

PSIQUIATRIA DE LIGAÇÃO NUM HOSPITAL GERAL: NOVAS PERSPECTIVAS

GRAÇA CARDOSO, ANTÓNIO BARBOSA, JOÃO FRANÇA DE SOUSA*

Serviço de Psiquiatria. Hospital de Santa Maria. Lisboa.

RESUMO

A Psiquiatria de Ligação como área da psiquiatria clínica é situada no seu contexto histórico e evolutivo, a partir do seu início na década de 30 nos EUA. Explicitam-se os principais modelos organizativos, bem como as suas funções e objectivos. Descrevem-se os desenvolvimentos mais importantes desta especialidade em Portugal, a experiência do Núcleo de Psiquiatria de Ligação (N.P.L.) do H.S.M. e os principais indicadores utilizados para referenciar a sua actividade. Salienta-se a análise dos resultados de um inquérito dirigido a médicos e enfermeiros do H.S.M. (n = 358) com a finalidade de levantar necessidades, caracterizar atitudes e identificar expectativas dos profissionais de saúde em relação ao atendimento psiquiátrico dos doentes internados. Apesar de os resultados evidenciarem perfis diferentes para os serviços de medicina, cirurgia, especialidades e unidades de cuidados intensivos, conclui-se: 1. da relevância dos problemas de saúde mental na prática clínica do hospital; 2. da sensibilidade dos profissionais de saúde para este tipo de problemas; 3. da boa receptividade para aquisição de maior treino em saúde mental; 4. de um pedido de personalização dos cuidados com a responsabilização de um psiquiatra por cada serviço hospitalar. Com base nos indicadores analisados define-se o modelo organizativo do N.P.L. e descrevem-se os seus objectivos principais.

SUMMARY

Consultation-Liaison psychiatry in a General Hospital; a new approach

Consultation-Liaison Psychiatry, as an area of clinical psychiatry, is situated in its historical and evolutionary context since its beginnings in the 30s in the USA. The main organizing models as well as its functions and objectives are described. The more important developments in this speciality in Portugal, the experience of the Consultation-Liaison Psychiatry Department (C.L.P.D.) of the Santa Maria Hospital and the main indicators used to base its activity are also described. A questionnaire was applied to doctors and nurses of the same hospital (n = 358) with the purpose of identifying the needs, the attitudes and the expectations of the health care professionals in relation with the psychiatric referral of the in-patients. Although the results differed according to the kind of service (medical, surgical, specialities and intensive care) general conclusions point to: 1. the relevance of mental health problems in clinical practice; 2. the sensitivity of the health care professionals to the psychological problems; 3. a strong wish to acquire more training in mental health; 4. a need to personalize the psychiatric care with a psychiatrist in liaison with each service. According to the indicators analysis a definition of the C.L.P.D. organizing model is given as well as its main objectives.

A Psiquiatria de Ligação (P.L.) pode ser definida como a área da psiquiatria clínica que inclui todas as actividades do psiquiatra nos serviços não psiquiátricos do hospital geral, ou seja, actividades a nível do diagnóstico, da terapêutica e da prevenção, assim como do ensino e da investigação¹.

A Psiquiatria de Ligação desenvolveu-se como resultado da implantação de unidades psiquiátricas em hospitais gerais¹⁻⁶. Esta nova perspectiva abriu para a psiquiatria e para os doentes psiquiátricos novos horizontes, quebrando a segregação em que se encontravam em relação às comunidades e aos serviços de saúde. Trouxe os psiquiatras ao convívio dos outros médicos e facilitou o encontro e discussão de muitos temas científicos⁶.

Também em Portugal, nos anos 50, surgiram hospitais gerais integrando unidades psiquiátricas e os psiquiatras que nelas trabalham têm sentido a necessidade de um modelo programado de intervenção junto dos outros serviços.

Nesse sentido os autores procuraram fazer um levantamento das necessidades existentes no Hospital de Santa Maria e, a partir desses dados, iniciar um programa de articulação com os outros serviços em moldes que serão descritos.

PERSPECTIVA HISTÓRICA

A P.L. surgiu há cerca de 50 anos nos EUA e alcançou na actualidade uma grande expansão, sendo considerada como um ramo ou uma subespecialidade dentro da psiquiatria.

A partir dos anos 30, decorrendo duma nova perspectiva que procurava integrar a saúde mental na saúde geral, surgiram múltiplas unidades psiquiátricas em hospitais gerais. Começou então a sentir-se a necessidade de uma melhor articulação da psiquiatria com as outras especialidades médicas de forma a abordar sempre que possível os aspectos psicológicos e sociais envolvidos nas situações clínicas. Este facto ficou a dever-se a vários factores:

*Por convite da AMP

Recebido para publicação: 24 de Junho de 1988

médicos de ligação — que teriam também um papel importante na formação de estudantes e colegas ¹⁹.

Ao longo dos anos 40 e 50 desenvolveram-se muitas outras unidades de P.L. em hospitais gerais e em hospitais escolares. Com diferentes modelos, umas dando mais ênfase ao trabalho clínico, outras mais ao ensino, umas mais ao modelo de consulta, outras mais ao modelo de ligação, dependendo entre outros factores do orçamento de que dispunham e das dimensões da equipa ⁶.

Nestas duas décadas começou a discutir-se um outro ponto de grande relevância na actuação do psiquiatra de ligação: o seu papel de psicoterapeuta num enquadramento médico. Os dois profissionais que mais contribuíram para dar ênfase a esta dimensão da P.L. foram Grinker e Bibring. O primeiro dando indicações sobre a forma de actuar psicoterapeuticamente com os doentes internados nos outros serviços ²⁰, a segunda através dum artigo notável em que enfatizava a necessidade de tomar em conta a personalidade de cada doente na forma como este reage e se comporta face à doença. Este artigo, dirigido aos médicos não psiquiatras, sublinhava a necessidade de avaliar a personalidade para um correcto manejo psicoterapêutico das situações de P.L. ²¹.

No princípio dos anos 60 o panorama nos EUA era já de uma certa expansão dos serviços de P.L., segundo objectivos bem diferentes e seguindo modelos variados. Havia no entanto escasso material escrito neste campo, faltava organizar a formação e ensino em P.L., e nada se fizera para avaliar o seu funcionamento.

De 1960 até 1975 assistiu-se, no dizer de Lipowski ⁶ à elaboração dos modelos de ligação, ao enfoque em situações médicas especializadas e ao crescimento da literatura.

A P.L. estendeu-se a enquadramentos médicos mais diversificados: unidades de cuidados intensivos, oncologia, hemodiálise, pediatria, cirurgia, entre outros. Neste campo surgiram vários autores actualmente muito conhecidos que trabalharam e investigaram em áreas específicas: Cassem e Hackett ²² em cuidados intensivos para coronários, Kubler-Ross ²³ em oncologia e doentes terminais, Levy ²⁴ em nefrologia.

Em 1970 apareceu a primeira revista *Psychiatry in Medicine* assim como inúmeros artigos e até livros. No entanto neste mesmo período surgiram alguns obstáculos decorrentes da expansão da psiquiatria comunitária e da tentativa de desmedicalizar a psiquiatria, afastando-a de novo da restante medicina. Apesar de tudo a P.L. estava já suficientemente sólida e a partir de 1975 o número de publicações aumentou rapidamente, surgindo uma segunda revista *General Hospital Psychiatry* em 1979. Multiplicaram-se simpósios e congressos neste campo e em 1984, 869 hospitais possuíam serviços de P.L. ⁶.

Para esta enorme divulgação contribuiu sem dúvida o facto de em 1974 a instituição que programava a formação em psiquiatria ter dado grande prioridade ao desenvolvimento e expansão dos serviços de P.L.. A investigação científica mostrara a grande prevalência dos problemas psicossociais e de saúde mental a nível dos cuidados primários e a necessidade de formação nesse campo dos clínicos gerais. Por outro lado o número de hospitais gerais integrando serviços de psiquiatria aumentara e a abordagem holística da P.L. dava garantias de ser a mais profícua. Deste modo os psiquiatras de ligação multiplicaram-se na última década, trabalhando intensivamente tanto na formação dos outros técnicos como em investigação.

Existem neste momento já numerosos trabalhos evidenciando as vantagens da P.L. no tratamento dos doentes internados no hospital geral ²⁵⁻²⁶:

- 1) Diagnóstico mais rigoroso das doenças médicas e psiquiátricas;
- 2) Redução no tempo de internamento nos serviços de medicina e cirurgia, como mostraram Levitan e Kornfeld ²⁷ comparan-

1) Ao avanço tecnológico da medicina, com o tratamento de situações clínicas cada vez mais complexas e com a utilização de técnicas mais sofisticadas mas mais cruentas, levando a internamentos mais prolongados;

2) À formação dos médicos segundo um modelo predominantemente hospitalar, em que é dado pouco relevo aos aspectos psíquicos e sociais;

3) À investigação científica que provou a frequência com que surgem reacções psicológicas como resultado ou em simultâneo com as doenças médicas, reacções essas que alteram inevitavelmente a eficácia do tratamento;

4) Ao ênfase dado a uma perspectiva biopsicossocial para o diagnóstico e tratamento das situações médicas ⁷.

A primeira unidade psiquiátrica num hospital geral data nos EUA de 1902 ⁴ e foi aberta no Albany Hospital em Nova Iorque. Onze anos mais tarde entrou em funcionamento a Clínica Psiquiátrica Henry Phipps do Hospital John Hopkins. Adolf Meyer foi o seu primeiro director e a sua teoria de que a pessoa é um todo biopsicossocial, influenciou profundamente a psiquiatria americana e permitiu o desenvolvimento da medicina psicossomática e da psiquiatria de ligação. Como seus discípulos, George Henry e Helen Flanders Dunbar contribuíram, cada um à sua maneira, para a expansão futura da P.L..

Henry através de uma larga experiência clínica como psiquiatra num hospital geral, coligiu material que lhe permitiu escrever o primeiro trabalho sobre psiquiatria de ligação em 1929, *Some Modern Aspects of Psychiatry in General Hospital Practice* ⁸. Nele enunciava os princípios gerais que os psiquiatras deveriam observar quando trabalhassem nos outros serviços.

Dunbar preocupou-se mais com os aspectos teóricos da medicina psicossomática. Trabalhou como consultora de psiquiatria em enfermarias de medicina e cirurgia e realizou o primeiro programa de investigação científica na interface da medicina e da psiquiatria. Concluiu da importância dos factores psicológicos tanto na etiologia como na evolução da doença ⁹ e escreveu: *Não deve vir longe o momento em que a colaboração dos psiquiatras seja requerida em todas as enfermarias médicas e cirúrgicas...* ¹⁰.

Lançados os alicerces da medicina psicossomática, foram criados entre 1935 e 1960 numerosos serviços de P.L., ao mesmo tempo que se desenvolviam os vários modelos de intervenção, se avaliavam as actividades e se dava a expansão do ensino.

Edward G. Billings foi nomeado director da primeira unidade psiquiátrica num hospital geral, em Denver, cuja função era exclusivamente providenciar apoio psiquiátrico ao hospital. Esta unidade não possuía camas e foi o primeiro Departamento de Psiquiatria de Ligação ^{6,11}. Billings foi também o primeiro autor a utilizar o termo *Liaison Psychiatry* em 1939 ¹². O seu departamento além de dar apoio clínico, fornecia também ensino sobre saúde mental e aspectos psicossociais da medicina aos internos e aos estudantes de medicina e iniciou colaboração na investigação dos problemas na área comum da medicina e da psiquiatria ¹¹⁻¹⁴.

Simultaneamente, em 1939, Kubie no Mount Sinai Hospital em Nova Iorque, desenvolvia um modelo organizativo semelhante ¹⁵ que mais tarde Kaufman, em 1946, expandiu publicando vários artigos sobre o seu funcionamento ¹⁶⁻¹⁸. Kaufman defendeu o princípio de que o psiquiatra de ligação deveria ser membro integrante da equipa médica e funcionar como consultor, professor e terapeuta.

Em contraponto aos modelos anteriores em 1946 foi criado o *Medical Liaison Group* na Escola Médica da Universidade de Rochester. Dirigido por Engel, a sua equipa era constituída por internistas que tinham recebido treino a nível psicológico. Os membros deste grupo defendiam que apenas internistas com formação psicológica podiam desempenhar funções de ligação — os

do um grupo de doentes idosos operados ao fémur acompanhados por um psiquiatra de ligação com um grupo de controle. A diferença foi de menos 12 dias de internamento por doente no grupo acompanhado psiquiatricamente, e a mortalidade metade da do controle;

3) Redução do recurso aos cuidados médicos que sabemos serem muitas vezes procurados devido predominantemente a problemas de ordem psicológica. Alguns trabalhos mostraram que doentes acompanhados a nível de psicoterapia diminuem de forma significativa o recurso a outras consultas;

4) Desenvolvimento de actividades inovadoras a nível da P.L., permitindo um tratamento integrado de múltiplas situações, assim como uma melhor adaptação à doença e melhor qualidade de vida.

No futuro a investigação em P.L. deverá prosseguir de forma a mostrar inequivocamente a redução nos custos da saúde, por menor não desprezível no momento actual.

MODELOS DE ORGANIZAÇÃO

Pincus²⁸ propõe 6 possíveis modelos conceptuais para a articulação dos sistemas de saúde mental e de saúde geral. As formas básicas são três — contratual, funcional e educacional (Fig. I). O modelo 1 é o de um contrato de prestação apenas de consultas de psiquiatria, o modelo 2 oferece também uma triagem dos doentes enviados, o modelo 3 refere-se à articulação de um psiquiatra com uma equipa médica a nível clínico. Os modelos 4 e 5 estão relacionados com actividades exclusivamente formativas no segundo caso e acumuladas com actividade clínica no primeiro. O modelo 6, que consideramos como o paradigma da P.L. diz respeito a uma integração do psiquiatra na equipa médica, com funções de consultor e de formador.

Greenhill²⁹ descreve também cinco variantes da psiquiatria de ligação:

1) Modelo de ligação básica — o psiquiatra fica ligado a uma unidade médica ou cirúrgica apenas com funções de ensino.

2) Modelo de cuidados intensivos — o psiquiatra fica integrado na equipa de uma unidade deste tipo prestando assistência e formação psicodinâmica.

3) Modelo biológico — semelhante ao anterior mas dando mais ênfase à psicofarmacologia e à neurofisiologia.

4) Modelo ambiental — maior ênfase na criação de um ambiente terapêutico nas enfermarias através de intervenções na dinâmica de grupos (doentes, equipas).

5) Modelo integral — a própria gestão hospitalar decide incluir a prestação de cuidados psicológicos como um dos aspectos básicos da prestação de cuidados, colocando psiquiatras em pontos considerados mais relevantes.

Lipowski⁶ refere também vários tipos de intervenção ao nível do trabalho clínico: 1) intervenção centrada no doente; 2) intervenção centrada na situação de crise vivida pelo doente; 3) intervenção centrada no problema referido pelo técnico que fez o pedido de consulta; 4) intervenção centrada na situação global, doente-equipa médica.

Como vemos existe uma multiplicidade de modelos organizativos hoje em dia, adaptados às circunstâncias próprias de cada hospital e de cada serviço.

FUNÇÕES E OBJECTIVOS

O objectivo principal da P.L. é a abordagem do homem doente nas suas vertentes biológica, psicológica e social de forma a aumentar a qualidade dos cuidados médicos.

James Strain⁵ descreve os vários níveis de intervenção da P.L.:

- Prevenção 1^{ária}, 2^{ária} e 3^{ária}
- Detecção e triagem
- Clarificação do estatuto dos técnicos
- Educação permanente dos técnicos não psiquiátricos promovendo a sua autonomia
- Desenvolvimento de conhecimentos biopsicossociais básicos
- Promoção de mudança no ambiente médico

Em resumo são 3 os níveis de intervenção do psiquiatra de ligação: 1) trabalho clínico (prevenção, tratamento, reabilitação), 2) ensino, 3) investigação.

1) Trabalho clínico: a maior parte do tempo do psiquiatra de ligação é utilizado em entrevistas com os doentes com o fim de estabelecer um diagnóstico e iniciar uma terapêutica. As principais situações encontradas são:

- Depressões e quadros ansiosos, quer anteriores ao internamento e que se traduzem frequentes vezes em sintomas somáticos sem base orgânica, quer enquadrados em perturbações da adaptação à doença;
- Distúrbios mentais orgânicos, ou seja, perturbações que traduzem uma doença orgânica que tem que ser diagnosticada e tratada para que a situação se resolva;
- Perturbações da personalidade que nos aparecem como comportamentos alterados: auto-destrutividade, não adesão terapêutica, denegação, excessiva dependência, ameaça de suicídio e simulação;
- Perturbações psicóticas como por exemplo a esquizofrenia.

É muito importante que o psiquiatra, após a consulta, possa estabelecer um diagnóstico bem como medidas práticas susceptíveis de ajudar a equipa médica a manejar a situação, o que deve ser comunicado pessoalmente aos outros técnicos numa linguagem simples e clara e ficar escrito no diário clínico do doente. George Henry nos seus princípios gerais recomendava aos psiquiatras de ligação que entrevistassem longamente os doentes e coligissem informação de todas as fontes possíveis; que analisassem os factos e exercessem um juízo crítico ao avaliá-los; que tivessem sólidos conhecimentos de medicina mas não tentassem competir com os outros técnicos; que comunicassem em linguagem comum⁷. Uma vez que alguns destes doentes põem problemas de contra-atitude que despertam nos técnicos de saúde, e que essa contra-atitude pode dificultar a compreensão do que se passa, a intervenção do psiquiatra de ligação deve ser sempre norteada pelo princípio de facilitar a comunicação entre a equipa médica e o doente^{30, 31, 32}.

2) Ensino: o psiquiatra de ligação está numa posição particular para intervir na formação a nível psicológico e social dos outros técnicos de saúde. Com esse objectivo colabora frequentemente em programas de ensino médico pré e pós-graduado, assim como no ensino de enfermeiras, assistentes sociais e pessoal em locais de atendimento de público. Colabora também na formação dos internos de psiquiatria que, segundo Lipowski⁴ deveriam ter três meses de treino em tempo completo em P.L..

A sua transmissão de conhecimentos visa a autonomia dos outros técnicos e faz-se através de discussão de casos, supervisão de atitudes, seminários teóricos e clínicos e ensino «ombro a ombro».

3) Investigação clínica: Os psiquiatras de ligação têm contribuído nos últimos anos para a publicação de numerosos trabalhos de investigação na área comum à psiquiatria e às restantes especialidades médicas. Podemos citar entre outros temas:

- Distúrbios mentais orgânicos³³
- Atitude face à morte e acompanhamento de doentes terminais^{23, 34}
- Atitudes face à doença e modelos de *coping*⁷
- Impacto psicológico do ambiente hospitalar³⁵

Quando se trabalha em P.L. as oportunidades de investigar os múltiplos temas ligados com este campo surgem constantemente. O modelo para este tipo de investigação é necessariamente multidisciplinar, resultando na maioria das vezes da colaboração entre os vários técnicos, experiência que contribui para o enriquecimento de toda a comunidade científica.

EXPERIÊNCIA PORTUGUESA

Também no nosso país e a partir da década de 50, com a construção dos primeiros hospitais gerais integrando unidades psiquiátricas, se assistiu ao desenvolvimento da Psiquiatria de Ligação algumas vezes associada a uma perspectiva psicossomática. De salientar, neste último campo um trabalho pioneiro de Fernandes da Fonseca que em 1959 abordava o conceito de *equivalentes afectivos*³⁶. Nos anos 60 e 70 surgiram vários trabalhos de investigação no Porto, em Coimbra e em Lisboa³⁷⁻⁴⁰. Nos últimos anos surgem também teses de doutoramento baseadas em experiências de P.L. abordando vários temas: os factores psicológicos de risco no enfarte do miocárdio⁴¹, os aspectos psicológicos que influem na adaptação à hemodiálise^{42, 43}.

A área da P.L. tem vindo a conhecer alguns contributos importantes no H.S.M.. França de Sousa articula-se com a equipa do Prof. Nogueira da Costa, orientando em 73 e 74 um seminário Balint. Posteriormente, de 82 a 84 é também orientador de um seminário clínico no I.P.O. para enfermeiros e médicos em que são observados doentes em estado terminal. Em colaboração com Luís Sobrinho publica um trabalho de investigação no campo da endocrinologia⁴⁴. Silveira Nunes e Barbosa⁴⁵ investigaram os aspectos psicológicos das cefaleias através da articulação com neurologistas, oftalmologistas e especialistas de maxilo-facial a nível de uma consulta multidisciplinar de cefaleias. Cardoso desenvolve a partir de 84 a articulação com uma unidade de cuidados intensivos para coronários⁴⁶.

Psiquiatras de outras instituições levam também a cabo experiências de P.L.: Caldas de Almeida entre 83 e 87, com um centro de hemodiálise, Machado Nunes com um serviço de transplante cardíaco, preparando neste momento investigação científica nesta área.

Barbosa está actualmente integrado num projecto de investigação interdisciplinar sobre úlcera duodenal.

No H.S. João no Porto desde há vários anos que existe uma articulação segundo um modelo de responsabilização de um psiquiatra mais treinado por cada serviço hospitalar, com ênfase na actividade clínica.

NÚCLEO DE PSIQUIATRIA DE LIGAÇÃO DO HOSPITAL DE SANTA MARIA

Partindo da experiência de várias formas de articulação anteriores com os restantes serviços do hospital, o serviço de psiquiatria, por iniciativa do seu Director Prof. Dr. J.L. Simões da Fonseca, decidiu criar um núcleo de P.L. que, dando continuidade à experiência anterior, a pudesse reorganizar. A implementação criteriosa de um atendimento pertinente ao hospital geral pelo serviço de psiquiatria requer uma fundamentação objectiva dessa necessidade, a caracterização das atitudes dos profissionais de saúde do hospital e a determinação do tipo de procura prioritária.

Nesta óptica, utilizámos três tipos de indicadores que permitissem referenciar a organização duma actividade de psiquiatria de ligação no nosso hospital.

1 — Dados epidemiológicos de morbilidade psiquiátrica geral ou específica no Hospital

Apesar da já longa experiência de colaboração do serviço de psiquiatria com o hospital, não têm sido efectuados estudos sistemáticos de determinação de incidência ou prevalência de doença psiquiátrica nos doentes internados. Reporta-se a 1980 um trabalho de Paes de Sousa⁴⁷ em que constata uma alta prevalência de perturbações psiquiátricas nos doentes somáticos (34% de síndromas angio-depressivos), sobretudo marcada nos serviços de cardiologia e de infecto-contagiosas.

Neves Cardoso et al⁴⁸ encontraram uma alta prevalência de alcoolismo (34,2%) na população internada em 2 serviços de medicina e de cirurgia e um de ortopedia.

2 — Grau e tipo de procura de serviços psiquiátricos pelo hospital geral

Num estudo prévio — *Atendimento psiquiátrico num hospital geral* (em publicação), procurámos, com colaboração de todos os colegas que exercem funções de urgência no nosso serviço, colher em ficha própria e analisar todos os pedidos de urgência solicitados ao nosso serviço durante um período de 6 meses (Junho 1987-Novembro 1987) que nos permitisse visualizar quantitativa e qualitativamente a natureza dos pedidos de urgência e o tipo de resposta do nosso serviço.

Verificámos que quase metade (42%) das chamadas de urgência provém dos vários serviços de internamento, sendo o banco/balcão responsável por 48,2% e o banco/SO por 9,7% dos pedidos.

No que respeita aos serviços, os de medicina foram responsáveis por mais de metade (56,3%) das chamadas de urgência, os de cirurgia por 17,7% e os de especialidade por 26%.

Os diagnósticos sindrómicos mais frequentes foram o depressivo (31,7%) e o psico-orgânico (10,2%) tanto nos serviços de medicina como nos de cirurgia. Nos serviços de especialidade, nomeadamente infecto, surgem predominantemente problemas relacionados com a toxicod dependência. Em 3.º lugar, em todos os serviços surgem problemas relacionados com alcoolismo e perturbações de personalidade ou adaptação. As tentativas de suicídio (cerca de 40% das chamadas dos serviços de medicina) representam cerca de 30% dos pedidos e ocorrem em todos os diagnósticos, mas predominantemente nas depressões e alterações de personalidade.

Se compararmos estes resultados com os obtidos em 1979 num estudo de Barbosa⁴⁹ sobre a urgência, verificamos uma repartição diagnóstica semelhante, apesar duma acentuação de problemas relacionados com a toxicod dependência e tentativas de suicídio e um aumento significativo na proporção de pedidos de apoio psiquiátrico feitos pelos serviços (sobretudo pelos de medicina) em relação às chamadas do banco.

3 — Atitudes e expectativas dos profissionais de saúde em relação à saúde mental em geral e à prática psiquiátrica em particular

Em trabalho anterior⁵⁰ constatámos que a intervenção em saúde mental num hospital geral provoca reacções diferentes dos profissionais de saúde quanto à sua eficácia, pertinência e sequência de atendimento, implicando representações heterogêneas da visibilidade e do âmbito dessa prática.

São aduzidas, por um lado, razões de ordem formativa pré e pós-graduada para a referida constatação e, por outro lado, a importância da estigmatização social da doença mental para explicar esses comportamentos diferenciais dos profissionais de saúde, e que muitas vezes estão na origem de resistências à implementação das actividades de psiquiatria de ligação.

Afigurou-se-nos indispensável estudar de forma sistemática as

atitudes, comportamentos e expectativas dos profissionais de saúde, no sentido de se poderem definir prioridades de intervenção e de garantir uma adequação nas modalidades de articulação.

Considerámos, também, essencial obtermos uma definição do estado da situação antes de iniciarmos formalmente as actividades, que nos permitisse futuras avaliações periódicas da nossa colaboração.

Foi com estas preocupações que o núcleo de psiquiatria de ligação do serviço de psiquiatria do Hospital Santa Maria, procedeu no último trimestre de 1987 à realização de um inquérito dirigido aos profissionais de saúde deste hospital. A população abrangida correspondeu à população presente na altura da deslocação dos autores deste trabalho à quase totalidade dos serviços de internamento do hospital, após autorização prévia das respectivas chefias, e compreendeu uma amostra de 212 médicos e 146 enfermeiros.

A finalidade deste inquérito era a de levantar as necessidades, caracterizar as atitudes e captar as expectativas dos profissionais de saúde em relação ao atendimento psiquiátrico dos doentes internados.

Para além da colheita de dados sociodemográficos (sexo, categoria profissional, n.º de anos de serviço) era solicitada resposta a um conjunto de problemas que deveriam ser referenciados exclusivamente à prática do profissional com doentes internados. A informação solicitada estava dividida em 6 áreas fundamentais:

- Percepção da frequência de ocorrência de perturbações psicológicas nos doentes internados;
- Valorização de factores determinantes da descompensação psicológica;
- Atitudes e comportamentos terapêuticos preferencialmente adoptados pelos profissionais quando de descompensações psicológicas;
- Atitudes em relação à saúde mental em geral;
- Atitudes em relação à prática psiquiátrica, em particular;
- Expectativas em relação à psiquiatria de ligação.

Para cada uma destas áreas era solicitado aos inquiridos o auto preenchimento do inquérito em que a maioria das questões se apresentava sob a forma de afirmações a valorizar numa escala ordinal (sempre = 5, muitas vezes = 4, algumas vezes = 3, raras vezes = 2, nunca = 1) ou sob a forma de escala de atitudes tipo Likert.

Verificou-se uma generalizada boa aceitação deste estudo, salgado por um alto grau de adesão ao auto preenchimento do inquérito, com uma mínima (0,5%) percentagem de recusas na quase totalidade justificadas por sobrecarga de trabalho.

No sentido de se captarem eventuais perfis diferenciais, classificaram-se os serviços em 4 rubricas: medicina (M), cirurgia (C), especialidades (E) e unidades de cuidados intensivos (U).

Para efeitos de tratamento estatístico, procedeu-se a uma análise descritiva com determinação de frequências de repartição dos itens na população total e em cada tipo de serviços. A comparação das médias dos vários itens por serviço foi obtida utilizando o método da Kruskal-Wallis (análise de variância) tendo sido estabelecido como limiar inferior de significação estatística o valor de probabilidade de 0.05.

RESULTADOS

Quanto à percepção da frequência de ocorrência de alterações psicológicas nos doentes internados os profissionais de saúde apontam a ansiedade como a mais relevante seguindo-se-lhe, por ordem decrescente, a depressão e a agitação, particularmente mais apontadas nos serviços de medicina. Ansiedade e depressão são

significativamente mais referidas nos serviços de cuidados intensivos. (Quadro I)*

Inquiridos sobre os factores determinantes de descompensação psicológica durante o internamento, são valorizados como mais relevantes a separação do meio familiar e adaptação a um novo espaço (mais acentuada em U), seguindo-se-lhe a influência dos traços de personalidade prévia do doente, e a referência à falta de privacidade na situação de internamento, especialmente aduzida em M. (Quadro II)

QUADRO I

Percepção de ocorrência de pert. psicológicas

	M	C	E	U	T	p <
Ansiedade	4.08	3.94	3.99	4.54	4.06	++++
Depressão	3.31	2.85	3.04	3.34	3.12	++++
Agitação-confusão	3.05	2.63	2.65	3.00	2.82	+++

QUADRO II

Factores de descompensação psicológica

	M	C	E	U	T	p <
A separação do ambiente familiar profissional e social	3.94	3.60	3.73	3.91	3.79	++
A adaptação a um novo espaço (hospital) onde tudo pode ser sentido como insólito	3.68	3.33	3.63	3.77	3.60	+
O não conhecimento das consequências e/ou limitações da evolução da doença	3.50	3.40	3.37	3.77	3.46	ns
A existência de traços predisponentes da personalidade prévia	3.43	3.24	3.19	3.57	3.32	+
A falta de privacidade na situação de internamento	3.25	2.75	2.89	2.79	2.97	+++
A sujeição a meios de diagnóstico dolorosos ou incómodos	3.05	3.00	2.92	2.89	2.97	ns
O receio de que os técnicos proponham tratamentos muito traumatizantes	2.87	2.57	2.82	2.63	2.76	ns
As dificuldades iniciais no estabelecimento de uma boa relação técnico-doente	2.85	2.32	2.60	2.47	2.61	++++

* Nos quadros I-V para além das médias dos itens para os vários serviços (M, C, E, U) e para a população total (T) anota-se a probabilidade da significância estatística das diferenças das médias entre os vários serviços, tendo-se adoptado a seguinte figuração: p < .05 +, p < .01 ++, p < .001 +++, p < .0001 ++++

Perante situações de descompensação psicológica a atitude terapêutica mais frequentemente referida é a de apoio e aconselhamento, seguindo-se-lhe o falar com outros colegas sobre a situação e chamar o psiquiatra (mais utilizada em U). (Quadro III)

A atitude dos profissionais de saúde em relação à saúde mental e à prática psiquiátrica foi estudada através de uma escala de atitudes adaptada de Shepherd et al.⁵¹ em que perante 16 afirmações se pedia um posicionamento atitudinal (concordo inteiramente = 5, concordo = 4, duvido = 3, discordo = 2, discordo inteiramente = 1).

QUADRO III

Comportamentos terapêuticos perante pert. psicológicas

	M	C	E	U	T	P<
Apoio e aconselhamento	4.27	4.03	4.20	4.44	4.21	ns
Falar com os outros colegas sobre a situação	3.55	3.60	3.57	4.06	3.62	ns
Chamar o psiquiatra	3.44	3.45	3.32	3.97	3.46	+
Falar sobre as dificuldades emocionais subjacentes	3.57	3.20	3.36	3.58	3.42	ns
Administração de psicofarmacos	2.75	2.62	2.58	2.69	2.66	ns

As respostas àquelas afirmações foram sujeitas a uma análise factorial (componentes principais) no sentido de se obterem as dimensões mais relevantes nelas contidas. Encontraram-se 8 dimensões que designaremos por:

- D1 — Boa receptividade à vertente psicológica dos doentes;
- D2 — Necessidade de aquisição de mais treino no campo da saúde mental;
- D3 — Atitude negativa face aos doentes com perturbações psiquiátricas;
- D4 — Necessidade de utilização de medidas restritivas específicas para doentes com perturbações psiquiátricas;
- D5 — Atitude geral positiva em relação à psiquiatria actual e aos psiquiatras;
- D6 — Atitude positiva face aos tratamentos propostos actualmente pelos psiquiatras;
- D7 — Atitude negativa face aos tratamentos propostos actualmente pelos psiquiatras;
- D8 — Perspectiva negativa sobre a comunicação entre psiquiatras e os outros técnicos de saúde.

Determinou-se, também, a média dos scores agrupando as dimensões referentes a uma atitude geral sobre a psiquiatria (T1) e sobre a prática psiquiátrica (T2).

Constatou-se uma atitude mediamente positiva em relação à psiquiatria ($\bar{x} = 3.23$) e à prática psiquiátrica ($\bar{x} = 3.29$).

De salientar uma particularmente boa receptividade em todos os serviços para aquisição de maior formação no campo da saúde mental. As referências a dificuldades de comunicação entre psiquiatras e outros profissionais, bem como atitudes negativas em relação aos doentes do foro psiquiátrico ultrapassam só ligeiramente a média. (Quadro IV).

Como medidas mais convenientes para melhorar o apoio do serviço de psiquiatria são sugeridos, em primeiro lugar, a responsabilização de um psiquiatra pelo apoio a cada serviço hospitalar seguindo-se a participação de um psiquiatra nas reuniões clínicas dos serviços (significativamente mais solicitada por U) e a reali-

zação de seminários teóricos sobre psiquiatria e saúde mental. (Quadro V)

QUADRO IV

Atitudes em relação à saúde mental e à prática psiquiátrica

	M	C	E	U	T	p<
Boa receptividade à vertente psicológica dos doentes	2.88	2.88	3.09	2.72	2.93	ns
Boa receptividade à aquisição de mais treino em Saúde Mental	3.93	3.79	3.98	3.93	3.91	ns
Atitude negativa face ao doente com perturbação psicológica	3.46	3.40	3.31	3.69	3.42	ns
Necessidade de utilização de medidas restritivas para o doente com pert. psicológicas	2.60	2.75	2.63	3.03	2.69	++
Atitude geral positiva face à Psiquiatria actual e aos psiquiatras	3.38	3.44	3.67	3.57	3.51	+
Atitude positiva face aos tratamentos propostos actualmente pelos psiquiatras	3.48	3.50	3.78	3.81	3.62	++
Atitude negativa face aos tratamentos propostos actualmente pelos psiquiatras	3.15	3.16	3.14	3.26	3.16	ns
Dificuldade de comunicação entre os psiquiatras e os outros técnicos de saúde	2.79	2.81	2.85	3.34	2.87	+
Atitude em relação à Saúde Mental (T1)	3.22	3.21	3.25	3.34	3.23	ns
Atitude em relação à prática psiquiátrica (T2)	3.20	3.23	3.36	3.50	3.29	++

QUADRO V

Expectativas sobre psiquiatria de ligação

	M	C	E	U	T	p<
Responsabilização de um psiquiatra pelo apoio a cada serviço hospitalar	4.52	4.45	4.47	4.74	4.51	ns
Participação de um psiquiatra nas reuniões clínicas do seu serviço	4.23	3.79	3.89	4.61	4.06	++++
Seminários teóricos sobre Psiquiatria e Saúde Mental	4.06	3.74	4.07	4.21	4.01	++
Trabalhos de investigação com o serviço de Psiquiatria	4.01	3.84	4.03	4.15	3.99	ns
Aumento do n.º de psiquiatras que está na urgência	3.89	3.86	3.78	4.09	3.87	ns

CONCLUSÕES

Da análise destes vários indicadores poderemos concluir que:

- 1 — Os problemas de saúde mental são relevantes na prática clínica quotidiana do nosso hospital;
- 2 — Tem-se verificado uma procura crescente no apoio do nosso serviço ao hospital;
- 3 — Existe sensibilidade clínica dos profissionais de saúde para admitirem a comparticipação da personalidade do doente e das condições ambientais na descompensação psicológica no hospital;
- 4 — A abordagem terapêutica das situações de descompensação psicológica passa fundamentalmente por uma atitude de apoio mas nem sempre a colaboração com os técnicos de saúde mental é solicitada;
- 5 — A necessidade de colaboração com a psiquiatria aparece mais explicitada nas unidades de cuidados intensivos e nos serviços de medicina;
- 6 — Existe uma generalizada boa receptividade para a aquisição de maior treino em saúde mental;
- 7 — O modo de articulação preferencialmente sugerido é o da personalização dos cuidados com a responsabilização de um psiquiatra por cada serviço hospitalar.

OBJECTIVOS E MODELO ORGANIZATIVO DO NÚCLEO DE PSIQUIATRIA DE LIGAÇÃO DO H.S.M.

Da análise das conclusões acima referidas estabelecemos como objectivos do N.P.L.:

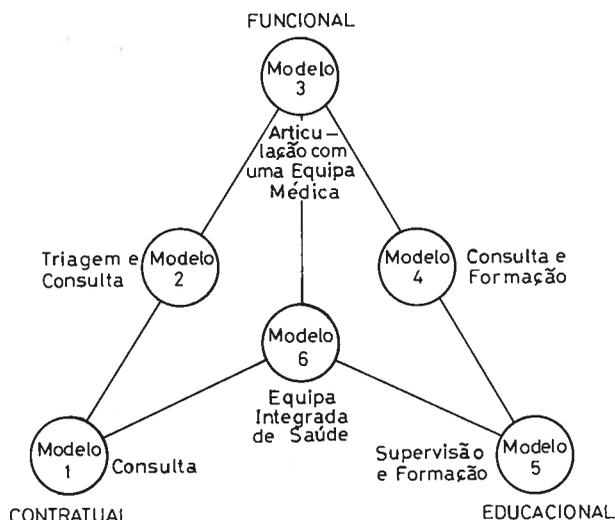
- 1 — Apoio psiquiátrico a doentes dos outros serviços do hospital, assegurando resposta aos pedidos e acompanhamento continuado pelo mesmo psiquiatra, assim como referência às várias valências de saúde competentes na altura da alta.
- 2 — Apoio aos médicos dos vários serviços no manejo de casos que ponham problemas do ponto de vista psicológico, através de discussão do caso com o médico assistente ou participação em reuniões de serviço.
- 3 — Colaboração em actividades de formação desenvolvidas pelos outros serviços hospitalares.
- 4 — Organização de actividades formativas na área da Psiquiatria de Ligação a nível do Serviço de Psiquiatria.
- 5 — Desenvolvimento de actividades de investigação científica na área de Psiquiatria de Ligação.

Para corresponder a estes objectivos privilegiámos, numa 1.ª fase, uma intervenção a nível predominantemente clínico (1 e 2) a implementar nos 2 próximos anos. O modelo organizativo do N.P.L. tenderá para o modelo 6 de Pincus (Fig. 1) e actualmente o trabalho clínico é realizado por 2 internos dos últimos anos da especialidade, integrados rotativamente no N.P.L.. Estes internos são orientados e supervisionados por um coordenador e dois assistentes hospitalares, membros permanentes no Núcleo.

Numa 2.ª fase e após uma articulação mais estreita com os outros serviços, procuraremos colaborar na organização de actividades formativas para médicos, enfermeiras, assistentes sociais e pessoas em lugares de atendimento público, assim como em actividades de investigação científica na área da P.L..

Simultaneamente com este modelo existem já articulações de membros do Núcleo com alguns serviços hospitalares decorrentes de interesses em campos específicos.

FIGURA 1



Modelos conceptuais de Psiquiatria de ligação (adaptado do modelo de Pincus HA²⁸)

BIBLIOGRAFIA

- 1 LIPOWSKI, Z.J. — Review of consultation psychiatry and psychosomatic medicine. I. General Principles. *Psychos. Med.* 1967; 29: 153-171.
- 2 LIPOWSKI, Z.J. — Idem. II. Clinical Aspects. *Psychos. Med.* 1967; 29: 201-224.
- 3 LIPOWSKI, Z.J. — Idem. Theoretical Issues. *Psychos. Med.* 1968; 30: 395-422.
- 4 LIPOWSKI, Z.J. — Consultation-Liaison psychiatry: an overview. *Am. J. Psychiatry*, 1974; 131: 623-630.
- 5 STRAIN, J.J. — The development and practice of liaison psychiatry. In: Finkel, J.B.: *Consultation-Liaison Psychiatry*, N.Y. Grune and Stratton, 1983.
- 6 LIPOWSKI, Z.J. — Consultation-Liaison psychiatry: the first half century. *Gen. Hosp. Psychiatry*, 1986; 8: 305-315.
- 7 ENGEL, G.L. — A life setting conducive to illness (the giving-up-given-up complex). *Annals Internal Med.* 1968; 69: 293-300.
- 8 HENRY, G.W. — Some modern aspects of psychiatry in general hospital practice. *Am. J. Psychiatry*, 1929-30; 86: 481-499.
- 9 DUNBAR, H.F. — Physical mental relationship in illness. *Am. J. Psychiatry*, 1934-35; 91: 541-562.
- 10 DUNBAR, H.F., WOLFE, T.P., RIOCH, J.M. — Psychiatric aspects of medical problems. *Am. J. Psychiatry*, 1936; 93: 649-679.
- 11 BILLINGS, E.G. — The psychiatric liaison department of the University of Colorado Medical School and Hospitals. *Am. J. Psychiatry (Supl.)* 1966; 122: 28-33.
- 12 BILLINGS, E.G. — Teaching psychiatry in the medical school general hospital. *JAMA* 1936; 107: 635-639.
- 13 BILLINGS, E.G. — Liaison Psychiatry and intern instruction. *J. Assoc. Am. Med. Coll.* 1939; 14: 375-385.
- 14 BILLINGS, E.G. — Value of psychiatry to the general hospital. *Hospitals* 1941; 15: 305-310.
- 15 KUBIE, L.S. — The organization of a psychiatric service for a general hospital. *Psychosom. Med.* 1944; 6: 252-272.
- 16 KAUFMAN, M.R., MARGOLIN, S.G. — Theory and practice of psychosomatic medicine in a general hospital. *Med. Clin. North Am.* 1948; Maio: 611-616.
- 17 KAUFMAN, M.R. — The role of the psychiatrist in a general hospital. *Psychiatr. Q.* 1953; 27: 367-381.
- 18 KAUFMAN, M.R. — A psychiatric unit in a general hospital. *J. Mt. Sinai Hosp.* 1957; 24: 572-579.

- 19 ENGEL, G.L., GREENE, W.A., REICHSMAN, F. et al: A graduate and undergraduate teaching program on the psychological aspects of medicine. *J. Med. Ed.* 1957; 32: 859-870.
- 20 GRINKER, R.R. — Psychotherapy in medical and surgical hospitals. *Dis. Nerv. Syst.* 1952; 13: 269-273.
- 21 BIBRING, G.L. — Psychiatry and medical practice in a general hospital. *N. Engl. J. Med.* 1956; 254: 366-372.
- 22 CASSEM, N.H., HACKETT, T.P. — Psychiatric consultation in a coronary care unit. *Annals of Int. Medic.* 1971; 75: 9-14.
- 23 KUBLE-ROSS, E. — On death and dying. N.I. The MacMillan Company, 1969.
- 24 Levy, N.B. — Living or dying. Adaptation to hemodialysis. Springfield, Charles C. Thomas Publ. 1974.
- 25 HALES, R.E. — The benefits of a psychiatric consultation-liaison service in a general hospital. *Gen. Hosp. Psychiatry* 1985; 7: 214-218.
- 26 LEVITAN, S.J. — Evaluation of consultation-liaison psychiatry: better health at lower cost? In: Finkel, J.B.: *Consultation-liaison Psychiatry*, N.I., Grune and Stratton, 1983.
- 27 LEVITAN, S.J., KORNFELD, D.S. — Clinical and cost benefits of liaison psychiatry. *Am. J. Psychiatry* 1981; 138: 790-794.
- 28 PINCUS, H.A. — Linking general health and mental health systems of care: conceptual models of implementation. *Am. J. Psychiatry* 1980; 137: 315-320.
- 29 GREENHILL, M.H. — The development of liaison programs. In: Usdin G. (ed): *Psychiatric Medicine*. Nova Iorque, Brunner/Mazel 1977.
- 30 MENDELSON, M., MEYER, E. — Counter transference problems of the liaison psychiatrist. *Psychosom. Med.* 1961; 23: 115-122.
- 31 MOORE, G.L. — The adult psychiatrist in the medical environment. *Am. J. Psychiatry* 1978; 135: 413-19.
- 32 FINKEL, J.B. — Physician counter transference: impact on patients, treatment team and patients' adaptation to illness. In: Finkel, J.B.: *Consultation-Liaison Psychiatry*, N.I., Grune and Stratton, 1983.
- 33 LIPOWSKI, Z.J. — Delirium updated. *Comprehensive Psychiatry*, 1980; 21: 190-196.
- 34 WEISMAN, A.D. — Coping with cancer. N.I., McGraw-Hill Book Company, 1979.
- 35 KORNFELD, D.S. — The hospital environment, its impact on the patient. In: *Stress and survival*. The C.V. Mosby company, St. Louis, 1979.
- 36 FONSECA, A.F. da — Análise hero-clínica das perturbações afectivas. *Imprensa Médica*, 1959, Porto.
- 37 FONSECA, A.F. DA, RENTE, F. E ALMEIDA SANTOS, J. — Psicossomática e dermatoses. *Actas VI Congr. Luso-Espanhol Derm.* 1966; 1: 239.
- 38 PALHA, A.P., RENTE, F., MONTEIRO, A.S. E GEADA, J.D. — Alguns aspectos psicológicos e psicopatológicos em doentes reumáticos. *O Médico*. 1977; 82: 411.
- 39 VAZ SERRA, A.S. — Aspectos psicológicos da dor. *Folia medicopsiquiatria*. Publ. Ciba-Geigy Port., 1979.
- 40 SOUTO LOPES, J. E GOUVEIA PEREIRA, O. — Psicossomática reavaliada. A propósito de um caso de colite ulcerosa. *Med. Univ.* 1973; 11: 447.
- 41 MOTA CARDOSO, R.M.A. — Enfarte do miocárdio, factores de risco da pessoa em situação. Tese de Doutoramento, 1984, Porto.
- 42 CALDAS DE ALMEIDA, J.M. — A adaptação do insuficiente renal crónico à hemodiálise, estudo da influência da personalidade e das matrizes familiar, sócio-cultural e terapêutica. Tese de Doutoramento, 1985. Lisboa.
- 43 LUME, J. — Comportamento humano em situação artificial da vida, um trabalho de investigação em hemodiálise renal. Tese de Doutoramento, 1986, Porto.
- 44 SOBRINHO, L.G. E FRANÇA DE SOUSA, J.L. — Psicodinâmica de doentes com galactorreia com e sem tumor da hipófise, *Análise Psicol.* 1978. I, 4, 79-87.
- 45 SILVEIRA NUNES, J. E BARBOSA, A. — Estudo psiquiátrico de um grupo de doentes com cefaleias de tensão. *Psiquiatria Clínica*, 1982; 1: 183-187.
- 46 CARDOSO, G. E CRUZ, I — Psiquiatria de ligação: uma experiência de apoio psiquiátrico a uma unidade de cuidados intensivos coronários. *Rev. Port. Card.* 1987; 6: 541-44.
- 47 PAES DE SOUSA, M. — Evaluation fo psychiatric morbidity in hospitalized somatic patients. *Acta Psiquiátrica Portuguesa*, 1980, vol. 26, 123-137.
- 48 NEVES CARDOSO, D.M., BARBOSA, A., FONTES, A. — Alcoolisme débutant à l'hôpital général. *Psychologie Médicale*, 1986, 18, 2, 265-266.
- 49 BARBOSA, A. — A urgência psiquiátrica num hospital geral. *Actas do I Simpósio Nacional sobre Urgências em Psiquiatria*. 1980; 430-444.
- 50 BARBOSA, A. — Psychiatric intervention in the general hospital. *Acta Psiquiátrica Portuguesa*. 1984; 30: 43-47.
- 51 SHEPHERD, M., COOPER, B., BROWN, A.C. E KALTON, G. — *Psychiatric Illness in General Practice*, 1981, London, Oxford Univ. Press.

Pedido de Separatas:
Graça Cardoso
Serviço de Psiquiatria
Hospital de Santa Maria
1600 LISBOA