

# A PSIQUIATRIA NO HOSPITAL GERAL INTEGRAÇÃO ANTROPOLÓGICA DA MEDICINA

BARAHONA FERNANDES

São notórios os progressos que a introdução da *psiquiatria nos hospitais gerais* veio trazer à teoria e à praxis da especialidade, ultrapassando o fosso que a separava da restante Medicina. Dito numa fórmula breve: da *segregação de alienados para a terapêutica e recuperação de Homens perturbados*.

Nesta revista desejaríamos chamar a atenção para o processo inverso e complementar: a vantagem para a clínica médica, cirúrgica e da maioria das outras especialidades de atenderem também à *perspectiva psico-social e à compreensão da personalidade* de todos os enfermos na sua *relação com o médico* (e a restante equipe terapêutica) na sua situação de *Homens Doentes* no ambiente hospitalar e após a alta, no ambiente familiar e sócio-cultural. Superar-se-ia assim a unilateralidade da visão *organo-biológica* dos doentes e das próprias *doenças* e os excessos *des-humanizantes* das tecnologias médico-cirúrgicas com base nas ciências naturais, em fulgurante progresso.

Notaremos, no entanto, que esta contra-corrente, inovada nos anos 40-50 mediante a chamada *psicossomática* — apesar da sua importância — em breve esqueceu a autêntica tradição hipocrática do todo *humano* (bio-psyco-sócio-cultural) que visava abranger e caíu, também, por seu turno, nos excessos opostos das *técnicas* psicogenéticas e psicoterápicas (e socioterápicas).

Acentuou-se assim — contra os propósitos iniciais — a *dualidade corpo-psíqué* — tendendo a *desmedicalizar* quase por completo os *dolentes* sem sinais orgânicos objectiváveis por técnicas biológicas de rotina, quando na realidade na base de muitas condutas desadaptadas, vivências perturbadas ou problemas pessoais de inter-relação sócio-comunitária e familiar podem existir entre muitas outras, perturbações bio-eléctricas (v.g. epilepsia) bio-químicas, genéticas, etc., ou estados de depressão vital, por vezes latentes, ditos equivalentes depressivos. A desatenção a estas estruturas *psíco-fisiológicas* e *bio-pessoais* (a Pessoa profunda bem diversa do inconsciente freudiano) pode ser fonte de muitos erros e subestima os avanços espectaculares das modernas ciências naturais de base (biologia molecular, bio-química, neuro-fisiologia, etologia, etc.).

A crítica da situação mostrou que o problema fundamental estava numa nova posição epistemológica: a efectiva integração das *Ciências da Cultura* (ou humanas e sociais) com as *Ciências da Natureza* — tomando como referente *antropológico* para todas as nossas intervenções preventivas ou curativas — o *Homem perturbável* na luta da Saúde/doença.

A nossa proposta é a da *integração* deste conjunto na perspectiva do que chamámos *Antropociências*. Ficará para outra ocasião.

O que veio a acontecer na *praxis* foi o vai-vem polarizado dos vários *radicalismos* (biológicos *versus* psíco-sociológicos) entre posições extremistas — tanto na prática clínica como sanitária. Deu-se então a ênfase exclusiva às intervenções psíco-sócio-comunitárias unidimensionais quando não radicais e sectárias (pense-se nos múltiplos agrupa-

mentos em voga com matizes de toda a sorte: dietéticas, ginásticas, de relacionamento sócio-ideológico-político, etc.

Falham-se assim, muitas intervenções precoces (prevenção secundária!) em doenças de todos os tipos, acontecendo: 1) tanto os psiquiatras (e os clínicos ávidos de *modernidade* pseudo-cultural) ignorarem os factores biológicos (e as doenças somáticas) e vendo apenas a *fachada psicológica* ou prescutando o *inconsciente*, ou 2) pelo contrário: a redução de todo o sofrimento humano (o *dolente* que existe no *doente*) às *doenças locais dos órgãos* com significado restrito (recordem-se as velhas *pseudo* apendicites...)

Seria estulto vangloriarem-se os psiquiatras clínicos (mas acontece deveras) serem eles próprios a diagnosticar *afecções somáticas*, nessas circunstâncias *latentes* ou ignoradas (mas importantes) sob o manto espectacular de manifestações histeróides (aconteceu mesmo com autênticas apendicites já perfuradas...). Ou actualmente, com mais frequência, desatenderem *estados depressivos* (de base endotímica-vital, dita endógena) que afinal são doenças reversíveis\* também (mal) ditas *funcionais* mas que têm um fundamento genético bio-químico encefálico e que remitem em cerca de 80% dos casos com os modernos fármacos psíco-activos, administrados com saber e *arte* terapêutica...

Avalia-se em 3-5% a prevalência de *depressões* na população. A falta de interesse ou de preparação do clínico geral para estes casos tem, entretanto, diminuído desde que se enlaçou mais intimamente a psiquiatria e a restante medicina.

Certo é, porém, que muitos destes casos não são ainda adequadamente cuidados — em especial aqueles que também têm feições reactivas, espectaculares em personalidades perturbáveis e com conflitos, em situações traumatizantes etc. — o que eleva aquelas taxas a cifras muito mais elevadas, que em diferentes inquéritos epidemiológicos ultrapassam de muito os 25%.

Dá-se ainda o caso de que em muitas afecções comprovadamente *somáticas* (exigindo terapia biológica, em primeiro lugar!) há também perturbações psicológicas: a) *simptomáticas* da própria *doença* nuns casos, b) co-determinantes noutros, ou ainda, c) reactivas à situação de estar enfermo e de ter de viver, de existir como tal. Recorde-se os exemplos da diabetes, afecções coronárias, hipertensão, doenças infecciosas, tóxicas, reumáticas, neoplasias. Claro que de forma alguma podem ser ditas *psicogéneas* embora possa haver: 1) estruturas neuróticas ou caracterológicas subjacentes com problemas variados ou 2) noutros casos, estruturas paranoides ou, 3) em doentes agudos, alteração da vigilância e ou das funções vitais afectivas ou ainda 4) perturbações do intelecto, etc. — Na clínica diária são

\* Todos os dias chegam notícias do recurso a métodos de *bruxaria* actualizados e sofisticados... que, resultando porventura nos estados histeróides podem pôr em risco a segurança e a vida dos doentes. Relevam-se em especial os autênticos delitos da suspensão brusca de medicações eficazes e imprescindíveis v.g. em epiléticos (desencadeando estados de mal), paranoides (eclodindo actos violentos) depressivos (suicidando-se), etc.

comuns 5) atitudes perturbadas frente à doença, a si próprio e aos médicos e 6) expectativas erradas quanto ao tratamento...

Estudos recentes falam no sentido de que na maioria das pessoas que *consultam* por problemas de saúde se podem colher: a) experiências vivenciais, b) informes histórico-biográficos, c) dados de comportamento, d) relações perturbadas, e) sinais concretos de observação directa ou instrumental, f) situações pessoais peculiares e g) ambiente com influências perturbadoras tanto na ordem ecológica como sócio-histórico-cultural.

O que é digno de nota é que, no seu todo se abrangem assim áreas tanto psicológicas e sociológicas como bio-orgânicas. Nessas circunstâncias, qualquer abordagem *cíclope*, (quer dizer *unidimensional*) falha o designio médico primacial — o justo diagnóstico (e prognóstico), a humana ajuda ao padecente e o adequado tratamento sistemático.

Esperamos que a *comunicação*, agora facilitada e esclarecida dos clínicos de todo o Hospital com a equipe de Psiquiatria (psiquiatras, psicoterapeutas, psicólogos, etc.) possa facilitar a compreensão recíproca e a aprendizagem deste novo modo de pensar (*convergente* e dialéctico) e a sua aplicação pragmática.

Sem mais implicações epistemológicas, acentue-se que o ponto nodal está na *aplicação*  $\alpha$ ) do modo de *pensar multidimensional* e  $\beta$ ) na sua *integração* num *conjunto organizado* sem reducionismos simplistas.

Não se trata, como tantas vezes se diz, de ecleticismo, nem da junção desmembrada de dados heterogêneos; num exemplo banal: diabetes + neurose + inadequação social e económica + má relação com o médico, etc.\*

Em vez de ambiguidades (defendendo o poder próprio mas projectando os deveres e responsabilidades sobre os *outros*) trata-se, como defendemos num editorial desta revista, de realizar efectivamente a humanização das ciências e das técnicas médicas de modo abrangente e integrado. No exemplo dado: avaliar como no *fundo* básico do metabolismo alterado dos glúcidos se desenvolvem respostas emocionais perturbadoras que se organizam em estruturas neuróticas em função das peculiaridades da personalidade e da situação com os seus diferentes condicionamentos sócio-histórico-culturais; a atitude inadequada ou falta de empatia podem complicar... toda essa organização, perturbando os efeitos, por vezes paradoxais da medicação, etc.

A falta está em remeter sem mais o *caso* que se não compreende para o psicoterapeuta a eximir-se às responsabilidades.

*Cooperar* com ele e assumir a *orientação sócio-psico-farmacoterápica e dietética* é agir de modo *antropológico* autenticamente médico hipocrático.

\* Temos em estudo uma *escala sistemática de avaliação* destes diferentes parâmetros que implicam um novo modelo *antropocientífico* da Psiquiatria, incluindo a medicina em geral, (Bibliog.). Como indicação para a prática clínica, o exemplo dado indica já que se atente: 1) além dos *sintomas* comuns (também psicológicos!), 2) nas *estruturas básicas subjacentes* que lhe dão o cunho peculiar na situação do indivíduo em estudo. Parece-nos claro que no caso há, pelo menos, as seguintes estruturas: a) alteração somática metabólica, b) repercussão psicossomática, c) evolução neurótica, d) variante da personalidade, e) seu desenvolvimento e organização perturbada, f) alteração da situação e relação médico-doente, g) motivações descompensadoras das intervenções terapêuticas. Estas estruturas ligam-se umas às outras no presente (sincronicamente) e no curso do tempo (diacronicamente) em função da intervenção de múltiplos factores condicionantes a determinar caso a caso (genéticos e ambientais) tanto ecológicos (alimentares, tóxicos, infecciosos, etc.) casos sócio-histórico-culturais. Se o diagnóstico nosológico se pode rolar *diabetes*, as inferências terapêuticas não podem deixar de ser mais complexas, como é óbvio, se encararmos na base aqueles diferentes parâmetros, um autêntico *diagnóstico individual estruturado e personalizado*, apurado com metodologia *fenómeno-estrutura dinâmica* (bio-psico-sócio-cultural).

— Não se deve esquecer que a clássica *dietética* é a ordenação regrada não só dos alimentos como de todo o regime de vida e relações humanas emocionais.

O papel da psiquiatria no hospital geral não é pois o mero acréscimo de mais uma *especialidade* também com as suas técnicas *de ponta*. Muito menos, como ainda persiste de resíduo histórico arcaico, qualquer sorte de *lazareto* para neuróticos e hipocondríacos... rejeitados pelos que os não sabem compreender nem ajudar.

Além das suas próprias consultas especializadas (para a infância, dependências tóxicas, geriatria, etc.) e dos serviços sociais próprios (e se possível a sua extensão comunitária) cabe-lhe, pelo que se disse, o papel de *transação cooperante* com os outros serviços no triplo aspecto *clínico, pedagógico* e de *investigação*.

Tal a orientação que, com os nossos colaboradores, defendemos logo no primeiro *serviço de psiquiatria num hospital geral* — iniciado em Portugal em 1959 no Hospital Universitária de Santa Maria. Não é agora ocasião de historiar as muitas vicissitudes e resistências (em especial da Administração) ao desenvolvimento do Serviço feito em escalões (consulta, Hospital de Dia, hospitalização, etc.). Muito menos de avaliar os resultados e fazer recomendações. Temos a satisfação de reconhecer que os nossos antigos colaboradores continuam empenhados — com orientações pessoais — na contribuição que o Serviço pode dar para a assistência e Saúde Mental e para a formação de médicos (e especialistas) e para o progresso científico — tanto em áreas peculiares de pesquisa (psicopatologia clínica, análise estrutural das psicoses, psicoterapia, avaliação sistemática de dados e resultados de novas terapêuticas, psicologia geral e psicopatologia dos sistemas, fundamentos biológicos e sociológicos das perturbações mentais, etc.) — como na *integração* com a restante medicina.

É natural e também culturalmente compreensível que nesta ligação continue a haver problemas e dificuldades de vária sorte. Essencial é que se estudem, abordem e se procure resolvê-las com intenção humana e social — por uma melhor integração antropológica da Medicina.

## BIBLIOGRAFIA

1. AYUSO, J. L. y CALVÉ PÉREZ: La psiquiatria en el hospital general. Madrid 1976
2. BARAHONA FERNANDES, H. J.: Medicina Humana. Vol. 3.º. *No Signo de Hipócrates*. Livraria Luso-Espanhola, 1958, Lisboa.
3. BARAHONA FERNANDES, H. J.: Os psicofármacos nas situações de urgência psiquiátrica. *Rev. Port. Terp. Médica*. 1968, Lisboa; 2 (3).
4. BARAHONA FERNANDES, H. J.: A transferência vital como suporte da relação terapêutica. *Anais Port. Psiquiat.*, Lisboa, 1972; XXII-XXIV.
5. BARAHONA FERNANDES, H. J.: Dos modos de se deprimir e de se restabelecer a personalidade. *Jornal do Médico*. Porto 1974; LXXXIV, 5-16.
6. BARAHONA FERNANDES, H. J.: O ambulatório de Saúde mental — 1.º Encontro Nacional. Setúbal, 1980. *Ed., Inst. Assist.ª Psiquiátrica*.
7. BARAHONA FERNANDES, H. J.: Classificações internacionais e diagnóstico individual estruturado e personalizado. *O Médico*, 1982.
8. BARAHONA FERNANDES, H. J.: Experiência Portuguesa de psiquiatria em hospital geral. *Actas do Congresso Int. de Psiquiatria no Hospital Geral de Madrid*. Madrid, 1983.
9. BARAHONA FERNANDES, H. J.: Editorial. *Acta Médica Portuguesa*. Lisboa 1983; 2: 265.

10. BARAHONA FERNANDES, H. J.: Escala de avaliação dos gradientes das estruturas psicopatológicas básicas. *Em publicação*.
  11. BERNSTEIN, R. A. y D. DREYFUSS: Medical and surgical consultations to a general Hospital Psychiatric Unit. *General Hospital Psychiatry*. 1980: 141-147.
  12. CALDEIRA, C.: Análise sócio-psiquiátrica de uma comunidade de terapêutica. Lisboa, 1979.
  13. EISDORFER; COHEN, D.; KLEINMAN: Models for clinical psychopathology. 1981. *Ed. M. T. Press*.
  14. LOPEZ IBOR, J.; ALIÑO: Psiquiatria de hospital general: viejas y nuevas perspectivas. *Actas Luso-Espanholas de Neurología y Psiquiatria*. Madrid, 1982. 10, 3, 99-110.
- Pedido de separatas: Barahona Fernandes  
R. Actor António Silva, n.º 5, 8.º Dt.º  
1600 Lisboa, Portugal.