

A Interconsulta de Terapia Ocupacional no Hospital Geral: Um Espaço para a Saúde

LUCIENE VACCARO DE MORAIS

Resumo

O artigo contextualiza a Interconsulta Psiquiátrica nos aspectos conceituais e assistencial-clínico, ressaltando a importância da equipe multiprofissional. Descreve a assistência de terapia ocupacional no Serviço de Interconsulta Psiquiátrica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP.

Palavras-chave

Interconsulta Psiquiátrica,
Hospitalização.

Introdução

A Interconsulta Psiquiátrica tem sido compreendida como sendo a atuação de profissionais da saúde mental respondendo a solicitação de profissionais de outras clínicas com o objetivo de introduzir na assistência do hospital geral a interdisciplinaridade com a concepção interativa bio-psico-social de saúde e doença. Este setor mantém atividades clínicas, de ensino e de pesquisa para todos os profissionais da saúde mental em serviços não psiquiátricos, sendo esta uma das formas de instituir concepções psicossomáticas na interação do físico e do psíquico (LIPOWSKI, 1974; BOTEGA, 1995).

A partir de 1930, a atividade de Interconsulta Psiquiátrica teve grande desenvolvimento, acompanhando o crescimento do movimento psicossomático e da implantação de unidades psiquiátricas em hospitais gerais.

Os estudos e descobertas da psicossomática tiveram grande influência na prática médica, permitindo aos médicos conhecimentos sobre o sentido inconsciente dos sintomas, a importância das emoções no funcionamento do corpo e aproximando-os da percepção psicodinâmica da relação médico-paciente (LIPOWSKI, 1974).

Para SMAIRA (1999), a compreensão psicossomática do indivíduo com alguma doença física, se dá diante da constatação que o dualismo corpo-mente não basta para explicar todo o processo do adoecer. Neste contexto da psicossomática, a doença é entendida em seus aspectos psicossociais e não somente como um mau funcionamento de um órgão ou sistema.

Em sua prática; o interconsultor oferece ajuda especializada no diagnóstico e no tratamento de pacientes

internados em unidades não psiquiátricas, que estejam apresentando dificuldades psicológicas, psiquiátricas e/ou psicossociais, assim como disfunções interpessoais e institucionais, envolvendo o paciente, sua família e a equipe de saúde. O objetivo é modificar a estrutura assistencial centrada na doença para um trabalho centrado no paciente, aprofundando o estudo da situação do doente e da relação médico-paciente (BOTEGA, 1995).

Tendo isto em vista, o interconsultor funciona como mediador entre o paciente, a família e a equipe prestadora de serviço, procurando estimular o diálogo, desfazer os “nós” da comunicação, e ajudar nos constantes conflitos entre os profissionais em ação no hospital geral (CONTEL, 1999).

LUCHINA (1982) apud ANDREOLI (1996), ressalta que o campo do interconsultor é um campo dinâmico, onde como um observador participante, ele está imerso nos fenômenos psicológicos que operam nas relações, funcionando como elemento integrador dos aspectos biopsicossociais tanto no paciente, como na equipe de saúde e nas interações com a instituição e a comunidade.

Conforme destacaram BORBA (1987), MADALENO & BOTEGA (1991), a interconsulta é solicitada em situações de conflito, na maioria das vezes não explicitadas, envolvendo sempre o paciente, o médico e a instituição onde se encontram. Portanto, o diagnóstico feito é situacional, considerando além da sintomatologia apresentada pelo paciente, a relação com a equipe e os aspectos institucionais com suas normas implícitas e explícitas, que tanto interferem na assistência ao enfermo.

Segundo FERRARI (1974), repetidas interconsultas levam através do tempo a uma leitura do estado de organização da instituição, como uma radiografia institucional revelando aspectos de seu funcionamento. Ordens e regulamentos, rotatividade na equipe, divisões do trabalho, horários e toda a sistemática que os membros devem seguir, mas também as ideologias, os valores e tabus, são fatores que contribuem mais para as necessidades do hospital do que dos pacientes, caracterizando as reações diante do adoecer e do viver a internação.

Submersos na instituição hospitalar, os pacientes vivem esta rotina e suas vicissitudes. Neste contexto inclui-se separação dos familiares e de pessoas queridas, a interrupção dos planos escolares, profissionais e familiares, descoberta de uma doença, ruptura do cotidiano, presença de dor física, além do medo da morte.

Reações frente à doença e a assistência multiprofissional

A situação de adoecimento e hospitalização, na maioria das vezes, é uma experiência estressante para o paciente. A passagem da situação de sadio para a de doente, mesmo que seja lenta, altera a relação do homem consigo mesmo e com seus familiares.

Diante da notícia de uma doença e da necessidade de hospitalização, inúmeras reações psicológicas podem aparecer, independentes da natureza da doença. “*A doença sempre representa uma avaria ao nosso narcisismo, uma ferida no sentimento de onipotência e imortalidade e uma vivência de fragilidade e dependência em relação aos outros* (Spitz, 1997, p.86)”. Observa-se ainda perda da identidade, reativação de fantasias infantis, regressão, sentimento de desproteção e de solidão.

O modo de adoecer sempre é um acontecimento singular que está relacionado com a história de vida, com o modo de viver e de se relacionar. Cada um adoce ao seu modo, e as vicissitudes deste acontecimento só podem ser compreendidas dentro do conjunto da história de vida do indivíduo (Spitz, 1997).

Não se pode perder de vista que estas pessoas estão em situação de profundo sofrimento causado pela perda da saúde, da auto-estima e pelas profundas mudanças em seu cotidiano.

Diante desta multiplicidade de problemas, dificuldades e tarefas a serem seguidas durante a internação, constata-se que não basta o diagnóstico e o tratamento biológico, mas uma atuação multiprofissional, que tenha como base um trabalho integrado em equipe. Por isso, o exercício profissional em Serviços de Interconsulta Psiquiátrica tem sido caracterizado, segundo a tendência atual, pela atuação de uma equipe de profissionais de diferentes áreas de conhecimento ligadas a saúde mental, que têm como meta melhorar a qualidade do atendimento ao paciente.

O encontro destes profissionais com referenciais e linguagens distintas, poderá trazer profundos impactos à equipe “cuidadora” e/ou fragmentar ainda mais o paciente, pois agora tem um profissional para cuidar de cada pedaço dele. Por outro lado, acredita-se que os profissionais atentos não só às reações psicológicas do paciente, mas também à relação do paciente com a equipe, seu modo de viver o cotidiano institucional, suas relações sociais e familiares, terá oportunidade de proporcionar um atendimento integrado e eficaz.

Neste sentido, alguns autores ressaltam que a atuação do psiquiatra e de outros profissionais de saúde mental no hospital geral, não se limita à atenção direta aos pacientes, mas também “*criar uma instância reflexiva sobre o cotidiano da instituição e da prática assistencial, com possibilidade de detectar entraves na função assistencial...*” (MARTINS & BOTEGA, 1998, p. 106).”

Vários autores apontam a atuação multiprofissional como uma possibilidade de aproximar a compreensão psicossocial do conhecimento da equipe médica e do atendimento ao paciente. BADENHORST (1990) enfatizou que o sucesso do tratamento hospitalar de pacientes politraumatizados é altamente dependente da combinação de esforços da equipe médica, de terapia ocupacional, fisioterapia, psicologia e de serviço social, no sentido de criar uma nova dimensão e descobrir junto ao paciente um novo caminho para viver com suas limitações. RUSTOMJEE & SMITH (1996) em um artigo sobre avaliação do Serviço de Consultoria Psiquiátrica para uma unidade de tratamento à pacientes renais, concluem que a intervenção de uma equipe multiprofissional é essencial para evitar que o paciente seja dividido e tratado somente em seus aspectos biológicos.

Orr & Wallack (1990), em um estudo sobre equipe multidisciplinar e Consultoria Psiquiátrica para pessoas com AIDS, ressaltam a necessidade de um trabalho multiprofissional que proporcione ao paciente internado estratégias para estimular a expressão de sentimentos, diminuição do isolamento social e aumento do uso efetivo de habilidades.

A Interconsulta de Terapia Ocupacional

A respeito da terapia ocupacional incluída como forma de alternativa terapêutica, BENETTON (1994, p.153) a descreve como tendo uma predisposição para a busca de mudanças. Por isso, em situações desfavoráveis de vida, onde por diferentes razões indivíduos não conseguem melhorar esta condição sozinhos, a terapia ocupacional “*se apresenta como um recurso capaz de analisar, orientar e conduzir ações introdutoras e promotoras de mudanças em contextos desfavoráveis*”.

Esta colocação ajuda a pensar o profissional terapeuta ocupacional que trabalha em Serviços de Interconsulta, diante da assistência a pessoas doentes, hospitalizadas, em situações de rompimento com a rotina de vida, e que por diferentes razões encontram-se “em crise” e a saúde sendo afetada pelo tipo de tratamento proposto, na e em relação com seus familiares, com e na equipe e enfim as grandes dificuldades no cotidiano hospitalar.

PORTER (1988) resalta que na literatura, o papel descrito para a atuação do terapeuta ocupacional em Serviços de Interconsulta Psiquiátrica, é restrito ao manejo do estresse provocado pela doença e treino de relaxamento. Isto, devido ao fato que a maioria dos artigos disponíveis indicam somente a presença deste profissional, poucos descrevem sua função, participação regular e integral. Ampliando esta visão consideramos que o terapeuta ocupacional promovendo a realização de atividades, mesmo no leito, suplanta o manejo do estresse e do relaxamento procurando em princípio uma nova articulação no meio hospitalar. A seguir, essa interação ambiental, tem a função de manter o sujeito ativo, potencializando sua performance e até mesmo sua participação no tratamento. Concomitantemente, a ampliação e a descontração no relacionamento entre enfermos, com a equipe e mesmo familiares estabilizam o emocional de tal forma a facilitar condutas terapêuticas que muitas vezes são agressivas e dolorosas. Pensamos que no geral a terapia ocupacional em interconsulta tem a especial função de mudar a posição “passiva” do paciente frente aos terapeutas, tratamento e o hospital e isto é conseguido à partir de mantê-lo “ativo”.

No Serviço de Interconsulta Psiquiátrica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP (HCFMRP-USP), assistimos em interconsulta com múltiplos objetivos que abrangem uma extensa gama de situações hospitalares. Para exemplificar, apresentamos três solicitações da nossa assistência:

- I) “Paciente com SIDA, seqüela de neurocriptococose, ficando cega há dois meses e meio. Vem apresentando quadro depressivo, gerado por abandono familiar relativo. Peço avaliação e acompanhamento no sentido de oferecer mais opções para ela se sentir ativa, melhorar a auto-estima e acolhimento, apesar de sua deficiência visual.”
- II) “Paciente de 24 anos, com hepatite medicamentosa, evoluiu com alterações no comportamento, alucinações auditivas e visuais, delírios persecutórios”. Suspeita-se de vasculite lúpica. Tem permanecido longo tempo contida, pois já tentou suicídio e fuga por diversas vezes. Mantém-se psicótica e necessita estímulos para manter alguma atividade. Solicito avaliação e conduta.”
- III) “Paciente com obesidade mórbida internado para programa de reeducação alimentar. Necessita atividades (ocupacionais). Solicito avaliação e conduta”.

Observa-se que, na maioria das vezes a solicitação de terapia ocupacional está ligada a proposição de estimular

o paciente a fazer atividades, a preencher o tempo ocioso, a ajudar na adaptação do paciente à doença e à internação e auxiliar no manejo dos aspectos psicossociais.

Há, no entanto, grande parte de pedidos de interconsulta que informam somente o quadro clínico, não descrevendo o motivo do encaminhamento para a terapia ocupacional.

Neste serviço, são atendidos pacientes internados em clínicas que não possuem terapeuta ocupacional e que estejam apresentando dificuldades sócio-emocionais, de relacionamento e de adaptação ao ambiente hospitalar ou ainda que estejam apresentando dificuldade para retomar o seu cotidiano.

O terapeuta ocupacional atende prontamente ao pedido, procurando o solicitante e/ou equipe assistencial para colher informações adicionais sobre o motivo do pedido e os aspectos clínicos do paciente. Informações de prontuários e anotações clínicas somam-se aos dados colhidos e auxiliam a compor um conhecimento da dinâmica estabelecida entre paciente, equipe, familiares e hospital.

Os atendimentos são realizados nas enfermarias, refeitórios, jardim do hospital ou em salas de atendimentos do hospital.

No Hospital das Clínicas, para fins didáticos, as nossas funções são apresentadas nos seguintes itens:

- Avaliar o paciente, sua história de vida, conhecendo seu modo de viver e de se relacionar, assim como a história de sua doença e o motivo da internação.
- Manter a atenção sobre os aspectos sócio-emocionais do paciente, o estado de desadaptação, os possíveis desajustes frente à doença e a hospitalização e a repercussão sobre as relações sociais.
- Estabelecer com o paciente, a família e a equipe um plano de tratamento que ajude a prevenir o agravamento do quadro bio-psico-social.
- Criar condições para que a internação não interrompa gravemente a rotina de vida do paciente, diminuindo o sofrimento causado por estar longe de seus objetos e pessoas queridas.
- Auxílio à equipe de profissionais no manejo do caso.

Nos atendimentos, as atividades são realizadas buscando a criação, o prazer e a potencialização de capacidade de ampliação do tão limitado cotidiano.

A melhora da qualidade na internação é preocupação constante para o terapeuta ocupacional interconsultor, que, junto à equipe e aos familiares, portando objetos pessoais para o quarto, estimulando a participação do paciente nas decisões e intervenções terapêuticas, promovendo convivência social, auxiliando a retomada das atividades de cotidiano e na vivência concreta de suas capacidades, muitas vezes ocultas devido ao processo de adoecimento e internação. Quando possível é o terapeuta ocupacional quem acompanha o paciente a passeios no hospital ou mesmo fora dele.

No decorrer da relação triádica (terapeuta-paciente-atividades), pode-se observar com frequência os inúmeros sentimentos de incapacidade, autodesvalorização, dependência, medo da incapacidade, do retorno à vida profissional e da tristeza e angústia frente a possibilidade de dor e da morte.

É o terapeuta ocupacional quem propicia a possibilidade de viver aspectos sadios ou situações saudáveis onde potencialidades e autonomia ampliam a capacidade egóica.

A respeito da presença de terapeutas ocupacionais compoendo a equipe, BOTEGA (1997), em um censo nacional de unidades de psiquiatria em hospitais gerais, resente a falta deste profissional, que a seu ver é imprescindível para tornar mais terapêutico o período de permanência de pacientes psiquiátricos em hospitais gerais, ambiente onde limitações de espaço físico e de alternativas de atividades são marcantes.

Nas interconsultas, observamos que determinadas dificuldades levam o médico a pedir ajuda no tratamento do paciente e mais do que isto, dividir com o interconsultor terapeuta ocupacional a responsabilidade pelas longas e ociosas internações, onde não raro a principal queixa é: “doutor, eu não agüento mais não fazer nada!”

Referências Bibliográficas

- ANDREOLI, P. B. A. - *Interconsultor: um papel possível para o psicólogo no hospital geral?*. Temas, 51:22-30, São Paulo, 1996.
- BADENHORST, J. C. C. - *Psychotherapeutic Approach to the Management of the Severely Injured Patient*. Psychotherapy and Psychosomatics, 53: 156-160, nov., 1990.
- BORBA, L.E.G; SCOPEL, J. M; ALBUQUERQUE, C.I. - *Consultoria Psiquiátrica no Hospital Geral Universitário*. Acta Médica, 207-215, 1987.
- BENETTON, M.J.- *A Terapia Ocupacional como Instrumento nas Ações de Saúde Mental*. Campinas, 1994. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas.
- BENETTON, M.J. - *A Crise na Terapia Ocupacional ou a Terapia ocupacional na Crise ?*. Boletim de Psiquiatria, 28(2): 24-27, 1995.
- BOTEGA, N. J.(org.) - *Serviços de Saúde Mental no Hospital Geral*, Campinas, Papyrus, 1995.
- BOTEGA, N. J. & SCHECHTMAN, A. - *Censo Nacional de Unidades de Psiquiatria em Hospitais Gerais : I. Situação atual e tendências*. Rev.ABP-APAL, 19 (3): 79-86, 1997.
- CONTEL, J.O .B. (org.) - *A Consultoria Psiquiátrica no Hospital das Clínicas da FMRP: A Unidade de Transplante de Medula Óssea (UTMO)*. Anais do VII Ciclo em Saúde Mental – Ribeirão Preto, São Francisco, 1999.
- FERRARI, H. - *Interconsulta y funcionamiento institucional*. Acta psiquiát. Psicol. Amér. Lat., 20: 51-57, 1974.
- LIPOWSKI, M.D. - *Consultation-Liaison Psychiatry: An Overview*. American Journal of Psychiatry, 131(6): 623-630, June, 1974.
- MADALENO, R. J. & BOTEGA, N. J. - *Interconsulta Psiquiátrica no Hospital Geral Universitário- Um ano de Hospital das Clínicas/ UNICAMP*. J. Bras. Psiq., 40 (2):95-98, 1991.
- MARTINS, L.A .N. & BOTEGA, N.J. - *Interconsulta Psiquiátrica no Brasil: desenvolvimentos recentes*. Revista ABP-APAL, 20(3): 105-111, julho-setembro, 1998.
- ORR, A .D. & WALLACK, J.J- *Multidisciplinary Approaches to Consultation-Liaison Psychiatry*. Psychosomatics, 31(4),441-445, 1990.
- PORTER, J. B.- *a Psychiatric Consultation-Liaison Service in a Community Hospital*. Can. J. Psychiatry, 33, 271-274, 1988
- RUSTOMJEE, S. & SMITH, C. G.- *Consultation-Liaison psychiatry to renal medicine: work with an inpatient unit*. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 30: 229-237, 1996
- SMAIRA, S. I. - *Transtornos Psiquiátricos e Solicitações de Interconsulta Psiquiátrica em Hospital Geral: um Estudo Controle*. Tese (doutorado), Ribeirão Preto, 1999, Departamento de Neurologia, Psiquiatria e Psicologia Médica da Faculdade de medicina de Ribeirão Preto- USP.
- SPITZ, L. - *As Reações Psicológicas à Doença e ao Adoecer*. Cadernos IPUB-Saúde Mental no Hospital Geral, Instituto de Psiquiatria UFRJ, 6:85-97, 1997.