

A psiquiatria no hospital geral

Neury José Botega

Duas perspectivas no desenvolvimento da psiquiatria no hospital geral são aqui destacadas: uma histórica, relacionada à reestruturação da assistência ao doente mental e ao papel do hospital geral em uma rede diversificada de serviços, e outra clínica, relacionada à integração de cuidados em saúde mental e ao desenvolvimento da interconsulta psiquiátrica. A instalação de enfermarias de psiquiatria e de serviços de interconsulta propiciou à psiquiatria um espaço privilegiado no âmbito do hospital geral. No modelo de atenção à saúde mental atualmente em vigor no Brasil, o papel da unidade de psiquiatria no hospital geral é reconhecido pelos documentos oficiais, mas ainda é subdimensionado na prática. Na área específica de interconsulta, ainda há muito a ser conquistado nos seguintes campos: ampliação da disponibilidade e das modalidades de atendimento, remuneração do interconsultor e produção de estudos científicos.

HISTÓRICO

A medicina evoluiu à medida que as doenças puderam ser pensadas como fenômenos naturais. A psiquiatria, por sua vez, tardou para se firmar fora das concepções sobrenaturais. No século XIX, os manicômios fizeram essa especialidade viver, literalmente, entre muros, distante do campo médico. Momentos históricos ora aproximaram psiquiatria e medicina, ora as afastaram. Ao longo do século XX, o movimento psicossomático, o surgimento dos psicofármacos, as classificações nosográficas, os estudos epidemiológicos e a neurociência aproximaram o modo de ver e de falar do psiquiatra ao de seus colegas de outras especialidades.

Os primeiros “hospitais gerais” surgiram na Europa medieval à margem das estradas. Eles tinham um sentido muito diferente do atual, uma vez que constituíam um meio de combinar exclusão, caridade e assistência espiritual a indivíduos pobres e agonizantes. A ciência médica foi incorporada tardiamente, apenas em meados do século XVIII.^{1,2}

Em 1728, Thomas Guy criou, em Londres, o que podemos considerar a primeira enfermaria de psiquiatria em hospital geral, com

20 leitos, no St. Thomas Hospital. Outras unidades semelhantes foram abertas em diversos hospitais ingleses, mas não sobreviveram além da metade do século XIX. Os recursos terapêuticos para o tratamento dos transtornos do comportamento não se desenvolviam como no restante da medicina, e os doentes mentais passaram a ser mantidos em isolamento, em grandes hospitais psiquiátricos. A psiquiatria adentrou o século XX marcada por um modelo assistencial asilar.²

O início das unidades de psiquiatria em hospitais gerais (UPHG) em seu sentido moderno (ou seja, com planejamento terapêutico, integração à medicina geral, internações breves, com rápido retorno à comunidade de origem, e serviços de interconsulta e de emergência) deu-se em 1902, no Albany Medical Center, em Nova York. Outras foram surgindo, muito esparsamente, ao longo das décadas de 1920 e 1930.^{1,3}

Após a II Guerra, observou-se um grande crescimento no número de UPHG, sobretudo nos Estados Unidos. Alguns condicionantes para tal desenvolvimento foram:^{3,4}

- Durante a guerra, houve a experiência de tratar doentes mentais em hospitais de cam-

panha, o que ensejou a possibilidade de oferecer tratamento a doentes mentais em hospitais gerais.

- No esteio da desumanidade dos campos de concentração, a crítica aos grandes hospitais psiquiátricos denunciou sua dimensão segregadora e estigmatizante.
- Vários países do hemisfério norte adotaram uma política de bem-estar social (*welfare state*), a partir da qual o Estado passou a ter um papel fundamental na regulação social, incluindo-se a área de assistência e proteção aos doentes.
- A proposta de saúde pública comunitária norte-americana, com planejamento e esforços em reabilitação, fortaleceu a ideia de que a internação psiquiátrica não mais deveria ser o centro do tratamento de doentes mentais. Este deveria se dar na comunidade, respaldado por estruturas assistenciais extramurais.
- A adequação dos hospitais psiquiátricos e seus métodos terapêuticos foi radicalmente questionada, e a Itália, em 1978, foi o primeiro país do mundo a aprovar uma lei antimanicomial.
- O desenvolvimento de abordagens terapêuticas que viabilizaram e agilizaram o tratamento de quadros psiquiátricos graves, particularmente a eletroconvulsoterapia e a psicofarmacoterapia.
- O desenvolvimento de abordagens psicoterapêuticas (uso da psicanálise em instituições, técnicas grupais, psicoterapia breve, etc.) e socioterapêuticas (terapia ocupacional, laborterapia, comunidade terapêutica).
- O reconhecimento crescente da importância do ensino de psicologia médica e de psiquiatria nos cursos de medicina, ressaltando a importância das UPHG em hospitais gerais de ensino, bem como da formação em saúde mental, em geral, em todas as profissões da área da saúde.

Algumas das vantagens de uma UPHG são:

- Diminuição do estigma: o doente mental no hospital geral passaria a ser visto como um doente semelhante aos outros.

- Proximidade e acesso: hospitais gerais mais próximos e acessíveis às populações atendidas, o que favorece a regionalização e a continuidade da assistência na rede local de cuidados, bem como o tratamento mais precoce dos transtornos mentais.
- Maior transparência da prática psiquiátrica: os hospitais gerais permitem uma melhor observação, ou mesmo fiscalização, contra possíveis abusos e maus-tratos.
- Melhor atenção à saúde física: há maior disponibilidade de médicos de diversas especialidades e recursos diagnósticos, facilitando o reconhecimento e o tratamento de doenças e intercorrências clínicas (ver, no Cap. 12, a discussão da alta prevalência dessas condições em doentes mentais).
- Maior intercâmbio interdisciplinar com outras especialidades médicas, favorecendo a assistência, a pesquisa e a formação de profissionais da saúde.

Algumas desvantagens das UPHG também têm sido apontadas:

- Limitação e inadequação do espaço físico: a maioria dos hospitais gerais não conta com pátios para exposição solar, áreas verdes, áreas para esportes, etc.
- Devido a uma excessiva adesão ao modelo médico, o tratamento é centrado em terapêuticas somáticas.
- A ênfase em tratamentos sintomatológicos pode inibir a atenção à subjetividade dos pacientes, havendo o perigo de uma “cultura manicomial” dentro de uma UPHG.
- As internações em hospitais gerais costumam ser breves. Altas precoces, sem adequado acompanhamento dos pacientes em serviços ambulatoriais, implicam maior número de reinternações e dificuldade na reabilitação.

No hospital geral, o processo de instalação de serviços de saúde mental e de interação mútua entre a psiquiatria e outras especialidades foi gradual; não foi simples, nem fácil, tendo que superar, até os dias atuais, muitas resistências.³

América do Sul e Brasil

Na América colonial, era costume encaminhar os “alienados” para as chamadas “louquerias” dos hospitais religiosos. No Brasil, a exemplo do que ocorria nos territórios espanhóis, o destino dos doentes mentais dependia do estrato social a que pertenciam. Os mais pobres eram encaminhados às prisões ou às Santas Casas, onde geralmente havia, nos porões, celas nas quais os doentes mentais permaneciam confinados.⁵

Inspirada no modelo da Casa-Mãe de Lisboa, a Irmandade de Misericórdia chegou ao Brasil em 1543, com a fundação da Santa Casa de Santos. Mais tarde, com a criação de novos hospitais, ela se tornou a base assistencial hospitalar da colônia. Muitos desses hospitais reservavam um espaço (“casinha de doudos”) para a acomodação de doentes mentais.⁶

Embora haja diferenças econômicas e culturais marcantes na América do Sul, os grandes hospícios começaram a proliferar a partir do século XIX. Até a década de 1970, a assistência mental ficou a cargo dos grandes hospitais psiquiátricos, em localizações afastadas dos grandes centros urbanos. As políticas de saúde na maioria dos países estavam voltadas para as doenças infectocontagiosas, a atenção materno-infantil e as carências alimentares, com pouca atenção para a saúde mental. Na década de 1980, surgiram os movimentos em defesa dos direitos civis e a introdução de novas ideias a respeito da atenção psiquiátrica, inspiradas por experiências realizadas em outros países, notadamente Itália, Inglaterra e Estados Unidos.⁷

No Brasil, a reestruturação da atenção ao doente mental deu-se no fim da década de 1980. Foi inspirada pela experiência italiana e teve como objetivos a desinstitucionalização dos doentes mentais e o desenvolvimento de uma rede extra-hospitalar capaz de garantir a reinserção social e a cidadania. A prioridade dos investimentos voltou-se para os centros de atenção psicossocial (CAPS) e outros programas e serviços na comunidade (Fig. 1.1).^{8,9}

Mais recentemente, tem-se questionado a adequação estrutural e funcional, bem como

a efetividade, dos CAPS, capazes de gerar uma nova cronicidade.^{10,11}

Ademais, a escassez de oferta de serviços de atenção aos casos mais graves e agudos, bem como o predomínio dos leitos em hospitais psiquiátricos, em detrimento dos hospitais gerais, entram em contradição com o modelo de experiências bem-sucedidas em outros países.¹²⁻¹⁴

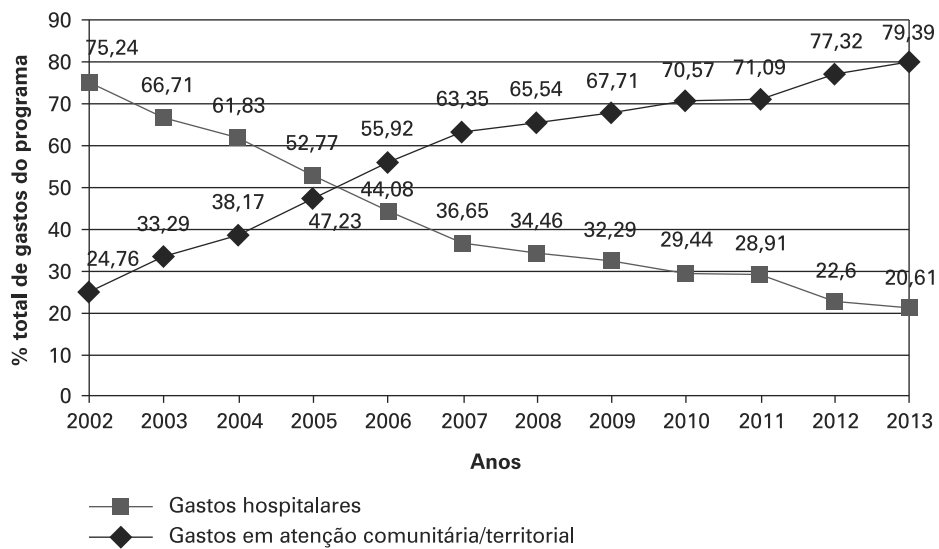
ENFERMARIAS DE PSIQUIATRIA

No Brasil, as primeiras enfermarias de psiquiatria em hospital geral surgiram na década de 1950. Em 1954, foi criada a primeira UPHG, no Hospital das Clínicas da Universidade da Bahia. Esta contava com seis leitos para mulheres e um ambulatório de psiquiatria localizado na mesma instituição. No mesmo ano, foi organizada outra UPHG no Hospital dos Comerciários de São Paulo. Em 1957, no Hospital Pedro II, da Universidade Federal de Pernambuco, estabeleceu-se outra UPHG, com 20 leitos.^{15,16}

As UPHG cresceram numericamente na década de 1980 e na primeira metade da década de 1990, principalmente no Sudeste e no Sul (com 43 e 32%, respectivamente, do total). Elas eram localizadas majoritariamente em instituições públicas (59%) e filantrópicas (33%), com média de 20 leitos.^{17,18}

Ao fim de 2014, havia, no País, 189 hospitais psiquiátricos (25.988 leitos) e 167 UPHG (4.620 leitos).⁹ A Tabela 1.1 compara o número de leitos e o número anual de internações em cada modalidade desses serviços entre países selecionados e calculados para cada 100 mil habitantes. Em termos globais, segundo dados da Organização Mundial da Saúde, a tendência é de decréscimo no número de leitos em hospitais psiquiátricos e de aumento em enfermarias de psiquiatria em hospitais gerais.¹⁹

O Ministério da Saúde reconhece a importância estratégica das UPHG em uma rede de serviços de saúde mental; mais em documentos oficiais e menos na prática. O total de leitos em UPHG – enfatiza-se que os leitos referidos são em *enfermaria* de psiquiatria – aumentou apenas discretamente ao longo das duas últi-



Fonte: Subsecretaria de Planejamento e Orçamento (SPO/MS), DATASUS/MS e Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS

FIGURA 1.1 Proporção de recursos federais destinados à saúde mental em serviços hospitalares e de atenção comunitária/territorial.

Fonte: Ministério da Saúde.⁹

Tabela 1.1

Número de instituições psiquiátricas, leitos e internações por 100 mil habitantes, em países selecionados, em 2014

País	Hospitais psiquiátricos			Enfermarias de psiquiatria em hospitais gerais		
	Total de hospitais	Por 100 mil habitantes		Total de enfermarias	Por 100 mil habitantes	
		Leitos	Internações anuais		Leitos	Internações anuais
Brasil	189	11,6	216	167	0,4	60,8
Chile	4	6,5	27,8	31	5,8	58,6
Colômbia	82	8,7	55,6	40	?	?
Estados Unidos	648	23,6	53	1.176	11,6	59,8
Espanha	98	26,8	54,6	163	11,9	163,8
Itália	6*	1,5	0,4	370	9,5	?

? = Sem dados * Hospitais psiquiátricos forenses

Fonte: Com base em World Health Organization.¹⁹

mas décadas, com exceção do Rio Grande do Sul. A partir do baixo valor pago pelo Governo Federal por uma diária em UPHG – estimado em seis vezes menor do que o necessário²⁰ – há pouco estímulo para a abertura de enfermarias de psiquiatria em hospitais gerais. Isso coloca o Brasil na contramão da tendência internacional.^{14,21}

O Rio Grande do Sul, antecipando-se à Lei Federal nº 10.216, que dispõe sobre a “[...] proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”, aprovou uma lei de reforma da atenção em saúde mental de teor semelhante nove anos antes.²² Posteriormente, o governo gaúcho estabeleceu critérios para a distribuição de incentivos financeiros a instituições que já contassem com UPHG, bem como para a abertura de novos leitos de psiquiatria em hospitais gerais. Em 2012, a maioria (64%) dos leitos psiquiátricos disponíveis no Estado já se encontrava em hospitais gerais.²³

Ao mesmo tempo que a rede de serviços de saúde mental comunitária se expandiu, houve, no Rio Grande do Sul, aumento do número de internações psiquiátricas acompanhado de menor tempo de permanência hospitalar, maior diversidade de gênero (aumento de internação de mulheres) e de causas de hospitalização, entre as quais se destacam as relacionadas ao uso de *crack*, álcool e outras drogas.²⁴ Fenômeno semelhante ocorreu em outros locais do País.²⁵

A reestruturação da assistência em saúde mental indica, desde sua origem, que os recursos aplicados em hospitalizações poderiam ser revertidos para a manutenção, o aprimoramento e a ampliação do atendimento em serviços substitutivos. Há que se considerar, no entanto, que a ampliação do acesso da população a serviços de saúde mental possa levar ao crescimento da demanda em todos os níveis de atenção, incluindo o hospitalar.²⁴ De fato, a implantação de serviços comunitários de saúde mental não tem levado à extinção da necessidade de internações hospitalares no Brasil nem em outros países.¹⁴

Leitos de saúde mental em enfermarias de clínica médica

A partir de 2012, o Ministério da Saúde passou a “habilitar” leitos de saúde mental em enfermarias de clínica médica para internações de curta duração, no contexto das redes de atenção psicossocial (RAPS), fazendo jus ao custeio diferenciado. Tal recurso visa à “[...] atenção às comorbidades clínicas decorrentes de substâncias psicoativas, em especial de abstinências e intoxicações graves, e ao manejo de situações de crise em saúde mental”.²⁶ No entanto, a impressão que temos é a de que esses “leitos de saúde mental” serão a continuação da malfadada intenção de considerar os CAPS III como serviços de maior complexidade e atenção emergencial, “[...] o ponto de atenção estratégico no cuidado e responsabilização pelas situações de crise”.²⁶

Os pacientes que mais precisam de internação psiquiátrica são, justamente, os que não podem ser mantidos em leitos de saúde mental. Uma enfermaria de clínica médica não é adequada ao difícil manejo de pacientes psicóticos agudos, muitas vezes com transtornos comportamentais e agitação psicomotora. O mesmo se pode dizer em relação a pacientes que correm risco de suicídio ou de fuga, por exemplo. A capacitação profissional e o manejo diferenciado da equipe assistencial de uma UPHG são imprescindíveis em situações como essas.

Enfatiza-se que os pacientes mais graves, que não podem ser acolhidos pelo CAPS III, muito provavelmente não serão aceitos em uma enfermaria de clínica médica. Há necessidade de diagnóstico diferencial e de tratamento intensivo, o que só uma UPHG pode oferecer. Ou seja, leitos *psiquiátricos* devem estar em uma enfermaria de psiquiatria, um recurso assistencial que ocupa um espaço delimitado e que conta com instalações adequadas, equipe multiprofissional treinada, recursos diagnósticos e processos terapêuticos efetivos.

Em um hospital geral, não é possível recorrer a leitos de saúde mental para o que deveria ser feito em uma “enfermaria de psiquiatria”. Há, nas políticas públicas do País, a tendên-

cia de colocar a psiquiatria em segundo plano, quando se fala em saúde mental ou psicossocial. Um bom sistema de atenção ao doente mental não deve ser centrado no hospital nem no CAPS. Ele requer equilíbrio entre os recursos oferecidos pela internação psiquiátrica e por programas e serviços comunitários. Assim pensa a maioria dos especialistas em serviços de saúde mental consultados em diversos países.¹⁴

MORBIDADE PSIQUIÁTRICA GERAL

Nesta seção, ao examinarmos a associação entre distúrbios físicos e transtornos mentais presentes em pacientes internados em enfermarias clínicas e cirúrgicas, privilegiamos a visão epidemiológica, por razões de didática e pragmatismo.

Ademais, vale lembrar que a concomitância de distúrbios orgânicos e transtornos mentais, evidenciada por diversos estudos, tem caráter descritivo e correlacional. Isso desaconselha a utilização inequívoca e generalizada de certas expressões, como “fator precipitante”, “reação”, “complicação”, bem como o embate sobre modelos de causalidade. Reconhecemos, no entanto, que, diante da limitação de nossos conhecimentos, a linguagem empregada em muitas situações corriqueiras remete ao dualismo cartesiano.

Outra dificuldade conhecida é que, tanto no hospital geral quanto na atenção básica, torna-se difícil diferenciar “casos” de “não casos” psiquiátricos. Isso se deve à combinação de doença física, efeitos adversos de medicamentos, sofrimento psíquico, estilo de vida e problemas sociais. Quando critérios diagnósticos mais restritos são utilizados no âmbito do hospital geral, apenas uma pequena proporção de pacientes acaba recebendo um diagnóstico psiquiátrico formal.

Enfermarias clínicas e cirúrgicas

A frequência de transtornos psiquiátricos em pacientes internados em hospitais gerais é variável, dependente da população estudada (ca-

racterísticas sociodemográficas, tipo de enfermidade, gravidade, cronicidade, etc.) e de definições metodológicas (critérios de inclusão, instrumentos de pesquisa, ponto de corte, definição de “caso”, etc.). A morbidade psiquiátrica é maior em enfermarias de emergência e em unidades que lidam com pacientes em estado crítico.

Um estudo que avaliou 4.352 pacientes internados em enfermarias do Hospital de Clínicas da Unicamp (HC Unicamp) encontrou taxas de 14% de depressão, 10% de abuso/dependência de álcool, 17% de dependência de nicotina e de 5% de risco de suicídio.^{27,28} Reações de ajustamento com sintomas de ansiedade e de depressão, como também episódios depressivos, estão entre os mais frequentes. O quadro confusional agudo, ou *delirium*, é uma síndrome comum, mais encontrada em idosos, pacientes de UTI e unidade de queimados. Abuso e dependência de álcool são problemas muito frequentes e subdiagnosticados.

Ambulatórios

Um inquérito epidemiológico com 2.792 pacientes ambulatoriais, realizado no Hospital Universitário Pedro Ernesto (UERJ), revelou morbidade psiquiátrica de 38%. Os diagnósticos mais frequentes foram transtorno de ansiedade generalizada (23%), episódio depressivo (16%), transtorno de sintomas somáticos (9%), dependência ou uso nocivo de álcool (6%), distímia (2,5%) e transtorno de ansiedade de doença (1%).²⁹

Interconsulta psiquiátrica

A maioria dos estudos realizados no Brasil indica que de 1 a 2,5% dos pacientes internados em hospitais gerais são avaliados pela interconsulta psiquiátrica.³⁰⁻³²

Um estudo de caso-controle (47 interconsultas psiquiátricas e 94 controles) foi realizado com pacientes internados no Hospital das Clínicas de Botucatu (UNESP). Um total de 95% dos casos de interconsulta e de 28%

dos controles recebeu diagnósticos psiquiátricos. No primeiro grupo, predominaram transtorno mental orgânico (30%), transtorno decorrente do uso de álcool (21%), transtornos de ansiedade (21%), transtornos depressivos (13%) e transtorno conversivo (11%). Entre os pacientes-controle, o mais comum foi a ausência de diagnóstico psiquiátrico (72%), seguida de transtornos de ansiedade (10%), transtorno decorrente do uso de álcool (7%), transtornos depressivos (7%) e transtorno mental orgânico (3%).³³

Baixa detecção de transtornos mentais

Algumas características apresentadas pelos pacientes parecem ser mais facilmente reconhecidas, como traços histéricos, hipocondríacos e depressivos. Ao contrário, problemas referentes à vida sexual, psicossomáticos e alcoolismo geralmente passam despercebidos.³⁴ O Quadro 1.1 reúne alguns fatores aventados para se compreender a dificuldade dos médicos em reconhecer, diagnosticar e registrar transtornos mentais.

A maior parte dos pacientes não reconhecidos como acometidos por transtornos psiquiá-

tricos apresenta-se ao médico com queixas físicas. Essa maneira como dificuldades psicossociais são expressas, a atitude dos médicos em relação à doença mental e à psiquiatria, seus sentimentos diante do paciente, bem como as características dos locais de atendimento, são alguns dos fatores que podem influenciar a capacidade profissional de detectar problemas mentais nos pacientes.

Frequentemente, médicos lidam com muitos pacientes que manifestam problemas mentais sem saber exatamente com quais termos descrevê-los. Reconhecem um comportamento que consideram desviante e a ele atribuem um nome fora dos sistemas clássicos de descrição dos transtornos mentais, como “poliqueixoso”, “somatizador”, “peripaque”, “piti” e “histérico”, entre os mais usados.³⁵ O Capítulo 17 discute como a rotulação de “somatização” segue uma lógica de defesa psicológica – deixa o problema psicossocial do paciente fora da área de competência do médico, que, assim, continua a se sentir competente naquilo em que foi “treinado”, ou seja, lidar apenas com o corpo.

A distância observada entre o número de encaminhamentos e o total de pacientes que, supostamente, necessitariam de tratamento psiquiátrico levou muitos pesquisadores a questionar por que algumas pessoas são encami-

QUADRO 1.1

Fatores relacionados a dificuldades no reconhecimento e no diagnóstico de transtornos mentais

- Pacientes queixam-se do corpo, não relatando problemas psicológicos.
- As pistas fornecidas pelo paciente a respeito de seu estado emocional não são captadas pelo médico.
- O médico aceita a negação do paciente em relação a seus problemas.
- Falta de treinamento profissional adequado em saúde mental.
- Falta de tempo e de privacidade, em alguns ambientes, para conversar.
- Médicos detêm a investigação ao encontrarem uma causa física.
- Sintomas considerados “compreensíveis”, “benignos” ou “fazendo parte” do quadro clínico.
- O médico reconhece um problema, mas não faz o diagnóstico psiquiátrico correspondente.
- O médico só faz o diagnóstico psiquiátrico quando se sente seguro no manejo do caso.
- O problema é reconhecido e diagnosticado, mas não se faz o registro no prontuário.

nhadas a um profissional de saúde mental, e outras, que podem estar em condições tão ou mais graves, não o são. Uma vez que o médico tenha detectado alguns pacientes com transtornos mentais, quem será e quem não será encaminhado? Quais os diferentes fatores que interferem nesse processo?

A partir de vários estudos realizados na atenção primária, Goldberg e Huxley³⁶ propuseram um esquema que se tornou clássico para representar o processo pelo qual pessoas da comunidade chegam aos serviços de psiquiatria (Fig. 1.2). São descritos vários níveis de atendimento pelos quais o paciente passa, à medida que alguns filtros de seleção vão sendo aplicados. Em cada um desses filtros, agem fatores relacionados às características do indivíduo, das pessoas que vivem a seu lado e de seu médico geral. Como enfatizado pelos autores, é interessante observar que os fatores que reduzem a prevalência de 230 casos psiquiátricos no consultório do médico geral (nível 2 da Fig. 1.2) para 17 encaminhamentos ao psiquiatra (nível 4) operam dentro do consultório do médico geral.

Com adaptações, esse modelo também pode ser aplicado ao contexto do hospital geral, ambiente no qual a detecção de transtornos mentais e o encaminhamento ao psiquiatra ganham nova complexidade (Fig. 1.3). A elucidação dos componentes desse modelo e o entendimento do dinamismo subjacente ao processo de encaminhamento é algo fundamental para o psiquiatra que trabalha no hospital geral.

As cifras da Figura 1.3 foram baseadas em trabalhos realizados no HC Unicamp. Diversos fatores, distribuídos nos três filtros, fazem cair uma prevalência de 300-450 casos psiquiátricos por mil internações para 20 interconsultas realizadas. Isso quer dizer que, no hospital como um todo, apenas 1 em cada 18 pacientes internados, que seriam casos psiquiátricos, é visto pela psiquiatria. Observa-se que muito raramente é necessário transferir um paciente visto em interconsulta para a enfermaria de psiquiatria, o que ocorre em, aproximadamente, 5% dos casos.³²

Os Capítulos 2 a 5 e o 7 abordam alguns dos fatores (filtro 2) que atuam na decisão do médico de encaminhar ou não ao psiquiatra.

INTERCONSULTA PSIQUIÁTRICA

A denominação “interconsulta”, no sentido em que é utilizada nesta obra e no Brasil, inclui a consultoria psiquiátrica e a psiquiatria de ligação.

Consultoria refere-se à atuação de um profissional de saúde mental que avalia e indica um tratamento para pacientes que estão sob os cuidados de outros especialistas. A presença do psiquiatra no serviço é episódica, ou seja, responde a uma solicitação específica.

Ligação implica contato, de forma contínua, com serviços do hospital geral, como uma enfermaria de clínica médica ou unidades especializadas em hemodiálise, transplantes e oncologia. O profissional de saúde mental, nesse caso, passa a ser um membro efetivo da equipe médica, participando de reuniões clínicas, atendendo os pacientes e lidando com aspectos da relação estabelecida entre equipe assistencial, paciente e instituição.³⁷

A expressão “interconsulta médico-psicológica”, também comum entre os profissionais da área, foi utilizada por Isaac Luchina, psicanalista argentino, para designar a ação preferencial na relação médico-paciente a partir de um diagnóstico situacional. De acordo com o pensamento desse autor, a interconsulta emerge de um conflito na relação entre médico e paciente, na qual interferem aspectos pessoais, familiares, culturais e institucionais. O manejo desse conflito é a essência da interconsulta médico-psicológica.³⁸

A influência da psicossomática

Os grandes triunfos alcançados no século XIX nos campos da anatomia patológica, da microbiologia e da bioquímica resultaram em uma orientação organicista da medicina, aproximando-a das ciências naturais. Isso aumentou seu grau de especialização e diminuiu a preocupação com aspectos psicossociais do doente. A medicina foi se tornando cada vez mais biomédica, e a psiquiatria foi se restringindo aos grandes manicômios.

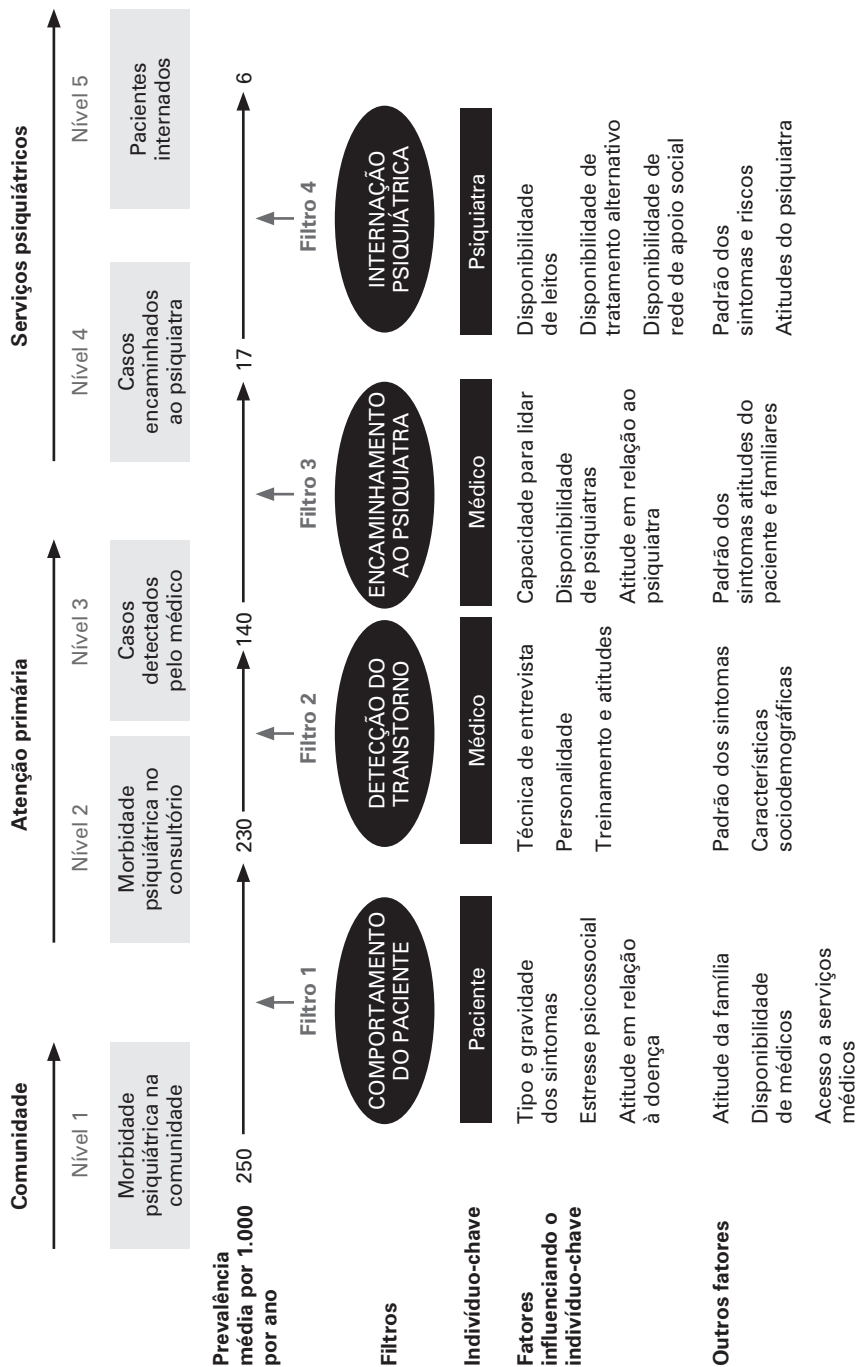


FIGURA 1.2 Níveis de atenção e filtros que condicionam a detecção e o encaminhamento de transtornos mentais ao psiquiatra. Fonte: Com base em Goldberg e Huxley (1980).

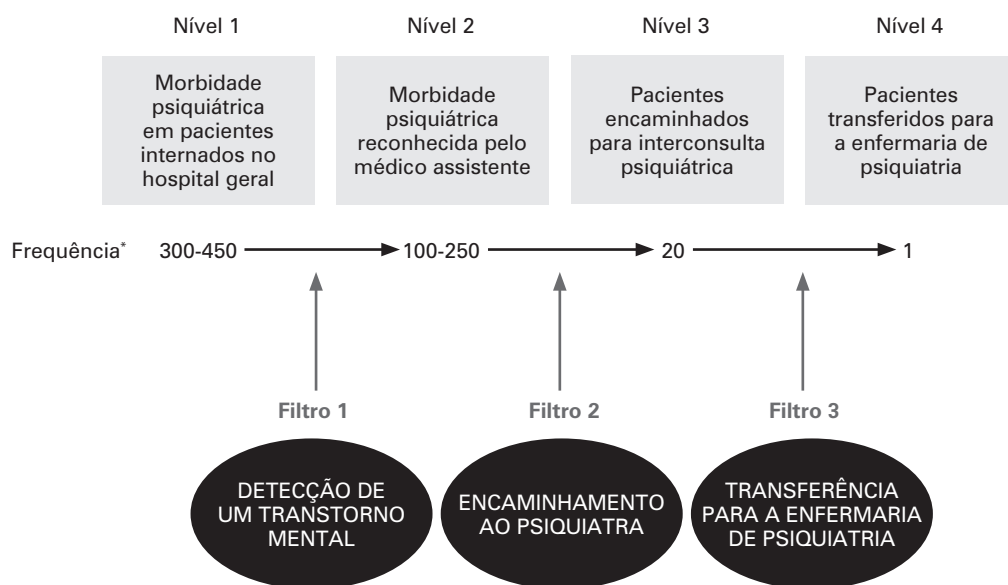


FIGURA 1.3 Adaptação do esquema proposto por Goldberg e Huxley ao hospital geral.

* Por 1.000 internações, segundo estudos realizados no Hospital de Clínicas da Unicamp.

Fonte: Goldberg e Huxley.³⁶

No início do século XX, as teorias de Freud, Pavlov e Cannon conduziram ao retorno de uma abordagem psicológica na prática e na pesquisa médicas. Desvendando o sentido inconsciente dos sintomas, ou medindo a importância das emoções no funcionamento biológico, viu-se o desenvolvimento de um modelo psicológico e neurofisiológico de unidade do homem. O termo “psicossomático” foi criado por Heinroth, em 1918, para se referir às influências da mente no corpo e acabou tornando-se consagrado.³⁹

Tendo-se originado na Alemanha e na Áustria, o movimento psicossomático logo floresceu nos Estados Unidos, com vasta produção teórica em torno das relações entre o psíquico, o social e o biológico na determinação da saúde e da doença. Foi um movimento reformista contra a visão reducionista do século XIX, que abordava a saúde e a doença sem levar em conta os atributos que tornam o homem humano.

O movimento psicossomático teve um profundo impacto na prática médica, favore-

cendo a entrada da psiquiatria no hospital geral. Popularizou-se a expressão “doença psicossomática” – hoje de conceito superado –, que englobava classicamente a úlcera péptica, a asma brônquica, a hipertensão arterial e a enxaqueca, entre outras afecções nitidamente associadas a fatores emocionais.^{37,39}

As visões das dimensões biológicas, psicológicas e socioculturais, das relações do doente com a família e o meio e, por fim, do significado e do sentido das doenças contribuíram para a moderna concepção de que *toda doença é psicossomática*. No Brasil, Júlio de Mello Filho, que poderia ser considerado o patrono da interconsulta, conseguiu, a partir de um profícuo trabalho no hospital geral, inspirar toda uma geração de psiquiatras.⁴⁰

Há um grande contraste entre as unidades de medicina psicossomática da década de 1940 e os atuais serviços de interconsulta. Naquela época, úlcera duodenal, hipertensão, colite ulcerativa, artrite, hipertireoidismo, neurodermatite e asma, denominadas *Chicago Seven*, estavam

entre as categorias nosológicas mais estudadas, particularmente com o enfoque da causalidade psíquica das manifestações somáticas.³⁹

O interconsultor da atualidade passou a estudar a depressão, as tentativas de suicídio, os déficits cognitivos leves e o *delirium*, entre outras manifestações psicopatológicas. Seu enfoque inclui características psicopatológicas, critérios para o diagnóstico, fisiopatologia, fatores de risco, prognóstico, impacto psicossocial da doença, terapêutica farmacológica e psicoterapia de crise. O interconsultor passou a desenvolver instrumental próprio, o que levou ao reconhecimento de uma subespecialidade da psiquiatria.

No início do século XXI, um editorial, cuja leitura é recomendada, destacou alguns dos principais estudos realizados por interconsultores psiquiátricos nas áreas de *delirium*, cardiologia, oncologia e bioética, que foram fundamentais para o aprimoramento da prática médica geral.⁴¹

A preocupação com a efetividade da interconsulta e o gerenciamento financeiro dos gastos na área da saúde fizeram aumentar, nos últimos anos, o número de estudos sobre a relação custo-benefício da interconsulta. Atualmente, há evidências de que alguns serviços de interconsulta psiquiátrica são custo-efetivos e reduzem o tempo de internação, desde que as intervenções sejam realizadas precocemente, e as recomendações do interconsultor, seguidas pela equipe assistencial.⁴²⁻⁴⁵

Ainda que seja difícil a realização de estudos sobre custo-efetividade, a interconsulta psiquiátrica melhora a qualidade da assistência dispensada ao paciente. Há, no entanto, várias dificuldades para definir e mensurar critérios de qualidade de serviço que sejam operacionalmente viáveis.^{43,46} Em síntese, vários problemas metodológicos têm limitado a importância dos achados relacionados à efetividade da interconsulta (Quadro 1.2).

QUADRO 1.2

Problemas metodológicos em estudos de avaliação da efetividade da interconsulta

- Razões institucionais e sociais interferem tanto na decisão de internação quanto no tempo de permanência.
- Em vários estudos, faltam variáveis de controle sobre a gravidade da doença e o número de diagnósticos concomitantes.
- Os estudos só se ocupam da fase de internação, desconsiderando a adesão ao seguimento, a reabilitação e as reinternações.
- Internações tendem a ser por doenças agudas e graves. Isso, aliado a pressões para alta precoce, leva a um “nivelamento por baixo” quando se mede desfecho.
- Alguns estudos focalizam só os casos atendidos pela interconsulta, geralmente mais complexos, com problemas mentais mais graves.
- Não há controle sobre o tempo decorrido entre a internação e a solicitação da interconsulta.
- Dificuldades na definição, na alocação e na avaliação de casos-controle.
- Problemas éticos impedem certos delineamentos de pesquisa.
- Não se sabe até que ponto as recomendações da interconsulta são seguidas.
- Estudos deveriam ser prospectivos, com controle para confundimento e com número suficiente de participantes.
- Necessidade de novas medidas de desfecho: identificação precoce de problemas mentais, custos com exames caros e desnecessários, satisfação de pacientes, familiares e de membros da equipe assistencial, persistência de disfunções, adesão ao tratamento, retorno ao trabalho e reinternações.

Psiquiatria de consultoria e ligação

A psiquiatria que se pratica no hospital geral liga-se a uma especialidade denominada *Consultation-Liaison Psychiatry*, ou, como passou a ser chamada mais recentemente nos Estados Unidos, *Psychosomatic Medicine*. Em Portugal, fala-se em psiquiatria consiliar e de ligação (consiliar, de consílio, no sentido de conselho).

Billings, o criador do termo *Consultation-Liaison Psychiatry*, há mais de 50 anos, já expressava a convicção de que o objetivo principal do trabalho do psiquiatra no hospital geral era melhorar a qualidade da atenção ao paciente, auxiliando na provisão de cuidados a todos os aspectos envolvidos na situação de estar doente e hospitalizado.⁴⁶

A psiquiatria de consultoria e de ligação desenvolveu-se principalmente nos Estados Unidos, a partir da década de 1930, à medida que unidades psiquiátricas foram se estabelecendo em hospitais gerais. Cresceu muito no período pós-guerra, quando os hospitais norte-americanos abrigavam muitos ex-combatentes com transtornos psiquiátricos.^{1,3}

Em 1929, George Henry publicou o primeiro artigo sobre as diretrizes gerais que deveriam nortear o trabalho de consultoria psiquiátrica no hospital geral. Em 1934, Helen Dunbar, uma das pioneiras do movimento psicossomático e criadora da teoria dos perfis psicossomáticos, previa que, em um futuro próximo, psiquiatras seriam requisitados para todas as enfermarias clínicas e cirúrgicas nos hospitais gerais.⁴⁷

Em 1974, o National Institute of Mental Health priorizou a formação de psiquiatras especializados em interconsultas. O estágio nessa atividade durante a residência médica passou a ser obrigatório.⁴⁸ A American Psychiatric Association, em 1992, reconheceu a interconsulta como uma subespecialidade, e, em 2003, a *American Board of Specialties* reconheceu a subespecialidade, sob a denominação de *Psychosomatic Medicine*.⁴⁹

No Brasil, em 1977, no Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica da Escola Paulista de Medicina (atual UNIFESP), teve início o primeiro Serviço de Interconsulta, estruturado e organizado sob a forma de um estágio de

treinamento em um programa de Residência Médica em Psiquiatria.⁵⁰

Em muitos desses locais, houve um processo de aproximação, que ilustra como tem-se dado entre nós a migração da psiquiatria dos asilos para o hospital geral. A dinâmica dessa aproximação iniciou-se com a provisão de interconsultas, geralmente conduzidas por alguns profissionais mais entusiasmados com esse tipo de trabalho. Seguiu-se, então, o estabelecimento de outras modalidades de serviço: alguns leitos psiquiátricos provisoriamente instalados em uma enfermaria geral, depois uma unidade de internação, um ambulatório integrado, apoio ao pronto-socorro, etc. Com o tempo, os serviços de interconsulta e de ligação foram amadurecendo, podendo oferecer assistência de qualidade, ensino e pesquisa.³⁵

A partir da década de 1980, houve um crescimento significativo no campo da interconsulta no Brasil.⁵¹ As primeiras teses acadêmicas na área foram defendidas,^{16,52,53} e livros pioneiros foram publicados.^{4,35,40,54-57} A formação em interconsulta passou a ser recomendada pela Associação Brasileira de Psiquiatria e pela Comissão Nacional de Residência Médica, bem como por outras profissões da área da saúde.⁵⁸

A formação em interconsulta, abordada em apêndice do Capítulo 8, prepara profissionais para trabalharem não somente no âmbito do hospital geral, mas também em atenção primária, postos de saúde ou programas de medicina de família.⁵⁹ O próprio perfil de pacientes atendidos na atenção médica geral, com uma parcela considerável acometida por transtornos psiquiátricos, vem incentivando o reconhecimento do treinamento em interconsulta (Quadro 1.3).

É importante enfatizar, no entanto, que o desenvolvimento da interconsulta inferido a partir de publicações, eventos científicos e serviços universitários está longe de refletir a realidade da psiquiatria em hospitais gerais brasileiros. Na prática, o trabalho como interconsultor em um hospital geral que não esteja vinculado ao ensino se dá mais pelo entusiasmo e pela abnegação de alguns poucos psiquiatras.

Em um levantamento que realizei, observamos que “ganhos financeiros” encontravam-

QUADRO 1.3**Realidade sanitária e importância da interconsulta**

- Elevada morbidade psiquiátrica em pacientes da atenção primária.
- Aumento da população idosa, com elevação da prevalência de transtornos mentais.
- Aumento da prevalência de condições crônicas (câncer, HIV/aids, hemodiálise, etc.) e de problemas psicossociais e psiquiátricos associados.
- Aumento do custo financeiro e social devido à comorbidade.
- Associação entre estilo de vida e certas doenças.
- Movimento de humanização dos hospitais.
- Valorização da qualidade de vida e da adesão dos pacientes ao tratamento.
- Aspectos emocionais e éticos envolvidos em situações clínicas em que há dilema.

-se em último lugar entre as motivações de interconsultores, e “remuneração insuficiente”, entre as principais dificuldades citadas. “Honorários insuficientes” foi uma das razões mais citadas entre os entrevistados que, já tendo trabalhado em interconsulta, haviam desistido de fazê-lo. Não prevista pelo Sistema Único de Saúde (SUS) nem por vários convênios, a interconsulta é desconsiderada e nos obriga a oferecer “amostras grátis” de nosso trabalho, na aposta de que sejam percebidas as vantagens de sua utilização.⁶⁰

Em termos de perspectivas para o futuro, o psiquiatra de consultoria e ligação tem diversas tarefas, notadamente aquelas ligadas

ao aprimoramento dos estudos científicos, à melhora das estratégias de intervenção,^{61,62} bem como à extensão de seu campo de ação à atenção primária, além dos muros do hospital geral (Quadro 1.4).

O psiquiatra de hospital geral, renovado em sua identidade, está muito mais próximo das ciências biológicas, mas traz, em sua formação, as contribuições da psicanálise, da psicologia social e de outras abordagens psicológicas. A introdução de práticas de saúde mental no hospital geral pode ocasionar uma relação frutífera, mas, ao mesmo tempo, tensa, em que modelos assistenciais podem ser enriquecidos, mas também entrar em confli-

QUADRO 1.4**Tarefas futuras para a psiquiatria de consultoria e ligação**

- Ação proativa: participação mais intensa na vida hospitalar.
- Atuação precoce e local em unidades específicas.
- Discussões abarcando aspectos éticos envolvidos no emprego de novas tecnologias.
- Extensão de cuidados além do período de internação.
- Expansão para a atenção primária e o programa da saúde da família.
- Redefinição do papel estratégico de internações em uma UPHG.
- Formação estendida a outros profissionais da saúde.
- Estudos científicos que documentem eficácia e validade das ações.
- Obtenção de recursos para financiar as ações.

to, competindo pela hegemonia teórica e prática das ações de saúde.⁶³

Ao se instalar no hospital geral, a psiquiatria corre o risco de ter de se moldar ao modelo médico tradicional – fortemente calcado na objetividade científica e no positivismo –, para ser aceita pela comunidade do hospital. Tal crítica é útil, pois mostra como certos desenvolvimentos na história da assistência psiquiátrica, aceitos de forma geral como progressistas e modernizadores, têm dimensões políticas e ideológicas complexas, que devem também ser consideradas em nossos esforços de historiar e apontar tendências na psiquiatria de hospital geral.⁶⁴

REFERÊNCIAS

1. Bachrach LL. General Hospital Psychiatry: overview from a sociological perspective. *Am J Psychiatry*. 1981;138(7):879-87.
2. Mayou R. The history of general hospital psychiatry. *Br J Psychiatry*. 1989;155:764-76.
3. Greenhill M. Psychiatric units in general hospitals. *Hosp Community Psychiatry*. 1979;30(3):169-82.
4. Botega NJ, Dalgallarrondo P. Saúde mental no hospital geral: espaço para o psíquico. 2. ed. São Paulo: Hucitec; 1997.
5. Larrobla C, Botega NJ. Las políticas de asistencia psiquiátrica y desinstitucionalización en América del Sur. *Actas Esp Psiquiatr*. 2000;28(1):22-30.
6. Figueiredo G. As origens da assistência psiquiátrica no Brasil: o papel das Santas Casas. *Ver Bras Psiquiatr*. 2000;22(3):133.
7. Perales A, Sogi C, Lolas F. Orientación de la atención psiquiátrica en Sudamérica. Lima: Instituto Nacional de Salud Mental Honório Delgado – Hideyo Noguchi; 1995.
8. Mateus MD, Mari JJ, Delgado PG, Almeida-Filho N, Barrett T, Gerolin J, et al. The mental health system in Brazil: policies and future challenges. *Int J Ment Health Syst*. 2008;2(1):12.
9. Ministério da Saúde (BR). Saúde mental em dados 12. Brasília: MS; 2015.
10. Nascimento AF, Galvanese ATC. Avaliação da estrutura dos centros de atenção psicossocial do município de São Paulo, SP. *Rev Saúde Pública*. 2009;43(Supl. 1):8-15.
11. Pande MNR, Amarante PDC. Desafios para os Centros de Atenção Psicossocial como serviços substitutivos: a nova cronicidade em questão. *Cien Saude Colet*. 2011;16(4):2067-76.
12. Girolamo G, Bassi M, Neri G, Ruggeri M, Santone G, Picardi A. The current state of mental health care in Italy: problems, perspectives, and lessons to learn. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2007;257(2):83-91.
13. Alves DSN, Silva PRF, Costa NR. Êxitos e desafios da reforma psiquiátrica no Brasil, 22 anos após a declaração de Caracas. *Medwave*. 2012;12(10):e5545.
14. Thornicroft G, Tansella M. The balanced care model: the case for both hospital and community-based mental health care. *Br J Psychiatry*. 2013;202(4):246-8.
15. Sampaio AP. Serviço psiquiátrico do hospital geral de ensino. *Neurobiologia*. 1956;29:72-82.
16. Brasil MAA. A unidade psiquiátrica em hospital geral [dissertação]. Rio de Janeiro: Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 1992.
17. Botega NJ, Schechtman A. Censo Nacional de Unidades de Psiquiatria em Hospitais Gerais: I. situação atual e tendências. *Rev ABP-APAL*. 1997;19(3):79-86.
18. Botega NJ. Psychiatric units in Brazilian general hospitals: a growing philanthropic field. *Int J Soc Psychiatry*. 2002;48(2):97-102.
19. World Health Organization. World mental health atlas. Geneva: WHO; 2015.
20. Lucchesi M, Malik AM. Feasibility of general hospitals psychiatric units in Brazil. *Rev Saude Publica*. 2009;43(1):161-8.
21. Larrobla C, Botega NJ. Philanthropic general hospitals: a new setting for psychiatric admissions. *Rev Saude Publica*. 2006;40(6):1042-8.
22. Brasil. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redefinição do modelo assistencial em saúde mental. Brasília: Diário Oficial da União; 2001.
23. Candiago RH, da Silva Saraiva S, Gonçalves V, Belmonte-de-Abreu P. Shortage and underutilization of psychiatric beds in southern Brazil: independent data of Brazilian mental health

- reform. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2011;46(5):425-9.
24. Horta RL, Costa JSD, Balbinot AD, Watted D, Teixeira VA, Poletto S. Hospitalizações psiquiátricas no Rio Grande do Sul de 2000 a 2011. *Rev Bras Epidemiol.* 2015;18(4):918-29.
25. Balbinot AD, Horta RL, Costa JSD, Araújo RB, Poletto S, Teixeira MB. Hospitalizações por uso de drogas não se alteram com uma década de Reforma Psiquiátrica. *Rev Saúde Pública.* 2016;50:26.
26. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: MS; 2011.
27. Botega NJ, Mitsuushi GN, Azevedo RCS, Lima DD, Fanger CP, Mauro MLF, et al. Depression, alcohol use disorders and nicotine dependence among patients at a general hospital. *Rev Bras Psiquiatr.* 2010;32(3):250-6.
28. Botega NJ, de Azevedo RC, Mauro ML, Mitsuushi GN, Fanger PC, Lima DD, Gaspar KC, et al. Factors associated with suicide ideation among medically and surgically hospitalized patients. *Gen Hosp Psychiatry.* 2010;32(4):396-400.
29. Villano LAB. Problemas psicológicos e morbidade psiquiátrica em serviços de saúde não psiquiátricos: o ambulatório de clínica geral [tese]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina; 1998.
30. Kerr-Corrêa F, Silva BCM. Avaliação do ensino de psiquiatria pela análise dos pedidos de interconsultas. *J Bras Psiquiatr.* 1985;34:247-52.
31. Millan LR, Miguel Filho EC, Lima MGA de, Fráguas Jr R, Gimenes R. Psiquiatria no hospital geral: experiência de um ano. *Rev Psiquiatr Clín.* 1996;13(1):33-8.
32. Magdaleno Jr. R., Botega NJ. Interconsulta psiquiátrica no hospital geral universitário. *J Bras Psiquiatr.* 1991;40:95-8.
33. Smaira SI, Kerr-Corrêa F, Contel JOB. Psychiatric disorders and psychiatric consultation in a general hospital: a case-control study. *Rev Bras Psiquiatr.* 2003;25(1):18-25.
34. Turato ER. Transtornos mentais em ambulatório. *J Bras Med.* 1985;49(2):116-23.
35. Botega NJ. Consultation-liaison psychiatry in Brazil: psychiatric residency training. *Gen Hosp Psychiatry.* 1992;14(3):186-91.
36. Goldberg DP, Huxley P. Mental illness in the community. London: Tavistock; 1980.
37. Lipowski ZJ, Wise TN. History of consultation-liaison psychiatry. In: Wise MG, Rundel JR. Textbook of consultation-liaison psychiatry. 2nd ed. Washington: American Psychiatric Publishing; 2002. p. 3-12.
38. Ferrari H, Luchina N, Luchina IL. La interconsulta médicopsicológica en el marco hospitalario. Buenos Aires: Nueve Visión; 1977.
39. Wittkover ED. Historical perspective of contemporary psychosomatic medicine. In: Lipowski ZJ. Psychosomatic medicine. New York: Oxford University; 1977.
40. Mello Filho J. Conceção psicossomática: visão atual. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 1979.
41. Kornfeld DS. Consultation-Liaison Psychiatry: contributions to medical practice. *Am J Psychiatry* 2002;159:1964-72.
42. Wood R, Wand AP. The effectiveness of consultation-liaison psychiatry in the general hospital setting: a systematic review. *J Psychosom Res.* 2014;76(3):175-92.
43. Shapiro PA, Lavakumar M. Measures of satisfaction with consultation-liaison services. *Psychosomatics.* 2014;55(3):314.
44. Bujoreanu S, White MT, Gerber B, Ibeziako P. Effect of timing of psychiatry consultation on length of pediatric hospitalization and hospital charges. *Hosp Pediatr.* 2015;5(5):269-75.
45. Wand AP, Wood R, Fossey MJ, Aitken P. Standards, efficiency and effectiveness in consultation-liaison psychiatry. *Aust N Z J Psychiatry.* 2015;49(2):104-5.
46. Strain JJ, Lyons JS, Hammer JS, Fahs M, Lebovits A, Paddison PL, et al. Cost Offset from Psychiatric Consultation-Liaison Intervention with Elderly Hip Fracture Patients. *Am J Psychiatry.* 1991;148(8):1044-9.
47. Lipowski ZJ. Consultation-liaison psychiatry: the first half century. *Gen Hosp Psychiatry.* 1986;8(5):305-15.
48. Cohen-Cole AS, Haggerty J, Raft D. Objectives for residents in consultation psychiatry: recommendations of a task force. *Psychosomatics.* 1982;23(7):699-703.

49. Heinrich TW, Schwartz AC, Zimbrian PC, Wright MT; Academy of Psychosomatic Medicine's Residency Education Subcommittee. The state of the service: a survey of Psychiatry resident education in psychosomatic medicine. *Psychosomatics*. 2013;54(6):560-6.
50. Nogueira-Martins LA, Frenk B. A atuação do profissional de saúde mental no hospital de ensino: a interconsulta medicopsicológica. *Bol Psiquiatr*. 1980;3:30-7.
51. Nogueira-Martins LA, Botega NJ. Interconsulta psiquiátrica no Brasil: desenvolvimentos recentes. *Revista ABP-APAL*. 1988;20(3):105-11.
52. Botega NJ. No hospital geral: lidando com o psíquico, encaminhando ao psiquiatra [tese]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 1989.
53. Dalgalarondo P. Repensando a internação psiquiátrica. A proposta das unidades de internação psiquiátrica em hospitais gerais [dissertação]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 1992.
54. Mello Filho J. Psicossomática hoje. Porto Alegre: Artmed; 1992.
55. Fortes JRA, Miguel Filho EC, Ramadam ZBA, Arruda PV. Psiquiatria e medicina interna. *Anais do I Congresso Brasileiro de Psiquiatria e Medicina Interna*. São Paulo: Astúrias; 1988.
56. Miguel Filho EC, Ramadam Z B A, Malbegier A, Sousa DG. Interconsulta psiquiátrica no Brasil. São Paulo: Astúrias; 1990.
57. Fráguas Jr. R. Psiquiatria e psicologia no hospital geral: integrando especialidades. São Paulo, Lemos; 1997.
58. Morais LV. A interconsulta de terapia ocupacional no hospital geral: um espaço para a saúde. *Rev Centro de Estudos de Terapia Ocupacional*. 2001 6(6):9-13.
59. Park EM, Sockalingam S, Ravindranath D, Aquino PR, Aggarwal R, Nemeroff SF, et al. Psychosomatic medicine training as a bridge to practice: training and professional practice patterns of early career psychosomatic medicine specialists. *Psychosomatics*. 2015;56(1):52-8.
60. Botega NJ, Guilhermano LG, Michel R, Garcia Jr C, Machado FG, Crestana F, et al. Consultoria psiquiátrica em hospital geral: inviável ou promissora? *Rev Bras Psiquiatr*. 2000;22(3):130-2.
61. Azevedo RC, Mauro ML, Lima DD, Gaspar KC, Silva VF, Botega NJ. General hospital admission as an opportunity for smoking-cessation strategies: a clinical trial in Brazil. *Gen Hosp Psychiatry*. 2010;32(6):599-606.
62. Camargo AL, Maluf Neto A, Colman FT, Citero VA. Development of psychiatric risk evaluation checklist and routine for nurses in a general hospital: ethnographic qualitative study. *Sao Paulo Med J*. 2015;133(4):350-7.
63. De Marco MA, organizador. A face humana da medicina: do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2003.
64. Castel R. A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo. Rio de Janeiro: Graal; 1978.