

# A integração da pesquisa e prática clínica em psicologia médica

Décio Gilberto Natrielli Filho<sup>1</sup>  
Décio Gilberto Natrielli<sup>2</sup>

Hospital do Servidor Público Estadual (HSPE), Santa Casa de São Paulo e Comitê Multidisciplinar de Psicologia Médica da Associação Paulista de Medicina (APM)

## PSICOSSOMÁTICA E PSICOLOGIA MÉDICA

É provável que nenhuma interface real existisse entre psiquiatria e medicina até o início do século 20. O desenvolvimento histórico da psicossomática teve início com grandes psicanalistas (Sigmund Freud, Sandor Ferenczi e Franz Alexander), psicofisiologistas (Walter Cannon, Hans Selye, Meyer Friedman), além dos estudos socioculturais e da teoria dos sistemas (Karen Horney, John Cassel, Adolph Meyer, Zibigniew Lipowski, George Engel). Com a ampliação e a absorção dos psiquiatras para o hospital geral, novos conceitos sobre a interação mente-corpo foram propostos e, atualmente, temos disponíveis campos de estudo que se intersectam e têm suas raízes na psicossomática, tais como a interconsulta psiquiátrica e a psicologia médica.<sup>1</sup>

Como forma didática, Melo Filho<sup>2</sup> resume que a psicossomática evoluiu em três fases:

- (1) Inicial ou psicanalítica, com predomínio dos estudos sobre a gênese inconsciente das enfermidades, sobre as teorias da regressão e sobre os benefícios secundários do adoecer, entre outras;
- (2) Intermediária ou behaviorista, caracterizada pelo estímulo à pesquisa em homens e animais, tentando enquadrar os achados à luz das ciências exatas e dando um grande estímulo aos estudos sobre o estresse;
- (3) Atual ou multidisciplinar, em que vem emergindo a importância do social e da visão psicossomática como uma atividade essencialmente de integração, de interconexão entre profissionais de saúde.

É um fato notável, apesar de nem sempre reconhecido, que o conceito básico da medicina psicossomática que guiou o seu desenvolvimento durante o século passado sofreu uma mudança radical com a publicação, em 1980, da terceira edição do Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM). Esta mudança está puramente refletida na transformação da categoria “desordens psicofisiológicas” da segunda edição do

DSM em “fatores psicológicos que afetam condições médicas” na terceira edição do DSM. Enquanto a primeira definição carregava a implicação dos fatores psicológicos como importantes desencadeadores, no sentido etiológico, das “doenças do corpo”, nas suas revisões mais recentes os fatores psicológicos foram alocados desempenhando um papel secundário como meros elementos auxiliares, levando a complicações no curso de doenças somáticas fisiopatologicamente pré-existentes.<sup>3</sup>

Esta última e mais recente definição reflete a ênfase do pensamento psiquiátrico atual acerca dos aspectos biológicos dos transtornos mentais, um foco de interesse que nos permitiu, nos últimos anos, acumular ricas e importantes informações sobre as doenças psiquiátricas e também sobre as complicações psicológicas das doenças em geral.<sup>3</sup>

## EVIDÊNCIAS E SUBJETIVIDADE

A medicina baseada em evidências (MBE) é uma das responsáveis por essa evolução no pensamento clínico dos transtornos mentais e continua a fornecer significativas contribuições para a prática psiquiátrica, bem como para a uniformização das pesquisas e dos critérios nosológicos para a inclusão de pacientes em protocolos de pesquisa. A psicologia médica, praticada por profissionais médicos com especialização em psiquiatria, é uma das áreas ou subdivisões de uma especialidade que se beneficia da metodologia da MBE.

Houve uma fase da medicina, do século anterior, na qual a estatística ainda não havia sido aperfeiçoada e absorvida pelos campos da saúde mental e até das neurociências. Valorizavam-se mais os relatos, observações e estudos de pequenos grupos de pacientes, sem homogeneidade diagnóstica e metodológica. Entretanto, estudava-se o indivíduo, sua história ou biografia, o seu desenvolvimento, suas particularidades, tudo dentro de conceitos teóricos sobre os modelos do desenvolvimento humano e da personalidade – podemos citar Sigmund Freud, Erik Erikson, Jean Piaget, Karl Abraham, dentre outros.

<sup>1</sup>Médico psiquiatra assistente e preceptor dos residentes de Psiquiatria da Santa Casa de São Paulo e do Hospital do Servidor Público Estadual (HSPE).

<sup>2</sup>Médico psiquiatra e presidente do Comitê Multidisciplinar de Psicologia Médica da Associação Paulista de Medicina (APM).

Nas supervisões médicas em psiquiatria e psicologia médica, temos que aprender a conciliar “números com subjetividade”, balancear e compreender de forma global o quantitativo e o qualitativo, integrar estatísticas com a realidade da prática clínica, escalas categoriais de diagnósticos com modelos nosológicos dimensionais. Valorizamos os dois lados, tentamos encontrar uma média ou um mínimo múltiplo comum, dentro de princípios éticos e de valorização do indivíduo.

Na prática, encontramos um *gap*. De um lado, os ensaios clínicos controlados, com pacientes preenchendo critérios rigorosos de inclusão e exclusão, respondendo às categorizações diagnósticas e recebendo, por exemplo, aquele tratamento a ser investigado, comparado ao placebo ou outra medicação. Do outro lado, temos pacientes em ambientes clínicos (ambulatoriais, hospitalares, enfermarias, hospital-dia, pronto-socorro), com múltiplas comorbidades, prejuízos nas esferas familiar, social e laborativa. Muitas vezes, já passaram por diversas tentativas frustradas de tratamento, apresentando sintomatologia refratária e de difícil manejo. Se esses pacientes não responderem, devemos continuar tentando, investigando e estudando novas propostas terapêuticas, agregando sempre profissionais de outras áreas (psicologia, enfermagem, terapia ocupacional, assistente social). Não há um ambiente controlado e os dados estatísticos tornam-se mais incertos.

## INTEGRAÇÃO DE CONCEITOS EM PSICOLOGIA MÉDICA

Obviamente, os dois modelos não se excluem, mas complementam-se. Precisamos das pesquisas, com controles e homogeneidade, com grupos representativos e de diversos centros, para adotarmos referenciais clínicos e éticos. Na prática clínica, agregamos os conhecimentos de pesquisas a dados subjetivos adquiridos com uma observação voltada para elementos únicos daquele indivíduo. Ninguém discordaria que cada indivíduo é único e singular, mesmo na sua relação com a doença ou na forma de adoecer.

Tomamos emprestado o pensamento de Prestrello, ainda atual: *“A relação transpessoal é uma relação viva. Todo ato médico é, conseqüentemente, um ato vivo, por mais que se lhe queira emprestar caráter exclusivamente técnico. Não existe ato puramente diagnóstico. Todas as atitudes do médico repercutem sobre a pessoa doente e terão significado terapêutico ou antiterapêutico segundo as vivências que despertarão no paciente e nele, médico, também. A isso me referi anos passados, quando em um trabalho denominei de psicoterapia implícita as atitudes do clínico no seu relacionamento com o doente, dirigidas a um fim terapêutico, independentemente da natureza das medidas de ordem material que tivesse de recomendar. Aliás, o pensamento de que todo médico, consciente ou inconscientemente, faz psicoterapia, velha frase já proferida por Freud em 1905, não quer dizer outra coisa; nos últimos tempos, porém, com o que hoje já se sabe, as implicações são muitíssimo mais numerosas. Através do que diz e do que não diz, do que faz e do que não faz,*

*do que expressa ou não expressa em sua fisionomia, o médico está fazendo psicoterapia, boa ou má, mas estará praticando-a. Melhor dizendo: através disso tudo, estará encaixando-se no doente, ou permitindo que este se encaixe nele, de forma benéfica ou maléfica”*.<sup>4</sup>

Por mais que busquemos a neutralidade científica, não podemos negligenciar o fato de que trabalhamos com “mentes vivas”, e a isso se subordina qualquer metodologia. Nenhuma epistemologia é capaz de dar conta da interação de duas consciências, de dois indivíduos com suas complexidades.<sup>5</sup>

Esta é a grande dificuldade, as oscilações e imprecisões da medicina. Se exagerarmos no polo do que podemos chamar de “estatístico” ou se hipertrofiarmos nossa visão de “subjetividade”, corremos o risco de criar dogmas, doutrinas, modelos inflexíveis e, ainda mais grave, selecionarmos ou excluirmos nossos pacientes por não se adequarem aos nossos modelos, e isto, com certeza, não queremos para aqueles que cuidamos nem para nossa prática.

Citamos também Michael Balint: *“O remédio ainda mais prescrito é o médico. Ouça o paciente, ele lhe está dizendo qual o diagnóstico. Toda doença é o veículo de um pedido de amor e de atenção. A medicina se pratica sob a forma de medicina a uma pessoa”*.<sup>5</sup> Buscamos a integração, e este é um ideal (no sentido de conceito médico) que tende a agregar, conciliar, investigar e se adaptar às demandas do paciente. Não passa de uma metáfora, utilizando aquilo que já se pratica e se produz cientificamente para renovarmos nossos olhares para o que estamos criando, observando, estudando e tratando.

Vimos falando, em outras palavras, sobre a relação médico-paciente, um dos principais focos da psicologia médica. O processo de humanização e de desenvolvimento é feito de relações interpessoais: o sujeito não pode criar-se a si mesmo, ele necessita do outro para conscientizar-se, ser, estar e sentir no mundo. Até pouco tempo atrás os referenciais biopsicosocioculturais do homem eram regidos pelos valores de certezas. Era aceita a concepção universal de causalidade, isto é, toda causa corresponderia a um determinado efeito, numa epistemologia explicável pelo raciocínio lógico. Com o incremento contínuo de informações e pesquisas, algumas genuínas, outras ainda carentes de metodologias adequadas e não replicáveis pelo método científico, esses referenciais biológicos, psicológicos, sociais e culturais tornaram-se mais frágeis, questionáveis, influenciando as relações humanas, principalmente daqueles que trabalham e interagem com pessoas, ou seja, os médicos e profissionais da saúde.

A psicologia médica, pesquisando e se embasando em informações fornecidas pela MBE, pode também contribuir estudando esses fenômenos envolvendo as relações humanas diante daquilo que as pessoas vêm chamando de avanços na ciência. Todo pesquisador sabe que não temos verdades absolutas, lidamos com paradigmas ou modelos temporários, e esta é nossa condição. Devemos, portanto, manter nossa in-

cessante busca por uma abordagem integrada que possa devolver aos pacientes a capacidade de sentir, falar, formar imagens e fantasias, com o intuito de restaurar e transformar o indivíduo e seu mundo, onde a consciência é capaz de desenvolver capacidades superiores de abstração e simbolização, para uma melhora das suas relações, interpretações, vivências, experiências e qualidade de vida.

## INFORMAÇÕES

### Endereço para correspondência:

Serviço de Psiquiatria do Hospital do Servidor Público Estadual  
Rua Pedro de Toledo, 1.800  
Vila Clementino – São Paulo (SP)  
CEP 04039-901  
Tel. (11) 5088-8121/5088-8190  
Cel. (11) 9261-3776  
E-mail: deciodoc@ig.com.br

Fontes de fomento: nenhuma

Conflito de interesse: nenhum

## EDITOR RESPONSÁVEL POR ESTA SEÇÃO:

Álvaro Nagib Atallah. Médico. Professor titular e chefe da Disciplina de Medicina de Urgência e Medicina Baseada em Evidências da Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina (Unifesp-EPM). Diretor do Centro Cochrane do Brasil e Diretor da Associação Paulista de Medicina (APM). E-mail: atallahmbe@uol.com.br

## REFERÊNCIAS

1. Lipsitt DR. Consultation-liaison psychiatry and psychosomatic medicine: the company they keep. *Psychosom Med.* 2001;63(6):896-909.
2. Melo Filho J. Introdução. In: Melo Filho J, editor. *Psicossomática hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992. p. 19-27.
3. Nemiah JC. A psychodynamic view of psychosomatic medicine. *Psychosom Med.* 2000;62(3):299-303.
4. Perestrello D. *A medicina da pessoa*. 2ª edição. Rio de Janeiro: Atheneu; 1974.
5. Natrielli Filho DG, Natrielli DG, Goes RD. *Contribuições para a prática da psiquiatria, psicodinâmica e psicologia médica*. São Paulo: Leitura Médica; 2008.

Data de entrada: 17/5/2010

Data da última modificação: 17/5/2010

Data de aceitação: 9/6/2010

## RESUMO DIDÁTICO

1. Com a ampliação e a absorção dos psiquiatras pelo hospital geral, novos conceitos sobre a interação mente-corpo foram propostos e, atualmente, temos disponíveis campos de estudo que se intersectam e têm suas raízes na psicossomática, tais como a interconsulta psiquiátrica e a psicologia médica.
2. Houve uma fase da medicina do século anterior na qual a estatística ainda não havia sido aperfeiçoada e absorvida pelos campos da saúde mental e até das neurociências.
3. Necessitamos das pesquisas, com controles e homogeneidade, com grupos representativos e de diversos centros, para adotarmos referenciais clínicos e éticos. Mas ninguém discorda que cada indivíduo é único e singular, mesmo na sua relação com a doença ou na forma de adoecer.
4. Por mais que busquemos a neutralidade científica, não podemos negligenciar o fato de que trabalhamos com "mentes vivas", e a isso se subordina qualquer metodologia.
5. Buscamos a integração, e este é um ideal (no sentido de conceito médico), que tende a agregar, conciliar, investigar e se adaptar às demandas do paciente.
6. Todo pesquisador sabe que não temos verdades eternas, lidamos com paradigmas ou modelos temporários e esta é nossa condição.