



CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE NEUROPSIQUIATRIA
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM NEUROPSIQUIATRIA

JULIANO VICTOR ALBUQUERQUE LUNA

**Aventuras da Psiquiatria no Hospital Geral: Aspectos
históricos da interconsulta na UFPE e no HBL**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Recife
2016

JULIANO VICTOR ALBUQUERQUE LUNA

**Aventuras da Psiquiatria no Hospital Geral: Aspectos
históricos da interconsulta na UFPE e no HBL**

Dissertação de mestrado apresentada ao
Programa de Pós Graduação em Neuropsi-
quiatria, como parte dos requisitos necessá-
rios à obtenção do título de mestre em Psi-
quiatria. Área de Concentração: Psiquiatria.
Linha de Pesquisa: História da Psiquiatria

Orientador: Professor Doutor Othon Coelho
Bastos Filho

Coorientador: Professor Doutor João Al-
berto Gomes de Carvalho

Recife
2016

Catálogo na Fonte
Bibliotecária: Gláucia Cândida, CRB4-1662

L961a Luna, Juliano Victor Albuquerque.
Aventuras da psiquiatria no Hospital Geral: aspectos históricos da
interconsulta na UFPE e no Hospital Barão de Lucena / Juliano Victor
Albuquerque Luna. – 2016.
103 f.: il. ; 30 cm.

Orientador: Othon Coelho Bastos Filho.
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco,
CCS. Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do
Comportamento, 2016.
Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Psiquiatria - história. 2. Unidade Hospitalar de Psiquiatria. 3.
Hospitais Gerais. I. Bastos Filho, Othon Coelho. (Orientador). II. Título.

612.665 CDD (22.ed.) UFPE (CCS2016-208)

Juliano Victor Albuquerque Luna

**Aventuras da Psiquiatria no Hospital Geral: Aspectos históricos
da interconsulta na UFPE e no HBL**

Dissertacao apresentada ao Programa de Pos
Graduacao em Neuropsiquiatria e Ciencias do
Comportamento da Universidade Federal de
Pernambuco, como requisito parcial para a
obtencao do titulo de Mestre em Psiquiatria

Trabalho aprovado em 12/07/2016

Prof. Dr. Murilo Duarte da Costa Lima (Presidente)
(Examinador interno)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Dr. Euclides Dias Martins Filho (Examinador Interno)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Dr. Joao Alberto Carvalho
(Examinador Externo)
Universidade Federal de Pernambuco

Recife
2016

A meu pai, fonte maior de todas as referências

Agradecimentos

A minha mãe, Maria, e meus irmãos, Rodolfo e Daniela, pelo apoio incondicional de sempre

A Luciana, minha esposa, companheira de todas as horas, posseira instalada dentro do meu coração

Ao meu orientador, Prof. Othon Bastos, pela generosidade e sabedoria.

Ao meu co-orientador, eterno professor e mentor, Prof João Alberto Carvalho, pela dedicação, atenção, cuidado e apoio constantes.

Ao amigo Bruno Nascimento, pela amizade e ajuda essencial na viabilização deste projeto.

Ao amigo Antonio Leandro Nascimento, grande referência na minha formação psiquiátrica e humana.

À professora Mabel Cavalcanti , pela cordialidade e gentileza em conceder entrevistas para este projeto.

Aos integrantes da Banca Examinadora, profs Murilo Costa Lima e Euclides Dias Martins, pelas inestimáveis contribuições.

Às “eternas referências” que me fazem ter gosto em ser gente: Gilda Kelner, Marcelo Bouwman, Suzana Boxwell, Djalma Agripino, Clézio Leitão, Luiz Gonzaga Granja

A meus residentes e estudantes, que me motivam sempre à busca de trocar conhecimento

A meus pacientes, razão primordial deste ofício, da busca de ser humano enquanto médico

*“O conhecimento da civilização de um povo
pode ser avaliado pelo modo que ele trata
seus alienados”*

Juliano Moreira

*“Alegria não pode ser tamanha, que achar
gente vizinha em terra estranha”*

Luis Vaz de Camões

*“O todo sem a parte não é todo;
A parte sem o todo não é parte;
Mas se a parte o faz todo sendo parte,
Não se diga que é parte, sendo todo.”*

Gregório de Matos Guerra

Resumo

A história da psiquiatria, em sua maior parte, confunde-se com a história dos asilos. Os Hospitais Gerais desenvolveram-se, ao longo da história da medicina, como ambientes em que não havia espaço para os loucos. A partir do século XX, começa a ocorrer uma mudança nesse paradigma, sobretudo nos EUA e na Europa, com a criação das UPHGs em diversos serviços por lá, e a consolidação da Interconsulta psiquiátrica como área de atuação da psiquiatria, que passa a estreitar o contato com o restante da medicina. Foi um movimento que rendeu diversos avanços tanto à psiquiatria quanto às outras áreas médicas. No Brasil, esse percurso começou na década de 1950 e ocorre de forma mais tímida. Apenas 1,1% dos Hospitais gerais contam com suporte da psiquiatria em nosso país atualmente. Contudo, houve espaço no Brasil para o desenvolvimento de projetos pioneiros nesse campo, cuja história não está registrada. A psiquiatria pernambucana foi protagonista na empreitada, inaugurando inclusive a integração da psiquiatria ao hospital geral no Brasil. Pernambuco também foi um dos pioneiros na introdução da clínica psicanalítica em hospitais gerais do serviço público. O presente trabalho pretende registrar a história dessas experiências. Para tanto, escolhemos os serviços da UFPE e do Hospital Barão de Lucena, sedes dos primeiros serviços de saúde mental em hospital geral de Pernambuco. Fez-se uma ampla pesquisa documental, além de serem entrevistados alguns dos principais atores da construção desses serviços. Apesar de difícil, a integração dos cuidados de saúde mental ao hospital geral na UFPE e no HBL conseguiu efetivar-se, a partir da psiquiatria na UFPE e da psicanálise no HBL. Foram espaços configurados e sustentados dentro de uma perspectiva de formação, para além da assistência, e acreditamos que sua longevidade tenha relação com isso.

Palavras chave: Interconsulta Psiquiátrica; História da Psiquiatria; Psiquiatria no Hospital Geral

Abstract

The history of psychiatry, for the most part, is intertwined with the history of asylums. General Hospitals have developed mostly as environments in which there was no room for the insane. Since the early twentieth century, a paradigm shift takes place, specially in the US and Europe, with the creation of psychiatry units in several General Hospitals there. It led to the consolidation of Consultation Liaison Psychiatry as an official sub-specialty of Psychiatry. Integration of Psychiatry and other medical specialties was a movement that yielded many advances in both psychiatry as other medical areas. In Brazil, this journey began in the 1950s and is more . Only 1.1% of Brazilian general hospitals have psychiatric support nowadays. However, there was room in Brazil for the development of pioneering experiments in this field, whose history is not recorded. Pernambuco's psychiatry had a key role in these experiments, inaugurating the integration of psychiatry to the general hospital in Brazil. Pernambuco was also one of the first places to have a psychoanalytic couch in public service facilities. This work aims to record the history of these pioneering experiences in the state of Pernambuco. Therefore, we chose the services of UFPE and the Hospital Barão de Lucena, headquarters of general Hospital Psychiatry in Pernambuco. An extensive literature research was done, along with statements collection from some of the major players in the construction of these services. Although difficult, the integration of mental health care to the general hospital at UFPE and HBL was successful, arising from psychiatry at UFPE and psychoanalysis at in HBL. They were configured spaces and sustained in a training perspective, and we believe that it explains their longevity.

Keywords: Consultation-Liaison Psychiatry; History of Psychiatry; General Hospital Psychiatry.

Lista de Figuras

Figura 1 – Capa da edição de junho de 1956 da revista Neurobiologia, onde foi publicado o primeiro artigo sobre interconsulta psiquiátrica no Brasil	85
Figura 2 – Folha de Rosto do primeiro artigo sobre interconsulta psiquiátrica publicado no Brasil, em 1956	86
Figura 3 – Anuncio de um Hospital Psiquiátrico, publicado na Revista Neurobiologia em 1956	87
Figura 4 – Polêmica em torno da pedra fundamental do Hospício de Alienados. Charge do jornal de oposição A Província, 1874	88
Figura 5 – Outra charge do Jornal A província sobre o assentamento da pedra fundamental do Hospício de Alienados 1874	89
Figura 6 – Henrique Lucena, futuro Barão de Lucena, que assentou a pedra fundamental do então hospício de alienados. Também dá nome ao Hospital Barão de Lucena	90
Figura 7 – Prof José Lucena(esq). Ao seu lado os Profs. Othon Bastos e Tácito Medeiros	91
Figura 8 – Prof José Lucena. Ao seu lado o Prof João Alberto Carvalho(dir) . .	92
Figura 9 – Nomeação do Prof Lucena para a cátedra de Psiquiatria da FMR(UFPE), em 1952. Poucos anos depois, fundar-se-ia uma das primeiras UPHGs do Brasil	93
Figura 10 – Detalhe do Pátio Interno do Hospital Pedro II. Predomina a horizontalidade da construção.	94
Figura 11 – Último artigo sobre interconsulta publicado pela Clínica de Psiquiatria da UFPE no Hospital Pedro II, pouco antes da transição para o HC. 1978	95
Figura 12 – Projeto de Mario Russo para a Cidade Universitária da UFPE, onde se localiza o novo HC-UFPE	96
Figura 13 – Mario Russo e equipe diante da Maquete da Faculdade de Medicina da UFPE. Recife, final dos anos 1950	97
Figura 14 – Maquete do Projeto Original do HC. Vista Frontal do Prédio. Recife, final dos anos 1950	98
Figura 15 – Projeto Original do HC. Vista da parte de trás do Prédio. Recife, final dos anos 1950	99
Figura 16 – HC atualmente	99
Figura 17 – Acesso à entrada principal do HC	100
Figura 18 – Hospital Barão de Lucena	100

Figura 19 – Hospital Barão de Lucena - Vista Lateral	101
Figura 20 – Placa de Inauguração do HBL, em 1958	102
Figura 21 – Placa registrando a transferencia da administração do HBL ao INPS, em 1973	103
Figura 22 – Equipe do PRM de Clínica Médica do HBL - Da esquerda para a direita, Dr Natalício, Dr Fernando Raposo, Dra Gilda Kelner, Dr. Edson Victor	104

Lista de abreviaturas e siglas

ABP	Associação Brasileira de Psiquiatria
AGEC	Administração Geral dos Estabelecimentos de Caridade
APA	American Psychiatric Association
CNRM	Comissão Nacional de Residência Médica
CPP	Círculo Psicanalítico de Pernambuco
EAPM	European Assotiation of Psychosomatic Medicine
FMR	Faculdade de Medicina do Recife
HAM	Hospital Agamenon Magalhães
HBL	Hospital Barão de Lucena
HC	Hospital das Clínicas da UFPE
HC - UNICAMP	Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas
HOF	Hospital Otávio de Freitas
NIMH	National Institute of Mental Health
PRM	Programa de Residência Médica
SPR	Sociedade Psicanalítica do Recife
TOCE	Técnica Operatória e Cirurgia Experimental
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
UNIFESP	Unifersidade Federal de São Paulo
UPHG	Unidade Psiquiátrica do Hospital Geral
USP	Universidade de São Paulo

Sumário

1	Introdução	14
2	Considerações metodológicas	16
2.1	Pergunta Condutora	16
2.2	Objetivos	16
2.2.1	Objetivo geral	16
2.2.2	Objetivos Específicos	16
2.3	Delimitação do Campo de Estudo	16
2.4	Escolha pela História Oral	17
2.5	Coleta de Dados	18
3	Artigo de Revisão - Percurso da Interconsulta psiquiátrica no Brasil: Uma revisão narrativa	19
3.1	Resumo	19
3.2	Abstract	19
3.3	Introdução	20
3.4	As origens do modelo asilar.	20
3.5	Sobre a construção de pontes – O surgimento da Medicina Psicossomática	21
3.6	Pondo em prática a medicina psicossomática – Os primeiros serviços de psiquiatria nos Hospitais Gerais e a criação da interconsulta psiquiátrica.	22
3.7	Desenvolvimento da Interconsulta fora dos EUA	24
3.8	O percurso da Interconsulta Psiquiátrica no Brasil	24
3.9	Discussão	27
4	Artigo Original - Aventuras da Psiquiatria no Hospital Geral: Interconsulta na UFPE e no HBL	29
4.1	Resumo	29
4.2	Abstract	30
4.3	Introdução	30
4.4	Materiais e Métodos	31
4.5	Preâmbulo - A primeira UPHG do Brasil: Território Baiano, sob influência da Escola de Psiquiatria do Recife	32
4.6	“A psiquiatria no país do açúcar”: Do asilo de alienados à UPHG do Hospital Pedro II	33

4.7	A transição para a Cidade Universitária	37
4.8	Interconsulta na UFPE após a transição: O pioneirismo do Ambulatório de Interconsulta e o grupo de acolhimento aos estudantes de Medicina.	39
4.9	O Hospital Barão de Lucena: Centro formador fora da Universidade	41
4.10	"Hospital das Usinas"	42
4.11	Do PRM de Clínica Médica à Clínica de Psicossomática	43
4.12	Grupos Balint - Espaços de interlocução, formação e cuidado	45
4.13	A chegada da Psiquiatria e a Criação do Serviço de Saúde Mental .	47
4.14	Discussão	48
5	Conclusão	50
	Referências	52
	APÊNDICES	60
	APÊNDICE A – Entrevista com a Professora Gilda Kelner e o Dr. Marcelo Bouwman	61
	APÊNDICE B – Entrevista com o Professor João Alberto Carvalho .	73
	APÊNDICE C – Entrevista com a Professora Mabel Cavalcanti . . .	80
	ANEXOS	83

1 Introdução

A determinação da loucura e do lugar do louco nas sociedades suscita uma questão que transcende as épocas, e o asilo construiu-se como lugar de recolhimento dos desviantes, não necessariamente enfermos, desde a Idade Média, como aponta Foucault em sua *História da Loucura*.(1) A psiquiatria constituiu-se como especialidade médica apenas em 1801, com o Tratado Médico Filosófico sobre a Alienação Mental, de Pinel(2) e a cena clássica de *Bicêtre* dá-se numa instituição asilar. O desenvolvimento da psiquiatria adquire no asilo sua espinha dorsal, em paralelo e por muitas vezes ao largo do desenvolvimento das demais especialidades médicas, cuja evolução técnico-científica teve como palco principal os hospitais gerais. No século XX, começa o estreitamento deste hiato, sobretudo nos países do hemisfério norte.(3)

Em 1902, nos EUA, instala-se a primeira unidade psiquiátrica viável num hospital geral e nos anos 1920 o movimento de aproximação entre a psiquiatria e o hospital geral adquire consistência. O marco inicial é o artigo do Dr. Henry, da Universidade de Cornell, EUA, (4), intitulado “Some modern aspects of Psychiatry in General Hospital Practice”. Para Lipowski, o artigo de Henry inaugura uma nova forma de praticar psiquiatria, a interconsulta psiquiátrica(do inglês *consultation-liaison psychiatry*).(5). Neste texto ele afirma que “na equipe de qualquer hospital geral deve existir um psiquiatra que faça visitas regulares às enfermarias, oriente e supervisione os estudantes e frequente as reuniões médicas, para que haja troca mútua de experiências e uma discussão aberta dos casos mais complicados”

Após a Segunda Guerra Mundial o número de Unidades Psiquiátricas do Hospital Geral cresceu significativamente, ao passo que em 2005 cerca de 21% dos leitos psiquiátricos norte-americanos localizavam-se em hospitais gerais(6) . Em 1974 o National Institute of Mental Health(NIMH,USA) tornou o estágio em interconsulta psiquiátrica parte integrante do conteúdo programático da residência médica em psiquiatria, e em 1993 ela foi reconhecida oficialmente como subespecialidade da psiquiatria nos EUA(4). Na Europa, este modelo de cuidado psiquiátrico também desenvolveu-se com robustez(5)(6) (7)(8).

No Brasil, as primeiras Unidades Psiquiátricas no Hospital Geral(UPHG) foram criadas nos anos 1950. Em 1954 foi criada a UPHG do Hospital das Clínicas da Universidade da Bahia, coordenada pelo prof. Nelson Pires(9, 10). e a UPHG do Hospital dos Comerciantes, em SP(11, 12, 13).Em 1957 era criada uma UPHG no Recife, no Hospital Pedro II- UFPE, sob a coordenação do Prof. José Lucena(14, 15).

A partir das décadas de 1970 e 1980 houve diversos movimentos de construção

teórica no campo da Interconsulta psiquiátrica, com destaque para as experiências da UNIFESP e da UNICAMP(11, 16, 17, 12, 13, 18)(19) Houve ainda experiências sofisticadas de UPHG em outros estados, sendo a mais recente a implantação da UPHG no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, da UFRJ, sob a coordenação do Prof.. Marco Antônio Brasil(20, 21, 16).

Em Pernambuco pouco se escreveu sobre a interlocução entre a psiquiatria e Hospital Geral. Fato curioso, haja vista o pioneirismo e protagonismo da psiquiatria pernambucana na construção da psiquiatria Brasileira.(22). (23). Além da UPHG do Hospital Pedro II, desenvolveram-se no estado experiências pioneiras, como o ambulatório de Interconsulta do HC-UFPE, a introdução do atendimento clínico em psicanálise no serviço público em nosso estado, além da implementação de grupos Balint, espaços de discussão sobre a relação médico-paciente criados pelo médico e psicanalista húngaro Michael Balint.(24)

São experiências ainda não publicadas, há uma lacuna histórica sobre o percurso da interlocução entre a psiquiatria(mas também a saúde mental) e o restante da medicina em solo pernambucano. Para Medeiros, “a história tem serventia.(...) Medicina e psiquiatria são construtos históricos, reflexos de necessidades do homem, e de mentalidades e concepções, em diferentes tempos da cultura”(25). Faz-se necessário, em nossa opinião, registrar essas experiências. Eis o motivo do presente estudo.

2 Considerações metodológicas

2.1 Pergunta Condutora

Como se deu a integração da psiquiatria e da saúde mental ao Hospital Geral em Pernambuco e que papel histórico ela teve para a psiquiatria e saúde mental brasileiras?

2.2 Objetivos

2.2.1 Objetivo geral

- Descrever e Analisar, do ponto de vista histórico, o desenvolvimento da psiquiatria de Saúde Mental em Hospital Geral no estado de Pernambuco, com ênfase na prática de Interconsulta.

2.2.2 Objetivos Específicos

- Descrever e analisar, do ponto de vista histórico, a constituição da Unidade Psiquiátrica do Hospital Pedro II e posteriormente do HC-UFPE.
- Descrever e analisar, do ponto de vista histórico, a construção do Serviço de Saúde Mental do Hospital Barão de Lucena

2.3 Delimitação do Campo de Estudo

O campo de investigação deste estudo centra-se em dois palcos principais: O Hospital da Universidade Federal de Pernambuco(Inicialmente o Pedro II e posteriormente o Hospital das Clínicas¹) e o Hospital Barão de Lucena(HBL), hospital escola localizado na cidade do Recife. A opção se fez por dois motivos principais: O primeiro deles é o fato de serem os mais antigos serviços de saúde mental em Hospital Geral do estado, além de tradicionais formadores de várias gerações de médicos das mais diversas especialidades, inclusive psiquiatras, em solo pernambucano.

¹ É importante lembrar que enquanto funcionou como Hospital escola da UFPE, o Hospital Pedro II também tinha o nome de Hospital das Clínicas da UFPE. Por motivos didáticos, manteremos a distinção de nomenclatura e utilizaremos o nome Hospital das Clínicas apenas para designar o atual HC.

A esta relevância soma-se a curiosidade histórica do autor, aluno egresso da UFPE e frequentador dos grupos Balint no HC e no HBL desde 2002. Isto não significa que haja modificação dos fatos históricos, mas a investigação é indiscutivelmente influenciada pela experiência de vida do sujeito e suas concepções teóricas são integrantes do processo investigativo(26, 27). Esta relação íntima do pesquisador com o objeto a ser pesquisado demanda uma dinâmica que se opõe às ideias de inércia, estática e independência da vontade humana(28, 29, 30). Pesquisar história é recuperar, no objeto estudado, as ações que diferentes grupos exerceram em determinado fato social, compreendendo a concretização de uma possibilidade e não de outras.

2.4 Escolha pela História Oral

A história, a partir de Heródoto, cumpre função essencial de cultivo e preservação da memória. Ela criou-se sob Mnémossine, deusa da poesia e da memória e os mnémons(lembranças, testemunhos) eram os pilares do relato histórico. Ao longo das eras, e mais precisamente após a queda do Absolutismo, assumiram protagonismo os documentos(do latim, *documentum*, provas), que para a escola positivista eram o fundamento do fato histórico(31).

Na década de 1920, na França, sob a liderança de Bloch e Febvre, surge um movimento chamado Nouvelle Histoire(Nova história). A partir dele, a dimensão positiva da exigência documental aquiesceu e a historiografia moderna deslocou o homem para uma posição central de ator, sujeito e produtor nos lugares múltiplos complexos da vida moderna. Para Febvre, “A história fez-se sem dúvida com documentos escritos. Quando há. Mas pode e deve fazer-se sem documentos escritos, se não existirem. . . faz-se com tudo o que a engenhosidade do historiador permite utilizar para fabricar o seu mel quando faltam as flores habituais”(32),(30)(30)

O método denominado História Oral surge no início do século XX, em princípio nos campos da psicologia, sociologia e Antropologia(30). Até os anos 1960 não era tido como método de primeira grandeza. Com o surgimento do gravador para coleta de entrevistas, a História Oral recrudescceu. Foi um recrudescimento em consonância com o pensamento de Ricoeur, para quem “o testemunho é, num sentido, uma extensão da memória, tomada na sua fase narrativa. Mas só há testemunho quando a narrativa de um acontecimento é publicitada”(33)

No Brasil, destaca-se como marco inicial o programa de História Oral do CP-DOC, realizado pela Fundação Getúlio Vargas no Rio de Janeiro.(34). A história oral pode ser dividida em dois grandes grupos: História de Vida e Depoimento Pessoal. A principal diferença entre os grupos diz respeito à influência exercida pelo entrevistador na narrativa. Enquanto na História de Vida, a presença do entrevistador é quase subli-

minar, no Depoimento Pessoal há uma condução maior do entrevistador no fluxo da narrativa(34, 30).

2.5 Coleta de Dados

Para o registro dos testemunhos, elegemos as entrevistas, padrão outro da historia oral, que podem ser classificadas da seguinte forma(29, 27, 34):

- Rigorosamente orientada por perguntas do pesquisador: Nela o informante não tem liberdade para conduzir o diálogo ou iniciar a fala. Buscam-se informações precisas, dados mais objetivos
- Entrevista com roteiro ou semi-estruturada: É usada preferencialmente nos depoimentos pessoais e o informante possui algum poder de iniciativa. No entanto a entrevista segue sendo conduzida pelo pesquisador
- Entrevista livre: Mais apropriada para a coleta de História de Vida, não há controle do pesquisador e a narrativa do informante é feita livremente, sem intervenções.

Neste estudo, lançamos mão de entrevistas semi-estruturadas, transcritas nos apêndices desta dissertação.

No plano documental, recorreremos a ferramentas consagradas pela pesquisa historiográfica(27) (29), listadas abaixo:

- Fontes documentais de primeira mão: diários, fotografias, gravações, memorandos, regulamentos, ofícios, boletins, cartas pessoais.
- Fontes documentais de segunda mão: relatórios de pesquisa, tabelas estatísticas.
- Fontes bibliográficas de leitura corrente: obras literárias ou de divulgação
- Fontes bibliográficas de leitura de referência: Dicionários, enciclopédias, jornais, revistas.

3 Artigo de Revisão - Percurso da Interconsulta psiquiátrica no Brasil: Uma revisão narrativa

3.1 Resumo

Atualmente, a prática psiquiátrica no hospital geral é exercida de três maneiras: Atendimento a pacientes psiquiátricos numa enfermaria de psiquiatria, realização de Interconsulta, e participação de psiquiatras em comissões hospitalares. Entende-se por Interconsulta Psiquiátrica a realização de atividades de assistência, ensino e pesquisa no nível da interlocução entre a psiquiatria e o restante da medicina. Embora haja relatos de prática psiquiátrica em Hospitais gerais desde o século XVIII, o desenvolvimento da interconsulta psiquiátrica consolidou-se após a II Guerra Mundial, notadamente nos EUA, país onde esta prática floresceu. No Brasil, as primeiras unidades psiquiátricas em Hospital Geral surgiram nos anos 1950 e o desenvolvimento deste modelo fez-se majoritariamente nos Hospitais Universitários. Embora o treinamento em Interconsulta conste no currículo da residência médica em psiquiatria, ele ainda não se encontra universalmente consolidado. Este artigo pretende descrever, sob a perspectiva histórica, o desenvolvimento da Interconsulta Psiquiátrica no Brasil e suscitar algumas questões sobre as peculiaridades deste desenvolvimento.

Palavras chave: Interconsulta Psiquiátrica; História da Psiquiatria; Psiquiatria no Hospital Geral.

3.2 Abstract

Consultation - Liaison Psychiatry conducts teaching, research and assistance at the border between psychiatry and the rest of medicine. Although there are reports of psychiatric practice in general hospitals since the eighteenth century, the development of consultation-liaison psychiatry was consolidated after World War II, especially in the US, a country where this practice has flourished. In 1992, the American Psychiatric Association acknowledged C-L psychiatry as a subspecialty under the name Psychosomatic Medicine. In Brazil, the first psychiatric units at General Hospitals in the 1950s and the development of this model was made mostly in University Hospitals. Although psychiatry residence curriculum comprises training in C-L psychiatry, it is not yet universally consolidated. This article aims to describe, in the historical perspective, the development of the Psychiatric Liaison in Brazil and raise some questions about the

peculiarities of this development.

Keywords: Consultation-Liaison Psychiatry; History of Psychiatry; General Hospital Psychiatry.

3.3 Introdução

A Presença do psiquiatra no Hospital Geral é posterior à criação dos hospitais, originalmente destinados ao acolhimento de enfermos, cabendo aos loucos, alienados, os hospícios. Houve uma longa trajetória até se estabelecer a atual prática psiquiátrica no hospital geral, que costuma ser exercida de três maneiras: Atendimento a pacientes psiquiátricos numa enfermaria de psiquiatria, realização de interconsultas, e participação de psiquiatras em comissões hospitalares(35), (20, 11, 16, 17, 13). Atualmente, atribui-se aos praticantes da Interconsulta Psiquiátrica a realização de atividades de assistência, ensino, pesquisa no nível da interlocução entre a psiquiatria e o restante da medicina. A interconsulta psiquiátrica é um campo de atuação cujo percurso, construção e amadurecimento refletem o modelo de desenvolvimento da psiquiatria e da Medicina após a Revolução científica dos séculos XVII e XVIII, e aconteceu em graus variáveis pelo mundo(36, 37, 38, 6, 39, 40, 41). Revisaremos as origens deste percurso e descreveremos o processo de constituição da Interconsulta Psiquiátrica no Brasil, além do cenário atual deste campo de atuação em nosso país.

3.4 As origens do modelo asilar.

A história da psiquiatria, em sua maior parte, confunde-se com a história dos asilos. A determinação da loucura e do lugar do louco nas sociedades suscita uma questão que transcende as épocas e o asilo constituiu-se no lugar de recolhimento dos desviantes desde a Idade Média, como aponta Foucault em sua História da Loucura(1) No século XIII dá-se a fundação do Bethlem Royal Hospital, em Londres, também conhecido como Bedlam. As “bedlamites ballads” fizeram parte, ricamente, do cancionário popular britânico nos séculos XVI e XVII, ao ponto de o Bispo Thomas Percy afirmar em 1763 que “A Inglaterra tem mais canções e poemas sobre a insanidade que qualquer dos seus vizinhos. . .”(42) Em 1656 na França, Luís XIV cria uma rede de asilos cujo fim único é o de abrigar os insanos.(1, 40)

É no século XVII que o conceito de alienação mental é incorporado à nosologia, por Felix Plater(43). Zacchias, também nessa época, recomendava que a loucura fosse avaliada e tratada por médicos, em virtude de ser uma doença(43). Embora fosse o início do enfoque médico da loucura, não se pode dizer que houvesse enfoque psiquiátrico desta. Enquanto o médico possuía formação clínica inspirada em Galeno, o

conhecimento psicológico se dava com noções da filosofia platônica ou aristotélica(37, 44, 1, 40, 43). Eram influências paralelas, sem intersecções naquele momento. Não havia espaço delimitado dentro da medicina para a assistência à loucura.

A inscrição da psiquiatria como especialidade médica dá-se em 1801, com o Tratado Médico Filosófico sobre a Alienação Mental, de Pinel(2), no espírito do movimento reformador oriundo da Revolução Francesa. A cena clássica de *Bicêtre*, em que Pinel livra as internas dos seus grilhões, dá-se numa instituição asilar e o desenvolvimento da psiquiatria adquire no asilo sua espinha dorsal.

O movimento reformador também teve expoentes na Inglaterra, com William Tuke e na Alemanha, com Johann Christian Reil(o primeiro autor a usar a palavra psiquiatria(6, 43). Houve um inegável avanço, uma mudança de paradigma no cuidado aos portadores de enfermidades psíquicas.

A psiquiatria nasceu e desenvolveu-se, mas retirou-se para os manicômios, isolando-se do restante da medicina, que nessa época começava a tornar-se hospitalar(45)(43).

O hospital existe desde a Antiguidade e o mais antigo de que se tem notícia é o Asklepion de Pérgamo, na Turquia, fundado no século II d.C. Ao longo da Idade Média, os hospitais tornaram-se essenciais à vida urbana no Ocidente, mas eram essencialmente instituições de assistência aos pobres e de preparação para a morte(11, 39, 40, 41)

A medicina era praticada fora deles, nas ruas ou nas residências. É a partir do século XVIII que os hospitais passam a ser instituições médicas, científicas, orientadas para a terapêutica das doenças, gerenciadas por médicos internistas ou cirurgiões(45, 1). Ao longo do século XIX há um grande desenvolvimento da medicina científica, hospitalar. A psiquiatria, contudo, desenvolve-se ao largo, nos asilos, e é nessas instituições que se fundamenta a psicopatologia descritiva (46).

3.5 Sobre a construção de pontes – O surgimento da Medicina Psicossomática

O avanço positivista vislumbrado nos séculos XVIII e XIX não transpôs o impasse cartesiano da relação mente-corpo. Tampouco a cisão entre uma medicina clínica estritamente organicista e uma psiquiatria enquistada numa mente exterior ao corpo que adoecia. Diante deste impasse, diversos autores, especialmente do século XIX, passaram a interessar-se pelos aspectos psíquicos das doenças. O próprio Reil já recomendava que a psiquiatria fosse parte integrante da medicina interna e que a atuação no sofrimento psíquico deveria caber a todos os médicos(40). Em 1806 ele e seu colega Hoffbauer fundaram a primeira revista sobre temas médicos-psicológicos,

na Alemanha (39).

Diversos trabalhos e grupos de pesquisa foram desenvolvidos nessa época, notadamente os de Wilhem Wundt, professor de Kraepelin, o fundador da nosografia psiquiátrica moderna e de Charcot, pioneiro nos trabalhos com a histeria na França do Século XIX (47). Nesse ínterim surge a Psicanálise, inventada por Sigmund Freud, um neurologista que havia frequentado as aulas de Charcot. Desenvolveu-se o conceito de inconsciente e da gênese inconsciente das enfermidades. Pavimentavam-se assim pontes entre os saberes, em direção a um olhar psicossomático.

A palavra psicossomática foi empregada pela primeira vez em 1918, por Heinroth(48), mas coube a Felix Deutsch, aluno de Freud, criar a expressão Medicina Psicossomática em 1922(6)(49). É seguro afirmar que a psicanálise forneceu o arcabouço teórico inicial para a construção da Psicossomática e vários discípulos de Freud dedicaram-se ao estudo dessas afeções(47).

Na Europa, valem-se destacar os trabalhos de Ferenczi e Groddeck. Ferenczi, psicanalista húngaro e contemporâneo de Freud, é responsável por diversos avanços na teoria psicanalítica, especialmente na abordagem dos então chamdos 'pacientes difíceis'(24, 48). Groddeck, que entendia a doença como uma linguagem, esteve à frente de um sanatório em Baden-Baden. Lá, obteve sucessos terapêuticos inéditos, sobretudo com os pacientes com afeções clínicas crônicas, intratáveis pela medicina de então. Ele é considerado por muitos o pai da Psicossomática.(50)(51).

Nos Estados Unidos, destacam-se os trabalhos pioneiros de Adolf Meyer, cujo entendimento das afeções psíquicas influenciou fortemente a construção dos primeiros manuais diagnósticos da APA, os DSM.(3, 52, 6, 53, 54, 55, 56, 57, 58). Atenção também merece o trabalho de Hans Selye com o stress e as catecolaminas(59, 60)

Do ponto de vista prático, a despeito do notável avanço conceitual, persistia no início do século XX o modelo psiquiátrico asilar, enquanto os hospitais gerais continuavam redutos da doença orgânica. Era preciso por em ação o cabedal teórico até então acumulado. Eis o cenário que permitiu o surgimento da interconsulta psiquiátrica.

3.6 Pondo em prática a medicina psicossomática – Os primeiros serviços de psiquiatria nos Hospitais Gerais e a criação da interconsulta psiquiátrica.

O primeiro relato de leitos psiquiátricos em hospital geral data do Século XVIII, quando Thomas Guy criou a Lunatic House, no Hospital St. Thomas, em Londres. Pode-se dizer que esta era um asilo de 20 leitos inserido no prédio do St. Thomas. Não

havia, em princípio, cuidado integrado ou interlocução(6). Outras tentativas similares foram feitas em solo inglês, todavia sem sucesso.

Em 1902, instala-se a primeira unidade psiquiátrica viável num hospital geral, e nos anos 1920 o movimento de aproximação entre a psiquiatria e o hospital geral adquire consistência. O marco inicial é o artigo de Henry(4), da Universidade de Cornell (EUA), intitulado “Some modern aspects of Psychiatry in General Hospital Practice” e escrito em 1929. Para Lipowski, o artigo de Henry inaugura uma nova forma de praticar psiquiatria(5, 61, 62), a interconsulta psiquiátrica(do inglês consultation-liaison psychiatry). Henry afirma que “na equipe de qualquer hospital geral deve existir um psiquiatra que faça visitas regulares às enfermarias, oriente e supervisione os estudantes e frequente as reuniões médicas, para que haja troca mútua de experiências e uma discussão aberta dos casos mais complicados”(4).

Seguindo o caminho dele, Edward Billings monta o primeiro departamento de interconsulta psiquiátrica no Colorado General Hospital, em 1932. Este autor mais tarde descreveria as principais características de um serviço de interconsulta(53, 63):

1. Tratamento de casos de má adaptação do indivíduo à doença e de casos de doença mental no hospital.
2. Fusão de assistência e ensino
3. Estabelecimento da psicobiologia como parte integrante do raciocínio clínico de médicos e estudantes de todas as áreas da medicina
4. Desenvolvimento nos médicos e estudantes de uma mentalidade que incorpore os conceitos de personalidade e funcionamento social do indivíduo

Com o apoio da Fundação Rockefeller e do Instituto Nacional de Saúde Mental(NIMH), diversos serviços de interconsulta são criados nos Estados Unidos. Após a Segunda Guerra Mundial, o número de Unidades Psiquiátricas do Hospital Geral cresceu significativamente. Em 1939 havia 153 unidades psiquiátricas em hospitais gerais. Esse número subiu para 1358 unidades em 1984(6) e do Instituto Nacional de Saúde Mental(64)

Nos anos 1970 surgem os primeiros periódicos dedicados exclusivamente à interconsulta psiquiátrica, *Psychiatry in Medicine* e *General Hospital Psychiatry*(6). Em 1974, o NIMH tornou o estágio em interconsulta psiquiátrica parte integrante do conteúdo programático da residência médica em psiquiatria(65, 12, 13, 18).

Já nos anos 1980 e 1990, houve um movimento de reformulação da prática de interconsulta, motivado principalmente por dificuldades de financiamento(66, 67, 68,

69, 70, 71). Para vencer essas dificuldades cresceu a demanda pelo reconhecimento formal da interconsulta como sub-especialidade psiquiátrica.

Em 1992, a American Psychiatric Association (APA) fez este reconhecimento e em 2003 a sub-especialidade foi oficializada pela American Board of Specialties (6). A questão da terminologia se fez importante e optou-se por chama-la Psychosomatic Medicine, englobando as concepções teóricas da medicina psicossomática e o trabalho clínico da interconsulta psiquiátrica. (6, 64)

Cabe um aparte sobre a questão terminológica no Brasil. A expressão Medicina Psicossomática refere-se, no Brasil, às influências do movimento psicossomático, lastreado por Luchina e seus seguidores (48, 72, 73, 12). Houve um momento na história da psiquiatria brasileira em que esse movimento confundiu-se com a interconsulta psiquiátrica. Atualmente, não mais.

3.7 Desenvolvimento da Interconsulta fora dos EUA

Enquanto a prática da interconsulta psiquiátrica floresceu e consolidou-se nos EUA, em outros locais do mundo esse desenvolvimento aconteceu em graus variáveis (38) (14) (7). Em alguns países europeus, a Medicina Psicossomática tornou-se uma especialidade médica independente da psiquiatria, com programa próprio de residência médica. É o que ocorre na Alemanha e na República Tcheca, por exemplo.

Por consenso, nos países europeus manteve-se o nome Consultation-Liaison Psychiatry, que também é reconhecida como subespecialidade da psiquiatria. Em Portugal, a tradução foi feita para psiquiatria Consiliar e de Ligação. Este país edita o Journal of Consultation-Liaison (Revista de Psiquiatria Consiliar-Ligação e Psicossomática), indexado à EMBASE (base de dados europeia). (74).

O reconhecimento da sub-especialidade consolidou-se em 2001, quando foram publicados os primeiros protocolos para o treinamento dos residentes de psiquiatria em interconsulta, no Journal of Psychosomatic Research (JPR). (75) O JPR é um periódico criado em 1956 e pertence à Associação Europeia de Medicina Psicossomática (The European Association of Consultation-Liaison Psychiatry, Psychosomatic Medicine and Integrated Care). Trata-se de uma das principais publicações mundiais sobre interconsulta, com fator de impacto 2,84 em 2015 e 3,43 no acumulado de 05 anos. (76).

3.8 O percurso da Interconsulta Psiquiátrica no Brasil

A assistência aos doentes mentais no Brasil tem início ainda nos tempos da colônia, nas “casas dos doudos” ou “loquerias”, geralmente localizadas nos porões dos

Hospitais Religiosos(77). Contudo, a maior parte dos doentes mentais era deixada nas ruas ou presa em cadeias comuns, de acordo com o grau de "periculosidade".(78)

No século XIX, em 5 de dezembro de 1852 é inaugurado o Hospício de Pedro II, no Rio de Janeiro, o primeiro grande asilo brasileiro,(79) onde teve início o ensino oficial da psiquiatria no Brasil. Ao longo do século XIX, surgiram diversos asilos com destaque para o Hospital do Juquery, em São Paulo e o Hospício da Tamarineira, no Recife, que mais tarde seria o campo de prática da Escola de Psiquiatria Social de Pernambuco e do Nordeste, fundada pelo Prof. Ulysses Pernambucano de Mello (11)(22)(23).

Desde então, a psiquiatria brasileira construiu-se essencialmente em torno dos asilos. Sua articulação com as outras disciplinas médicas acontecia principalmente nos ambientes universitários, em cujos hospitais gerais surgiram os primeiros leitos psiquiátricos fora dos manicômios.

As primeiras Unidades Psiquiátricas no Hospital Geral(UPHG) em solo brasileiro foram criadas nos anos 1950. Em 1954 foi criada a UPHG do Hospital das Clínicas da Universidade da Bahia, coordenada pelo Prof. Nelson Pires. (10) e em 1956, a UPHG do Hospital dos Comerciantes, em SP(11). Em 1957 era criada uma UPHG no Recife, no Hospital Pedro II- UFPE, sob a coordenação do prof. José Lucena. (11)(22)(23).

Foram experiências insulares, trazidas pelo contato acadêmico com as tendências da psiquiatria de ligação que se desenvolvia principalmente nos EUA. Mas ao contrário de lá, o crescimento desse modelo assistencial no Brasil aconteceu timidamente. Uma enquête realizada em 1982 mostrou que apenas 16.6% das Faculdades de Medicina do Brasil possuíam uma UPHG e no final dos anos 1990, apenas 1,1% de todos os hospitais Gerais brasileiros possuíam unidades psiquiátricas(12, 13, 16).

No Uruguai, por exemplo, 66% dos hospitais gerais possuem unidades psiquiátricas. Não há dados mais recentes sobre UPHGs no Brasil, apenas a contagem total de leitos psiquiátricos registrados no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde(20, 65, 17, 12). No entanto, estima-se que apenas 7.2% deles estejam em Hospitais Gerais, num total efetivo de 2.102 leitos.(16, 17)

Se a expansão das UPHGs foi quase incipiente, tendo pouco alcance fora dos ambientes acadêmicos, o desenvolvimento dos serviços de interconsulta psiquiátrica no Brasil ocorreu numa escala ainda menor. Não obstante, e mais uma vez no ambiente acadêmico, algumas ilhas de produção teórica surgiram no Brasil. Vejamos:

Em 1958, foi criado na UFRJ(Rio de Janeiro) o Departamento de Psicossomática por Danilo Perestrello.(48) Para Eksterman, marco psicossomático na medicina brasileira é a tese de livre docência de Perestrello, intitulada "A psiquiatria atual como psicobiologia". Em 1967, ele organizou a Primeira Reunião Nacional de Medicina Psicossomática, na Academia Nacional de Medicina, tendo como especial convidado para

presidi-la o Prof. Michael Balint, de Londres, pioneiro mundial do estudo sistemático relação médico-paciente. É dele também o célebre volume “A medicina da Pessoa”, de 1974. O movimento psicossomático, fortemente influenciado pela psicanálise, facilitou a entrada dos psiquiatras brasileiros no Hospital Geral(73)

No campo da psicossomática, destaca-se ainda o trabalho de Júlio de Melo Filho, na UERJ, considerado por Botega o patrono da Interconsulta Psiquiátrica no Brasil(13, 11). Tendo por referência o trabalho de Isaach Luchina, Melo Filho divide a evolução da psicossomática em três fases: inicial ou psicanalítica, intermediária ou behaviorista e atual, ou multidisciplinar(48). Aponta ainda para a questão terminológica, lembrando que o que se convencionou chamar de medicina psicossomática hoje está englobado no ensino da Psicologia Médica e que a interconsulta psiquiátrica brasileira trilhou caminho distinto, afastando-se do conceito de interconsulta médico-psicológica proposto por Luchina e aproximando-se mais do modelo de consultoria e ligação(72).

É nesse contexto que surgem, nos anos 1970 os primeiros serviços sistematizados de interconsulta psiquiátrica no Brasil. O primeiro serviço de interconsulta estruturado para realizar o treinamento de residentes foi o da Escola Paulista de Medicina(atual UNIFESP), com início em 1977(19) 1990). Em 1978, criou-se o serviço da USP em Ribeirão Preto-SP. Em 1979 no HC-FMUSP. Em 1983 começou o serviço de interconsulta do HC-UFPE(80) e em 1986 era inaugurada a enfermaria de psiquiatria do HC-UNICAMP, cujo programa de treinamento em interconsulta produziu o livro texto de referencia brasileiro sobre o tema, organizado por Neury Botega, atualmente em sua terceira edição.(11, 16, 12)

Houve ainda, na década de 1980, um significativo crescimento de publicações brasileiras sobre interconsulta. Em 1989 aconteceu o primeiro Encontro Brasileiro de Interconsulta psiquiátrica, em São Paulo. Os trabalhos apresentados neste encontro foram reunidos por Eurípedes Miguel C. Filho e colaboradores no livro “Interconsulta psiquiátrica no Brasil”, publicado em 1990(19).

Parecia haver um terreno promissor para o desenvolvimento da interconsulta no Brasil. O Prof. Othon Bastos, em conferência sobre os novos rumos da pesquisa e terapêutica em psiquiatria, proferida em 1995, apontava a interconsulta como um campo atual de pesquisa, “indubitavelmente o principal campo de ação atual da psicologia médica”(23). A perspectiva de crescimento, contudo, não se confirmou.

Entre 1990 e 2015, apenas treze artigos brasileiros foram publicados sobre temas relacionados à interconsulta, além de três dissertações de mestrado e duas teses de doutorado. Nos últimos dez anos, apenas dois artigos foram escritos(81). Se pesquisarmos os mesmos descritores somente na base de dados Medline, aparecem mais de dezoito mil resultados para o mesmo período(81) Houve um claro arrefecimento da produção científica brasileira sobre o tema. O mesmo ocorre em relação à

assistência.

Em 1997, cerca de 86% dos hospitais gerais com enfermagem psiquiátrica possuíam serviço de interconsulta. Dado que 1.3% dos Hospitais gerais brasileiros contam com unidade psiquiátrica, temos que 1,11% dos Hospitais brasileiros possui serviço de interconsulta psiquiátrica(17). Além disso, há uma distância entre os serviços oferecidos e a existência de programas de ensino estruturados. Segundo Botega, “o desenvolvimento da interconsulta que pode ser inferido a partir dessas publicações, eventos científicos e de serviços universitários está longe de refletir a realidade da psiquiatria em hospitais gerais brasileiros” (12, 82). A prática de interconsulta psiquiátrica no Brasil, infelizmente, tomou rumo diferente de outras partes do mundo.

3.9 Discussão

O percurso distinto tomado pela interconsulta psiquiátrica no Brasil suscita algumas reflexões. Um estudo brasileiro de 2000, realizado com ex-residentes de psiquiatria que tiveram treinamento estruturado em serviços de referência na interconsulta psiquiátrica, mostra que 67% deles não optaram por trabalhos que envolvessem psiquiatria no hospital geral. O título do artigo é sintomático: “Consultoria psiquiátrica no Hospital Geral: promissora ou inviável? ”. (83)

Diversos estudos mostram que a presença de um serviço de interconsulta melhora o atendimento prestado aos pacientes do hospital, diminui a duração de internação hospitalar além de diminuir os custos da internação.(64) Em 1967, o eminente neurocirurgião Wilder Penfield escrevia que “a íntima associação entre a psiquiatria e medicina interna provou-se de grande benefício e trouxe maturidade e equilíbrio tanto aos clínicos quanto aos psiquiatras”. (84)

Nos EUA a prática psiquiátrica no hospital geral desenvolve-se consistentemente. Um dos motivos desse crescimento foi o investimento maciço tanto do poder público quanto da iniciativa privada no desenvolvimento de um modelo de assistência psiquiátrica interligada aos hospitais gerais(6). O movimento de reforma psiquiátrica dos anos 1960, imbuído de um projeto anti-manicomial, ajudou nesse desenvolvimento.

No Brasil, as políticas públicas de saúde mental passaram a ser implantadas nos anos 1980(85, 86) num momento de grande efervescência política e social. Como aponta Bezerra JR, a discussão em torno da desinstitucionalização foi intensa e majoritariamente inspirada nos ideários franceses e italianos articulados com o movimento da anti-psiquiatria(86).

Os esforços deste movimentos culminaram na lei Paulo Delgado, submetida ao Congresso Nacional em 1989 e sancionada em 2001(87). A reforma psiquiátrica foi um

marco construtivo na saúde brasileira, mas as alternativas ao modelo manicomial, sob forte influência ideológica, construíram-se primordialmente em torno dos CAPS, sendo o CAPS III um dispositivo que permite internação, fora do ambiente hospitalar.

O cuidado integrado com o hospital geral, embora previsto no modelo, tem sido pouco privilegiado. O ambulatório de psiquiatria sequer é previsto neste modelo(88). A tônica é a presença de unidades de excelência em centros universitários, e menos da metade dos programas de residência médica em psiquiatria no país tem treinamento estruturado em interconsulta(89, 19, 83, 90, 65).

A constatação deste descompasso é preocupante e empobrece a qualidade da assistência à saúde mental, bem como enfraquece uma das principais frentes de combate ao estigma, que é a inserção do doente mental no hospital geral.

Outra questão é a do reconhecimento da sub-especialidade no Brasil. Ainda não há treinamento adicional em interconsulta(R4 de interconsulta) nos programas de residência médica brasileiros, ao contrário de outras áreas como psiquiatria infantil, psicogeriatría e psiquiatria forense. O departamento de Interconsulta Psiquiátrica da Associação Brasileira de Psiquiatria foi extinto em 2013 e não há certificação oferecida nessa área de atuação.

O cenário atual da interconsulta psiquiátrica no Brasil é permeado por dificuldades e a trajetória histórica aponta vários desafios. A dissonância com o percurso de outros países parece ter raízes fundamentalmente políticas e econômicas e o sistema de saúde mental brasileiro provê de pouca significância as estratégias insulares que se desenvolveram por aqui. Lança-se o desafio, para a reversão do quadro, numa perspectiva de interconexão entre as ilhas com finalidade consoante: melhora da qualidade na assistência à saúde mental no Brasil.

4 Artigo Original - Aventuras da Psiquiatria no Hospital Geral: Interconsulta na UFPE e no HBL

“Se queres ser universal, começa por pintar a tua aldeia.”

Liev Tolstói

4.1 Resumo

A história da psiquiatria, em sua maior parte, confunde-se com a história dos asilos. Os Hospitais Gerais desenvolveram-se, ao longo da história da medicina, como ambientes em que não havia espaço para os loucos. A partir do século XX, começa a ocorrer uma mudança nesse paradigma, sobretudo nos EUA e na Europa, com a criação das UPHGs em diversos serviços por lá, e a consolidação da Interconsulta psiquiátrica como área de atuação da psiquiatria, que passa a estreitar o contato com o restante da medicina. Foi um movimento que rendeu diversos avanços tanto à psiquiatria quanto às outras áreas médicas. No Brasil, esse percurso começou na década de 1950 e ocorre de forma mais tímida. Apenas 1,1% dos Hospitais gerais contam com suporte da psiquiatria em nosso país atualmente. Contudo, houve espaço no Brasil para o desenvolvimento de projetos pioneiros nesse campo, cuja história não está registrada. A psiquiatria pernambucana foi protagonista na empreitada, inaugurando inclusive a integração da psiquiatria ao hospital geral no Brasil. Pernambuco também foi um dos pioneiros na introdução da clínica psicanalítica em hospitais gerais do serviço público. O presente trabalho pretende registrar a história dessas experiências. Para tanto, escolhemos os serviços da UFPE e do Hospital Barão de Lucena, sedes dos primeiros serviços de saúde mental em hospital geral de Pernambuco. Fez-se uma ampla pesquisa documental, além de terem sido entrevistados alguns dos principais atores da construção desses serviços. Apesar de difícil, a integração dos cuidados de saúde mental ao hospital geral na UFPE e no HBL conseguiu efetivar-se, a partir da psiquiatria na UFPE e da psicanálise no HBL. Foram espaços configurados e sustentados dentro de uma perspectiva de formação, para além da assistência, e acreditamos que sua longevidade tenha relação com isso.

Palavras chave: Interconsulta Psiquiátrica; História da Psiquiatria; Psiquiatria no Hospital Geral.

4.2 Abstract

The history of psychiatry, for the most part, is intertwined with the history of asylums. General Hospitals have developed mostly as environments in which there was no room for the insane. Since the early twentieth century, a paradigm shift takes place, specially in the US and Europe, with the creation of psychiatry units in several General Hospitals there. It led to the consolidation of Consultation Liaison Psychiatry as an official sub-specialty of Psychiatry. Integration of Psychiatry and other medical specialties was a movement that yielded many advances in both psychiatry as other medical areas. In Brazil, this journey began in the 1950s and is more . Only 1.1% of Brazilian general hospitals have psychiatric support nowadays. However, there was room in Brazil for the development of pioneering experiments in this field, whose history is not recorded. Pernambuco's psychiatry had a key role in these experiments, inaugurating the integration of psychiatry to the general hospital in Brazil. Pernambuco was also one of the first places to have a psychoanalytic couch in public service facilities. This work aims to record the history of these pioneering experiences in the state of Pernambuco. Therefore, we chose the services of UFPE and the Hospital Barão de Lucena, headquarters of general Hospital Psychiatry in Pernambuco. An extensive literature research was done, along with statements collection from some of the major players in the construction of these services. Although difficult, the integration of mental health care to the general hospital at UFPE and HBL was successful, arising from psychiatry at UFPE and psychoanalysis at HBL. They were configured spaces and sustained in a training perspective, which may explain their longevity.

Keywords: Consultation-Liaison Psychiatry; History of Psychiatry; General Hospital Psychiatry.

4.3 Introdução

A presença da psiquiatria no Hospital Geral teve marcante crescimento ao longo do século XX, especialmente nos EUA e na Europa(8, 36, 91, 92, 52, 6, 64, 93, 41) Lá, o diálogo interdisciplinar construiu-se de forma consistente, ratificando a importância da psiquiatria na formação médica, com presença crescente nos Hospitais Gerais de Ensino(16, 17, 12). A interconsulta psiquiátrica tornou-se uma subespecialidade da nossa área, em sintonia com a mudança de paradigma que transformou os alienistas em psiquiatras(19, 13, 18, 82)

No Brasil, o percurso da interconsulta psiquiátrica remonta e está intimamente ligado à constituição das primeiras Unidades Psiquiátricas em Hospital Geral(UPHG), que se inaugurou em março de 1954, com a instalação da UPHG do Hospital das Clínicas da UFBA, em Salvador, Bahia.(10). Ela era coordenada pelo Prof.. Nélon

Pires, representante da primeira geração de psiquiatras da Escola de Psiquiatria do Recife, discípulo direto de Ulysses Pernambucano(23) (22).

Logo em seguida, em 1956, surge a UPHG da UFPE, situada no Hospital Pedro II(14) (11, 13). Durante a segunda metade do século XX, surgiram outras UPHGs pelo Brasil, a maioria delas em serviços universitários e hospitais escola(19, 94, 65).

A história desse campo de atuação demonstra que a integração da psiquiatria ao Hospital Geral não ocorreu no Brasil como em outras partes do mundo. Guilhermano e colaboradores descrevem essa disparidade e mostram que grande parte dos interconsultores não permanece praticando interconsulta ao longo da carreira. (19). Passados mais de 50 anos, apenas 1.1% dos hospitais gerais brasileiros contam com suporte da psiquiatria, enquanto em outros países da América latina esse índice chega a 60%(83, 95, 90, 11).

Um estudo realizado com ex-residentes de psiquiatria que tiveram treinamento estruturado em interconsulta psiquiátrica, mostra que 67% deles não optaram por trabalhos que envolvessem psiquiatria no hospital geral(96, 82).

Todavia, vale ressaltar que serviços de interconsulta que permanecem em atividade possuem uma história riquíssima, de experiências exitosas, ainda não contadas. Há um conjunto de projetos de formação médica e de avanços clínicos muito robustos nesses serviços. A história desses projetos carece de divulgação.

O estado de Pernambuco é um centro tradicional da psiquiatria brasileira, cujas origens remontam à consagrada Escola de Psiquiatria Social, capitaneada por Ulysses Pernambucano de Melo(23)(78)(22). Neste estado ocorreram vários esforços pioneiros, alguns inéditos, inclusive no campo da Interconsulta e do diálogo da saúde mental com o Hospital Geral.

O propósito deste artigo é registrar a partir da historiografia¹ como ocorreu a integração da saúde mental ao hospital geral em Pernambuco. Escolhemos como ponto de partida os serviços da UFPE, uma das primeiras UPHGs do Brasil, e do Hospital Barão de Lucena, pioneiro no trabalho da relação médico-paciente, através dos grupos Balint, e da concepção psicossomática.

4.4 Materiais e Métodos

A coleta de dados foi feita a partir de fontes diretas e indiretas. No plano documental, consultamos inicialmente todos os exemplares publicados das revistas mais antigas de psiquiatria publicadas em solo brasileiro. São elas: Neurobiologia, Jor-

¹ Por historiográfica pretendemos abarcar não só o relato histórico, mas também a reconstituição da memória, que de acordo com Ricoeu é fundamental ao registro histórico.(33)

nal Brasileiro de Psiquiatria, Revista de Psiquiatria da ABP-APAL, Revista Brasileira de Psiquiatria, Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul. Também tivemos acesso a livros e outros registros da história da psiquiatria pernambucana, pertencentes à biblioteca do orientador desse projeto.

Ademais, fizemos busca nas bases de dados indexadas(Scielo, PubMed), com os descritores “interconsulta psiquiátrica”, “história da psiquiatria”, “psiquiatria em Pernambuco”, “historia da psiquiatria em Pernambuco”, “psicossomática”, “grupos Balint”, “unidade psiquiátrica em hospital geral)

As fontes diretas foram consultadas através de entrevistas semi-estruturadas(vide apêndices), documentadas através de gravação por microfone e transcritas em separado². A opção pela história oral(26, 28, 30) deve-se ao fato de os entrevistados terem participação direta na construção dos serviços estudados. Foram entrevistados os professores Othon Bastos(UFPE) João Alberto Carvalho(UFPE), Mabel Cavalcanti(UFPE), e Gilda Kelner(UFPE, HBL), além do Dr. Marcelo Bouwman(HBL)

4.5 Preâmbulo - A primeira UPHG do Brasil: Território Baiano, sob influência da Escola de Psiquiatria do Recife

Como já dito, a primeira UPHG do Brasil foi criada no Hospital das Clínicas da Universidade da Bahia, atual UFBA, em 1954(Figuras 01 e 02). A criação do serviço coincide com a transferência do ensino da especialidade para o Hospital Geral e, “desde a implantação, sempre viveu em íntima vinculação com a medicina clínica, ainda que numa tensão ambivalente e num movimento pendular com aproximações e distanciamentos”(97)

Sobre a constituição deste serviço, escreve Sampaio:

“As últimas décadas têm assistido ao alargamento crescente da esfera de ação da psiquiatria, que progressivamente se tem deslocado dos limites estreitos e isolados do clássico manicômio” (. . .) “Os progressos realizados pela especialidade, as necessidades crescentes de assistência psiquiátrica a um volume cada vez maior de indivíduos, o preconceito social no que diz respeito aos hospitais psiquiátricos, a incidência de perturbações mentais em pacientes somáticos, estavam a fazer sentir a necessidade da instalação de serviços psiquiátricos em Hospital Geral”(10)

² Por motivos de ordem técnica, concernentes à saúde do entrevistado, a entrevista com o Prof. Othon Bastos não pode ser gravada. Optamos então por usar dados já publicados ou pertencentes à biblioteca do entrevistado, selecionados por ele especificamente para comporem essa dissertação

Ele aponta ainda que a instalação da UPHG traz vantagens para a psiquiatria, para o hospital geral e para o ensino. No quesito de possíveis desvantagens, faz questão de ressaltar o baixo risco de periculosidade dos doentes internados como não perigosos (inferior a 2%) e aponta para os riscos na internação de agitados, em função do “diminuto espaço para os doentes, que prejudica a recreação dos mesmos”.(10)

Numa revisão histórica do processo de implantação da UPHG, em artigo dos anos 1980, Sampaio aponta para a importância da residência de psiquiatria e do ensino de psicologia médica no hospital Geral, que evitaram a conversão da unidade psiquiátrica num pequeno sanatório, num micro asilo enquistado na estrutura do hospital geral(9, 97)

A implantação da primeira UPHG do Brasil representa a vanguarda do pensamento psiquiátrico brasileiro, em consonância com o ideário da Escola de Psiquiatria do Recife, da qual fez parte, em sua primeira geração, o Prof. Nélson Pires, discípulo direto de Ulysses Pernambucano(22) (23) e fundador da primeira UPHG do Brasil.

Não obstante, o conceito hegemônico de cuidado doença mental vigente à época era manicomial. Interessante notar que na edição de Neurobiologia em que foi publicado o artigo de Sampaio(figuras 01 e 02), o espaço destinado à publicidade é ocupado por anúncios de hospitais psiquiátricos privados, como por exemplo a figura 03. O embrião do diálogo e integração entre a psiquiatria e o restante da medicina estava sendo gestado, mas o paradigma manicomial ainda era predominante.

4.6 “A psiquiatria no país do açúcar”: Do asilo de alienados à UPHG do Hospital Pedro II

A assistência hospitalar pública em Pernambuco fundou-se sob a égide das Santas Casas de Misericórdia. A de Olinda foi a mais antiga de todas e também, “a mais pujante”, até a transferência da capital da província para o Recife, primeiramente em 1654 e definitivamente em 1827(78). Em 1858, foi criada a Santa Casa de Misericórdia do Recife, que incorporou a de Olinda. Entretanto o cuidado aos doentes mentais(“psicopatas”) dava-se da seguinte forma:

“Se o doente era inofensivo, era motivo de galhofa para as crianças e os moleques de rua; se agitado, recolhiam-no a cadeia pública, ao lado de assassinos e ladrões, quando não era justificado como feiticeiro ou encantador. Na hipótese de pertencer a família abastada, construíam no fundo da casa um aposento – prisão onde o incômodo enfermo era segregado até a morte”(78)

Em 1831, a Regência trina reuniu a Santa Casa de Olinda aos outros hospitais da província(Hospital São Pedro de Alcântara, Hospital dos Lázaros, Hospital São João de Deus e a Casa dos Expostos), localizados em Recife, sob a Administração Geral dos Estabelecimentos de Caridade(AGEC).

A partir da AGEC, a Casa de Misericórdia de Olinda e o Hospital S. Pedro de Alcântara, fundado em 1802, passaram a abrigar doentes mentais. A primeira daria origem ao primeiro Hospício de Alienados de Pernambuco, O Hospício da Visitação de Santa Isabel, sucedido pelo Hospício de Alienados da Tamarineira em 1883. O segundo deixou de existir com a criação do Hospital Pedro II, localizado no bairro dos Coelho, e inaugurado em 1861, já sob a tutela da Santa Casa do Recife, com a prerrogativa de não receber doentes mentais. A propósito do lugar dos doentes mentais, o então presidente da província, senador Ambrósio Leitão da Cunha dizia em 1860:

“ Quando projetei mandar aprontar o Hospital Pedro II e mandar para ele os enfermos a cargo da Santa Casa de Misericórdia, assentei, de conformidade com o parecer dos médicos, baseado nos princípios da ciência e nas práticas dos países cultos, não os fazer acompanhar pelos infelizes loucos com quem conviviam no velho hospital.”(98)

O professor João Alberto Carvalho destaca a importância do olhar arquitetônico para o entendimento da época em questão. Segundo ele, “as construções também são parte da memória do homem e da forma como se organizam as relações ali. Elas trazem em si conceitos“

Os loucos tiveram outro destino. Inicialmente foram aglomerados no antigo prédio da Santa Casa de Olinda, convertido em Hospício da Visitação de Santa Isabel. Após diversos apelos da sociedade civil, deu-se a construção do Hospício de Alienados, no então longínquo bairro da Tamarineira e que teve sua pedra fundamental implantada em 1874, no governo de Henrique Lucena(figura 07) e à época foi muito criticado pois estava pretendendo criar um “Asilo de Luxo” para os loucos(99)(figuras 05 e 06). Este asilo foi inaugurado em 1883, e contrastando com o suposto luxo dos protestos, trazia no 1o regimento o seguinte(78):

Artigo 38o Para obrigar os alienados à obediência serão permitidos, precedendo sempre autorização dos facultativos os seguintes meios de repressão:

- 1o Reclusão solitária, não excedendo a dois dias.
- 2o Diminuição da alimentação por um dia
- 3o Privação de visitas, passeios e quaisquer outros recreios, inclusive o uso do tabaco

4o Colete de força, com ou sem reclusão

5o Cadeiras de força

6o Banhos de emborcação, aplicados somente na presença de um dos facultativos clínicos

Também neste regimento consta o que com alguma elasticidade possamos chamar de “embrião da interconsulta” em Pernambuco. No inciso 8o do Artigo 16o do Regimento versa: “Compete a cada um dos facultativos clínicos distribuir entre si o serviço clínico e fazer as operações, que forem necessárias, as quais poderão assistir, e nelas tomar parte, os cirurgiões e os médicos do hospital Pedro 2o e dos outros estabelecimentos a cargo da Santa casa, sendo convidados pelo que tratar do alienado”

Era aparentemente uma interconsulta de mão única, em que clínicos e cirurgiões vinham ao hospício sem haver registro do contrário. De toda sorte, o diálogo entre os alienistas encastelados e os demais médicos da província parecia existir de alguma forma.

Com a criação da Faculdade Medicina do Recife(FMR), em 1915, firmou-se um convênio entre a Santa Casa de Misericórdia e a Congregação da Faculdade, que no seu artigo II, dispõe: “As enfermarias nas quais a Faculdade de Medicina disporá de leitos para o ensino a seus alunos serão: - No Hospital Pedro II – 1 uma de clínica médica(1a cadeira), 1 de clínica médica(2a cadeira), 1 de terapêutica clínica, 1 de clínica cirúrgica, 1 de clínica obstétrica, 1 de clínica oto-rino-laringológica, 1 de clínica oftalmológica, 1 de clínica urológica e 1 de clínica neurológica”(100)

Embora no convênio não houvesse referência ao cuidado dos doentes mentais, a Faculdade contava com uma Cátedra de Psiquiatria, inicialmente ocupada pelo Prof. Alcides Codeceira. Com o início das atividades da Faculdade, na década de 1920, o Prof. Codeceira assume a direção do Hospício, em 21 de dezembro de 1921(25).

Em paralelo, ocorre a transferência da tutela do hospício para o Estado e o nome da instituição é prontamente mudado de Hospício de Alienados para Hospital de Doenças Nervosas e Mentais, onde se exerceu o ensino de psiquiatria na FMR, posteriormente UFPE, até a transferência da Cátedra de Psiquiatria para Hospital Pedro II, em 1956. Nesse intervalo, nasceu e sedimentou-se a escola de Psiquiatria do Recife, sob a liderança do notável prof. Ulysses Pernambucano de Melo.

Não nos deteremos a este período, já esmiuçado em outras obras(22). Mas foi a partir de alguns membros da 1a geração de discípulos desta escola que a implantação das UPHGs no Brasil tornou-se realidade. O primeiro, já citado previamente, foi Nelson Pires na UFBA. A ele seguiu-se o trabalho do Prof. José Lucena, responsável pela implantação da UPHG da UFPE, “sucessor formal do professor Ulysses Pernambucano”.

Seguem algumas considerações sobre o Prof. Lucena:

José Cavalcanti Lucena da Mota Silveira (figuras 08 e 09) nasceu em Nazaré da Mata, Pernambuco, em 1908. Graduiu-se em Medicina pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, em 1929. Assumiu a Cátedra de Psiquiatria da UFPE em 1950, interinamente, e em 1952, definitivamente, após aprovação em concurso (1o lugar), cargo que exerceu até 1978 (figura 10). Eleito professor emérito desta universidade em 1981. Psiquiatra de obra vastíssima e múltipla, com rigor científico incontestável(23). Sobre a importância da psiquiatria no hospital geral, nos disse o Prof. Lucena:

“ É natural que a proposta de criação de unidades psiquiátricas em hospitais gerais venha a determinar o aparecimento de fortes resistências, mas essa é uma das medidas através das quais poderemos dar novo impulso à modernização da assistência psiquiátrica em nosso meio, ou seja, integrando a psiquiatria no contexto geral da medicina”. (. . .)
 “ A importância de uma unidade psiquiátrica em um hospital geral é ressaltada pela facilidade de entrosamento das várias especialidades médicas, beneficiando tanto os psiquiatras como os não psiquiatras”

É um posicionamento que denota a vanguarda no entendimento do cuidado aos portadores de transtornos mentais. Voltando à figura 03, vale a recordação de que o paradigma de assistência psiquiátrica em Pernambuco permanecia manicomial.

Até seu jubileamento da cátedra de psiquiatria, em 1978, o prof Lucena e seus colaboradores realizaram ao menos 04 estudos sobre UPHGs(15, 14)(94)(101). O último, publicado em 1978 (figura 11), traz uma contribuição pioneira, sobre a dimensão ambulatorial da interconsulta. Os dados mostram que apenas 0,8% dos pacientes atendidos pela Clínica Psiquiátrica da UFPE, entre 1970 e 1976 eram provenientes das outras clínicas do hospital, com destaque para as clínicas de medicina interna e neurologia (fig 06 e 07). Eis a conclusão do artigo

“ Os resultados obtidos mostram a necessidade de uma maior integração da equipe, de um maior discernimento da situação e adequada conceituação do problema de saúde mental, de uma maior aceitação do paciente psiquiátrico dentro da comunidade hospitalar geral, da necessidade imperiosa de que os psiquiatras e outros especialistas integrem realmente seus esforços”

As conclusões trazidas por um dos pioneiros da psiquiatria em hospital geral no Brasil, 24 anos após a instalação da UPHG da UFPE, sinalizam as dificuldades da trajetória de integração da psiquiatria e da saúde mental brasileiras ao hospital geral. Mas essa trajetória não se interrompeu, a despeito das intempéries, como veremos adiante. Mas antes, um aparte geográfico/arquitetônico:

A clínica Psiquiátrica situava-se atrás do bloco principal, juntamente com a Patologia, a Pneumologia e a Ortopedia(102). Nas palavras do Prof. João Alberto

Carvalho, "todo esse arranjo arquitetônico nos dava uma área física privilegiada e confortável, uma autonomia que poderia até ser invejada, mas era nos fundos do quintal. Era uma estrutura reveladora de um conceito acerca da relação entre nossa especialidade e a medicina como um todo". A professora Mabel Cavalcanti rememora uma fala do Prof Galdino Loreto: O Prof. Galdino Loreto costumava dizer que "no Pedro II os loucos ficavam ao lado dos físicos e dos cachorros de Salomão"³

Em relação ao contato com as outras clínicas, o Prof. João Alberto afirma que "A convivência entre os psiquiatras e outras especialidades médicas se dava apenas quando nós éramos chamados ou solicitados por meio do chamado pedido de consulta. Isso era uma espécie de interconsulta, eu digo uma espécie porque era apenas um parecer.(...) O reconhecimento da existência da psiquiatria dentro de um espaço geográfico de outras especialidades coloca a psiquiatria no lugar que ela é: especialidade médica"

4.7 A transição para a Cidade Universitária

O projeto de transferência do hospital escola da UFPE para a cidade universitária remonta a 1949, quando o arquiteto veneziano Mario Russo, um racionalista que veio ensinar na escola de Belas Artes de Pernambuco(103), foi convidado para assumir o cargo de chefe do Escritório Técnico da Cidade Universitária. O convite foi feito pelo Reitor da Universidade do Recife (hoje Universidade Federal de Pernambuco), Joaquim Amazonas. Russo defendeu a construção da cidade universitária na periferia:

"A localização da Universidade, na periferia da zona urbana, com ligação através de amplas avenidas, com os bairros de Caxangá, Várzea e Iputinga, representará um motivo de desenvolvimento rápido dessa zona e criará um natural e justificado desenvolvimento da cidade do Recife"(103),

Ele projetou diversos prédios, além da planta estrutural da cidade universitária(figura 12). Destes, apenas a Faculdade de Medicina(figura 13), o Hospital das Clínicas(Figuras 14 e 15), o Instituto de Antibióticos e o Instituto de Biologia Marítima foram construídos. Sobre o projeto do HC, realizado entre 1949 e 1951, Russo pensou no prédio como "um compromisso entre soluções extremas de pavilhões isolados e tipo monobloco"(103). Ele ainda planejava que a Maternidade fosse um bloco à parte, para "subtrair a gestante e a puérpera que de fato não são enfermas, à influência depressora dos que sofrem dos mais diversos males"(103).

³ Referencia ao professor Salomão Kelner, catedrático da disciplina de Técnica Operatória e Cirurgia Experimental(TOCE) da UFPE. Os animais ficavam no Núcleo de Cirurgia Experimental, vizinho à Clínica Psiquiátrica

Não há referência clara aos portadores de transtornos mentais entre os "integrantes dos que sofrem dos mais diversos males", e geram-se dúvidas se de fato pensou-se neles. O projeto precede a transferência da Clínica Psiquiátrica do Hospital da Tamarineira para o Pedro II. Estariam os loucos incluídos na Nova Cidade Universitária? Importante frisar que o contexto histórico global já previa, inclusive arquitetonicamente, estruturas localizadas em hospitais gerais cujo propósito era acolher pacientes psiquiátricos.(91, 92)

A pedra fundamental do novo HC foi lançada ainda na década de 1950, pelo reitor Amazonas. No entanto, vários percalços ocorreram durante a construção do prédio, que só foi inaugurado em 14 de setembro de 1979, de forma parcial(administração, ambulatórios, serviços auxiliares, Serviço de Nutrição e enfermarias para 150 leitos). Em contraste com a disposição horizontal do Pedro II (figura 11), o novo HC tinha estrutura predominantemente vertical(figuras 16 e 17), de acordo com a proposta arquitetônica que pautou tanto a construção da Faculdade de Medicina, quanto do novo HC.

A transferência dos pacientes deu-se de forma paulatina, entre 1979 e 1983. O primeiro setor transferido foi o laboratório. No ano seguinte (1980) foi a vez dos ambulatórios de Iniciação ao Exame Clínico e de Terapêutica. Em 17 de fevereiro de 1981 começaram a funcionar as clínicas especializadas, como Cirurgia Geral, Reumatologia e Gastroenterologia. As enfermarias foram os últimos setores envolvidos nesse processo. Em agosto de 1982 foram transferidos os primeiros pacientes do velho Hospital Pedro II e em 2 de setembro do mesmo ano foi feita a primeira cirurgia em paciente internado.

Mas e a psiquiatria? Não há artigo publicado sobre a transição da Clínica Psiquiátrica do Hospital Pedro II para o HC. Entretanto, trechos de discursos proferidos à época trazem-nos algumas pistas de como ela ocorreu. De acordo com o Prof. Othon Bastos:

" Se a mudança da Tamarineira para o Pedro II foi alvissareira e motivo de júbilo, já a transferência abrupta e extemporânea para o HC, no início dos anos 80, foi vivenciada e sofrida por todos, inclusive pelo homenageado desta solenidade(Prof. Galdino Loreto) como algo deveras traumático."

"E praticamente nas últimas 3 décadas, a Clínica Psiquiátrica do Hospital Pedro II foi sua principal oficina de Trabalho(do Prof. José Lucena), a qual posteriormente, em 1981 seria esquartejada em duas partes, com seu ambulatório situado no Hospital das Clínicas do Campus e sua enfermaria destrocada, em decorrência da insensibilidade administrativa do diretor do Hospital e das demais autoridades universitárias".(23)

A professora Gilda Kelner, do departamento de Medicina Clínica da UFPE, também viveu a transição do Hospital Pedro II para o HC. Segundo ela: "A clínica

psiquiátrica do Hospital Pedro II era em um pavilhão atrás do hospital, separado(...)A conturbação da transferência foi muito grande em muitos setores, não foi apenas na psiquiatria, então você passava a atuar em um andar, dependia de elevador, dependia de os pacientes ficarem com menos mobilidade porque dispunham um espaço menor. Não foi fácil a transferência, não foi fácil“.

Já a professora Mabel Cavalcanti, do Departamento de Neuropsiquiatria, aponta que a perda de leitos foi elemento central das dificuldades enfrentadas na transição: “Foi uma transição muito difícil, principalmente pelo fato de a psiquiatria ter perdido muitos leitos. Chegamos a ter 30 leitos no Pedro II e fomos para o HC com apenas 12 leitos. Além disso, houve grande resistência por parte da clínica médica à nossa presença no sétimo andar. Foi o professor Galdino Loreto que com muita habilidade e diplomacia conseguiu costurar essa transição junto com a clínica médica.A transição ocorreu de uma forma muito atribulada“.

A diplomacia de Galdino Loreto e o respeito de que ele desfrutava com outras áreas da Medicina possibilitaram a retomada dos diálogos. Mesmo difícil e tumultuada, a transição para o espaço de uma enfermaria dentro de um Hospital Geral parece ter representado um passo adiante no projeto de integração da psiquiatria às outras clínicas. De acordo com o Prof. João Alberto, “O espaço do HC como é hoje representa uma vantagem. Mas foi feito algo em torno disso para ser uma vantagem. foi o trabalho dos desbravadores Galdino Loreto, Othon Bastos, Zé Lins de Almeida, Tácito Medeiros“.

4.8 Interconsulta na UFPE após a transição: O pioneirismo do Ambulatório de Interconsulta e o grupo de acolhimento aos estudantes de Medicina.

A década de 1980 foi um período de reorganização, de readaptação da Clínica Psiquiátrica ao novo HC. Foi quando também houve a sistematização da interconsulta psiquiátrica. De acordo com o Prof. José Francisco Albuquerque, do Departamento de Neuropsiquiatria da UFPE, um dos responsáveis por essa sistematização: “A interconsulta sistematizada na UFPE ocorreu a partir de 1983, coincidindo com a implantação da Enfermaria de Psiquiatria no 7o andar do Hospital das Clínicas.(...) As expectativas eram intensas pois os diversos setores do Hospital e em particular as unidades de Clínica Médica manifestavam o receio da presença de doentes mentais, especialmente pelos riscos de agressão, turbulências“(80) O artigo explica o formato pensado para o HC:

O atendimento tinha por base os seguintes parâmetros:

- Atender com brevidade às solicitações, entendendo que qualquer demora poderia tornar desnecessária a intervenção
- Manter contato prévio com o requisitante, antes de atender ao paciente, como forma de obter dados importantes mais detalhados sobre a questão em pauta
- Não assumir isoladamente o atendimento de nenhum cliente e sim somar esforços junto à equipe que o atende
- Evitar a transferência de pacientes para a enfermaria psiquiátrica devendo atender por qualquer questão, na enfermaria de origem(80)

A professora Mabel Cavalcanti também fala sobre o período: "Entre 1988 e 1992, quem organizou a interconsulta nas enfermarias do HC foram os professores José Lins de Almeida e José Francisco Albuquerque. Eles tiveram um papel fundamental de sistematizar os atendimentos e a supervisão e quando voltei, o rodizio de interconsulta estava mais consolidado na residência médica".

Em 1992, ela retornou de Campinas, onde fez seu doutorado sobre um tema da interconsulta psiquiátrica, as vivências emocionais dos pacientes que sofriam amputação de membros inferiores. De volta à UFPE, ela deu início a uma experiência até então inédita no Brasil: um ambulatório de interconsulta psiquiátrica. Embora já houvesse a interconsulta ambulatorial na forma de pedidos de pareceres das outras clínicas à psiquiatria, não havia ainda um ambulatório dedicado ao grupo de pacientes cuja aflição psíquica não consistia em transtorno psiquiátrico primário.

Sobre a construção desse projeto, diz a professora Mabel: "Foi uma experiência inédita, não tentada em nenhum serviço do Brasil até então. Oficializamos o ambulatório junto à diretoria e incorporamos ao programa de residência médica. Era destinado a pacientes que não possuíam história psiquiátrica pregressa e abriam o quadro durante um internamento clínico ou cirúrgico".

A configuração do ambulatório incluiu um formato de atendimento também inédito. Além de os critérios de inclusão dos pacientes a serem atendidos diferenciarem-no de um ambulatório de psiquiatria geral, foi proposto um atendimento em 12 sessões semanais, que posteriormente converteram-se em 18 sessões semanais. Foi um formato que permitiu a prática tanto da terapêutica quanto da prevenção, como se constatou posteriormente. O prof João Alberto, atual coordenador do ambulatório comenta: "A interconsulta ambulatorial no hospital geral, além de cumprir essa integração, no meu entender faz uma sofisticadíssima prevenção do ponto de vista da saúde do indivíduo, do conforto da família, do que representa doença mental". Trata-se de uma ideia que denota evolução conceitual. Pensar em prevenção não fazia parte do paradigma manicomial.

Além do ambulatório de interconsulta, houve no HC outro projeto inserido na ideia de integração ao hospital geral: nos anos 1980, um grupo de docentes de várias disciplinas reuniu-se com a proposta de promover um espaço de acolhimento aos estudantes recém chegados ao curso médico. Foi uma iniciativa multidisciplinar, que contava com professores da psiquiatria, da psicologia médica e de outras áreas clínicas. Parece-nos um exemplo de interconsulta não direcionada à assistência médica, um diálogo entre diversas clínicas para prover outro tipo de assistência. De acordo com o prof João Alberto, um dos integrantes do grupo: "O grupo era feito para durar um semestre, no máximo dois porque tinha gente chegando o tempo todo. Compreendo um pouco esse grupo como parte de uma atividade de psicologia médica (não precisa ser psiquiátrica), que acompanhou o desenvolvimento da medicina como uma ciência também humana, que permite pensar a individualidade do doente na identidade comum que é o diagnóstico".

Lamentavelmente esses grupos não perduraram. Isso se deu por uma série de vicissitudes, fatores de ordem da carreira dos docentes e da burocracia universitária, além da redução do corpo docente da psicologia médica. De lá para cá, o percurso de diálogo e integração entre a psiquiatria e o hospital geral segue em curso na UFPE. Não possuímos o distanciamento histórico necessário para analisar o período mais recente desse percurso. Deixaremos à passagem do tempo a incumbência de permitir essa análise.

4.9 O Hospital Barão de Lucena: Centro formador fora da Universidade

Até meados dos anos 1970, a maior parte do ensino médico e das Residências Médicas(RMs) concentrava-se nos hospitais universitários. Apesar de as primeiras RMs brasileiras terem sido implementadas nos anos 1940(104, 105), até 1970 o número de hospitais de ensino no Brasil era restrito. Com a expansão das escolas médicas, 71 em 1970 versus 29 em 1960(104), cresceu a demanda por novos serviços de formação de especialistas. Em 1977 foi criada a Comissão Nacional de Residência Médica(CNRM), órgão vinculado ao Ministério da Educação e responsável pela regulamentação dos Programas de Residência Médica(PRM) . A criação da CNRM deu novo impulso à constituição de serviços de ensino e formação de especialistas médicos das mais diversas áreas(104)

O estado de Pernambuco apresentou trajetória semelhante ao restante do país. Sobre isso, escrevem Souza et al:

"Ainda hoje, há dúvidas sobre qual teria sido o primeiro programa de residência médica (RM) oferecido no Brasil. Embora não se consiga pre-

cisar o início dessa atividade em Pernambuco, sabe-se que a formação de pediatras no Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (Imip) e de cirurgiões e clínicos no Hospital Pedro II, que até 1980 albergava a Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), seguia esse molde desde a segunda metade do século passado.”(105)

Em 1974, surge o PRM de Clínica Médica do Hospital Barão de Lucena, então vinculado ao INPS, e que começa a sedimentar a vocação deste Hospital para o ensino. Atualmente o HBL tem o maior contingente de Residentes fora dos hospitais universitários de Pernambuco, além de oferecer rodízios de internato e parceria com outras instituições. Destacado também foi o papel da instituição na crise da Hemodiálise em Caruaru, nos idos de 1996(106).

O serviço de saúde mental do HBL, um dos primeiros serviços públicos do país a oferecer o atendimento clínico em psicanálise a seus pacientes, é o único até hoje a fazê-lo em Pernambuco. Este serviço conta atualmente com quinze residentes de psiquiatria, além de residentes de outras especialidades que estejam rodando na psiquiatria. A história e a trajetória deste hospital e, particularmente, do Serviço de Saúde Mental apresentam experiências pioneiras na história da medicina e da formação médica pernambucana. Mas antes, vejamos um pouco de como este hospital surgiu:

4.10 “Hospital das Usinas“

O HBL teve sua pedra fundamental lançada em 1948 e foi inaugurado em 1958, pelo presidente Juscelino Kubitschek. Tinha inicialmente o apelido de “hospital das usinas”. Foi idealizado pelo usineiro José Pessoa de Queiroz e seria destinado ao atendimento dos trabalhadores rurais da indústria canavieira, população estimada em 300 mil pessoas à época. A cerimônia de inauguração, em 19 de janeiro, foi um grande acontecimento no Recife e contou com a presença de figuras ilustres, inclusive o sociólogo Gilberto Freyre, que disse ter a impressão de “estar na Alemanha”. Na época, o HBL era um dos maiores, mais modernos e bem equipados hospitais da América do Sul(107): (Figuras 18, 19 e 20)

Suas instalações, com nove andares e 450 leitos contavam com “ar condicionado, 296 pontos de oxigênio encanado, 186 ramais de telefone, 6 salas de operações, a última palavra do gênero, 4 salas de parto, uma creche com 45 leitos e ultra-modernas salas de esterilização, lavanderia. . .”(*Diário de Pernambuco*, 19.01.1958).

A proposta inicial de servir aos trabalhadores da indústria canavieira não se concretizou.(107) modelo de atendimento, de acordo com o primeiro diretor do Hospital, Antônio Wanderley Siqueira era o seguinte:

Cada andar produzia uma hierarquia de atendimento, ou seja, cada paciente seria atendido por categoria social, onde o 8º andar era para as famílias dos usineiros, com apartamentos de alto padrão de luxo. 7º andar era para as outras famílias ricas da região, apresentando ainda a ostentação nos apartamentos. O 6º andar apresentava ainda algum requinte nos apartamentos, sendo também para famílias ricas. A partir do 5º andar, começa a diminuir o luxo nos apartamentos, mas sem perder o seu conforto. No 4º e 3º andares eram de apartamentos simples, mas bem estruturados, e o 2º e 1º andares eram as enfermarias coletivas para trabalhadores do campo, onde apresentavam muita organização. Estes quatro últimos andares, mesmo sendo dos mais simples, eram bem construídos, como todo o resto do hospital. (107)

Entre 1968 e 1973, com o abalo financeiro da indústria açucareira, a gestão do hospital passou ao poder público, sendo gerido pelo INPS, posteriormente INAMPS. (Figura 21). Desde 1992, é administrado pela Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco. Talvez possamos admitir a premissa de que é a partir da passagem para o INPS, em 1973, que nasce o hospital escola, o HBL tal qual conhecemos nos dias atuais. E é a partir daí que seguiremos.

4.11 Do PRM de Clínica Médica à Clínica de Psicossomática

O primeiro PRM do HBL a ser constituído foi o de clínica médica, fundado pelos Drs. Oscar Coutinho Neto e Vitorino Spinelli, em 1974. A eles juntou-se um corpo clínico de grande peso, a exemplo dos Drs. Alcides Bezerra, Edson Vitor, Milton Cunha, entre vários outros. Alguns deles estão registrados na figura 22. Nas palavras de um egresso do Programa: "Berço de formação de cerca de 320 profissionais, que hoje atuam na Clínica Médica e nas suas várias especialidades em Pernambuco, no Brasil e no exterior, a Residência do HBL chega aos 40 pulsante e saudável. Sua tradição é oferecer uma formação técnica esmerada e exigente, tendo como premissa básica a qualidade do atendimento ao paciente do serviço público" (108)

Em 1979, o corpo clínico do PRM de Clínica Médica do HBL ganha uma integrante da área de Endocrinologia, a professora Gilda Kelner, que também fazia parte do Departamento de Medicina Clínica da UFPE. A professora veio integrar o PRM do HBL após retornar de uma especialização realizada na Inglaterra, experiência que mudou diversos rumos na carreira da Professora Gilda e que mudaria também a saúde mental do estado de Pernambuco.

Diferentemente da UFPE, onde a saúde mental se encarregou de buscar pontes com as outras clínicas, nasce no HBL uma clínica de Psicossomática de dentro da

Clínica Médica. A professora Gilda veio inicialmente compor o PRM de Clínica Médica na área de Endocrinologia. Influenciada pelo que vivera na Inglaterra, onde fez parte de um grupo Balint, propôs a criação de espaços para o diálogo com os residentes num olhar para além da clínica médica: "Eu os estimulava a saber esse "outro lado" dos pacientes. Algumas vezes chegavam histórias assim descritas: "esse paciente é muito ansioso, esse paciente é muito nervoso".

Nessa época, mesmo já com vinte anos de existência, o HBL só dispunha de uma profissional da área de saúde mental, uma psicóloga. Não havia psiquiatria e era muito difícil o acesso a essa especialidade. Segundo a professora Gilda, "era impossível de acontecer(interconsulta). Anteriormente se pedia uma consulta psiquiátrica nos lugares aonde tinham psiquiatras na cidade do Recife e era muito difícil conseguir, muito difícil". Importante ressaltar que a própria professora Gilda também era professora da UFPE e tinha contato com vários nomes da psiquiatria pernambucana, o que em tese facilitaria o seu acesso aos pareceres da especialidade. Na prática não era o observado.

A partir dos anos 80, período em que a Profa Gilda também iniciou sua formação psicanalítica, foi se consolidando dentro do PRM de Clínica Médica a ideia de se criar um serviço de psicossomática e também de implantar um grupo Balint no hospital. "O início do movimento da psicossomática foi em torno 1981 mais ou menos, mas a oficialização do serviço e o grupo Balint aconteceram em 1987". Para seguir adiante com o projeto, ela contou com o apoio do então diretor do Hospital, Dr. Oscar Coutinho e do Dr. Samuel Hulak, psiquiatra e psicanalista envolvido com a difusão da medicina psicossomática em Pernambuco. Foi escrita por ela uma carta à direção do HBL, que registrou três linhas fundamentais de ação:

1. O psicanalista com formação clínica, eu, no caso, acompanharia as visitas de um dos internistas da Clínica Médica(Dr Alcides Bezerra) e induziria os residentes e os internos a acrescentar os dados necessários para completar a historia clínica - os dados da historia pessoal do paciente, tentando fazer uma síntese da doença(orgânico + psíquico)

2. Instituição de um Grupo Balint - Michael Balint teve a feliz ideia de, como psiquiatra e psicanalista, reunir clínicos gerais ou outros especialistas, de oito a dez, semanalmente, durante 90 minutos para discutir alguns casos. Todas as questões eram apreciadas, desde as dificuldades dos clínicos em exercitarem a escuta, até a compreensão desta escuta e seu uso terapêutico". Este trabalho teve tal repercussão que foi publicado sob a forma de vários livros, o principal deles sendo "O Médico, seu paciente e a Doença". Pretendemos iniciar um Grupo Balint semanal, com 90 minutos de duração, para os colegas interessados(máximo de dez por grupo).

3. Iniciar um Ambulatório de Medicina Psicossomática no Hospital Barão de

Lucena.(109)

A clínica de psicossomática foi um projeto pioneiro em vários sentidos. É um dos primeiros serviços de psicanálise no hospital geral de que se tem notícia no Brasil, sem dúvida o primeiro no estado de Pernambuco.

Importante ressaltar que a interconsulta é parte nuclear do projeto da Clínica de Psicossomática. Marcelo Bouwman, atual chefe do Serviço de Saúde Mental do HBL, destaca: "Essa questão da interconsulta, a interdisciplinaridade, remete ao mito fundador do serviço no hospital Barão de Lucena partindo da psicanálise, um serviço de psicanálise no hospital geral. De 87 até 95 existiam interconsultas médico-psicológicas e a partir de 95, com a chegada de Suzana Boxwell, também interconsultas psiquiátricas".

Em 1999, A Profa. Glilda Kelner e a Dra. Suzana Boxwell escrevem um artigo sobre o tema da interconsulta, publicado na Revista Pulsional(110) . É um texto que traz à tona um diferencial da Clínica de Psicossomática do HBL: A articulação do conceito de interconsulta com a experiência nos Grupos Balint. As autoras destacam a existência de cinco (ou sete) personagens numa interconsulta, os dois interconsultores(solicitante e solicitado), o paciente, sua doença, a instituição e, no caso de um hospital escola, os médicos residentes que assistem o paciente. É um olhar mais ampliado, que provê aprofundamento à interconsulta psiquiátrica, e destaca aspectos não habitualmente discutidos numa supervisão clínica formal, a exemplo da contratransferência antecipatória do interconsultor ou de seu preceptor, no caso de hospitais escola. É uma atividade que exige dos seus praticantes "um saber intercambiável e se colocar numa atitude crítica e deliberativa quanto à aplicação do conhecimento apresentado"(110). Destaca-se no artigo também a importância do espaço oferecido pelos Grupos Balint ao desenvolvimento do trabalho de interconsulta . Mas antes, um resgate histórico sobre os grupos Balint e sua criação no HBL

4.12 Grupos Balint - Espaços de interlocução, formação e cuidado

Os grupos Balint surgiram na Inglaterra, na Tavistock Clinic(Londres), por iniciativa de Michael Balint, um psicanalista húngaro radicado na Inglaterra. Eles surgiram a partir da constatação, feita por Balint, de mais que setenta por cento dos pacientes que procuravam a atenção primária no NHS não apresentavam diagnóstico de uma doença clínica, e a busca pelo médico se fazia por motivos de ordem psíquica. Os grupos eram coordenados por ele, médico e psicanalista, consistiam de reuniões semanais, com 1h e 30min de duração, em que um clínico trazia o relato de um caso e o grupo debatia sob a seguinte perspectiva:

1. transferência
2. contratransferência
3. transferência institucional do paciente e do profissional
4. contratransferência institucional para o paciente e para o profissional
5. trajetórias institucionais do paciente e do profissional
6. situação de todos os itens acima com a saúde, a doença, a morte, a finitude, o passado, o presente, o futuro, a certeza, a dúvida, a identidade, a existência, a estranheza, a pressa, a superficialidade, a solidão, o amor, o ódio, a feminilidade, o homossexualismo, o racismo, o confronto com as diferenças, os caminhos e descaminhos do homem. (111)

A Profa. Gilda voltou da Inglaterra "contaminada pelo espírito Balint". Como já dito, ao longo da década de 80, implantou-se efetivamente o grupo Balint do HBL, que foi criado juntamente com a clínica de psicossomática, em 1987. Apesar da origem a partir da clínica médica, a resistência das outras especialidades médicas ao confronto com as questões da subjetividade quando da implantação do grupo Balint do HBL. Como revela a professora Gilda, Vários médicos achavam o movimento interessante: Dr. Aguiar que era um pneumologista, Edson Vitor que era um gastroenterologista, mas nenhum deles, dos preceptores de clínica médica, tivera o movimento de frequentar o grupo Balint, apenas um, durante dois anos, que foi o cardiologista Alcides Bezerra".

Diante disso, a professora Gilda promoveu modificações no formato original do grupo Balint e, num movimento novamente pioneiro, transformou o Balint do HBL num grupo multidisciplinar, e vieram profissionais das áreas de psicologia, fonoaudiologia e terapia ocupacional. Uma dessas integrantes, a fonoaudióloga Leila Feitosa, permanece no grupo desde o início. Foram necessários "muita tenacidade, de muito empenho porque no princípio muita gente achava a ideia maravilhosa, mas não aderiu a uma frequência que está no enquadramento do grupo Balint" Mas o grupo se sustenta e vem ocorrendo há 29 anos ininterruptos. Não se tem notícia de um grupo Balint tão longo.

A abertura de um grupo Balint multidisciplinar, numa evolução do conceito original, diz ainda mais das perspectivas de interlocução oferecidas por esta atividade, e reforça sua importância para se pensar um serviço de interconsulta. A profa Gilda concorda, e nos diz que "É uma relação muito forte, se houver interconsulta, se eventualmente esse objeto da interconsulta, ou seja, esse paciente que foi Interconsultado vier para o Balint o que o contexto geral pode interferir no desdobramento da doença desse paciente é muito grande".

Em seu artigo de 1999, ela também aponta para uma distinção bastante sofisticada, entre um conceito de interconsulta mais pragmático, baseado exclusivamente nos pedidos de parecer e uma proposta de diálogo, multidisciplinar. A metáfora é oportuna: “a ilha da interconsulta vista como uma península”. A realidade da ilha, isolada do continente, com todas as vantagens e desvantagens desta estratégica posição e a fantasia da península, como um prolongamento do continente, com as conexões imaginadas e não concretizadas na prática hospitalar corrente“(110)

As experiências pioneiras relacionadas aos grupos Balint no HBL consolidaram-se na década de 90 e em 1999 a revista pulsional, órgão oficial da Livraria Pulsional – Centro de Psicanálise, destinou um volume exclusivamente aos trabalhos sobre os grupos Balint. Foram quatro artigos publicados, dois deles já citados(111, 110). Os outros dois abordam temas insitigantes da clínica vistos sob a perspectiva balintiana: Um fala de pacientes na Terapia Intensiva(112) e o outro sobre um caso dramático de insuficiência hepática(113).Esses pacientes foram seguidos continuamente ao longo de diversos Balints e a contribuição que o espaço oferece ao desenrolar do caso clínico é um diferencial importantíssimo. O dr. Marcelo Bouwman destaca que “Sendo um espaço diferente do espaço da supervisão e dos seminários teóricos, o Grupo Balint permite que os elementos contratransferenciais sejam reconhecidos e trabalhados em prol da terapêutica com o paciente”.

A criação da clínica de psicossomática e a implantação dos Grupos Balint no HBL foram um salto qualitativo marcante no padrão de cuidado oferecido por esta instituição. E permitiram a inclusão da psiquiatria e da interconsulta psiquiátrica num serviço a partir de outro referencial, numa possibilidade de articulação até então inédita, seguramente em Pernambuco e muito provalmente em todo Brasil.

4.13 A chegada da Psiquiatria e a Criação do Serviço de Saúde Mental

Na década de 90, já implantados a clínica de psicossomática e o grupo Balint, ampliaram-se os horizontes da Saúde Mental no HBL. Isso se deu com a chegada de uma psiquiatra e de mais um psicanalista ao serviço, em 1996. A partir de então foi renomeado de Clínica de Psicossomática para Serviço de Saúde Mental. A professora Gilda nos conta essa história:

Em 1995 conseguimos, através da interferência de Djalma Agripino de Melo Filho, um grande epidemiologista, junto a Jarbas Barbosa, secretário de saúde do governo Miguel Arraes, que viessem dois médicos para compor o serviço de psicossomática do HBL: Marcelo Wanderley Bouwman que tinha formação clínica e estava fazendo formação psicanalítica, veio do HAM e Suzana Fiúza Boxwell, psiquiatra, com três

anos de residência no HC, além de formação psicanalítica, veio da emergência do HOF. Esses foram os primórdios do serviço de saúde mental que foi criado a partir da chegada de Suzana e Marcelo. Com isso o serviço criou alma nova porque recebeu duas pessoas altamente inteligentes, com muita sensibilidade social e com muita vontade de trabalhar.

Novamente, em função do necessário distanciamento temporal histórico, não nos deteremos ao período posterior à criação do serviço de Saúde Mental do HBL. Encerraremos dizendo apenas que o serviço e o grupo Balint mantém-se ativos e resilientes, e o serviço de Saúde mental do HBL integra formalmente o PRM de Psiquiatria da Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco.

4.14 Discussão

O percurso histórico de inserção da psiquiatria nos hospitais gerais em Pernambuco, reconstruído em parte pelo presente trabalho, foi pautado pelo pioneirismo mas também por muitas dificuldades. Sampaio, analisando a criação da primeira UPHG do Brasil, já alertava para o risco de se criarem micro asilos dentro dos hospitais gerais o que, segundo ele, foi evitado em grande medida pela influência da psicanálise e dos estudos de Balint. (9).

A trajetória dos serviços da UFPE e do HBL também demonstrou como evitar essa armadilha. Como disse o Prof. João Alberto Carvalho, "A entrada da psiquiatria num andar ao lado de clínica médica não dava garantia nenhuma, a entrada tinha que ter uma leitura simbólica, cuja presença física naquele andar não dava conta".

Na UFPE, a partir de um cenário sem garantias, puderam-se implementar projetos pioneiros, a exemplo do Ambulatório de Interconsulta e dos Grupos de Acolhimento. Foram projetos que aproximaram gerações de estudantes e residentes das questões subjetivas do adoecimento, num processo positivo de evolução. Para a professora Mabel, "Ao longo do tempo, percebo que isso(a percepção da subjetividade) foi melhorando, os colegas estão percebendo mais a importância de escutar o paciente de outra forma."

A construção do serviço de saúde mental do HBL tampouco foi livre de percalços. O fato de, mesmo após 20 anos de fundação, em 1978, o hospital contar com apenas uma profissional da saúde mental é um dado sintomático. Mas os percalços puderam ser contornados e, 8 anos após a criação da clínica de psicossomática, em 1995, escreve a prof. Gilda Kelner: "Este projeto foi posto em prática e é hoje uma experiência pioneira em um hospital da Previdência Social"(109)

A oportunidade de vivenciar os Grupos Balint, iniciados no HBL, permitiu aos

profissionais da saúde mental de Pernambuco construir uma percepção diferenciada sobre o par cuidador-doente. É um ganho precioso trazido pelo estudo das reações emocionais dos médicos no exercício da clínica. Da mesma forma que o restante da medicina trilhou um processo de amoldamento à presença dos psiquiatras no hospital geral, a outra extremidade dessa relação dialógica precisou e precisa entender seus movimentos. Como nos dizem a professora Gilda Kelner e o Dr Marcelo Bouwman:

Quem trabalha em saúde mental tem obrigatoriamente o lugar maior de compreender do que ser compreendido, então cabe ao profissional da saúde mental sensibilizar um colega de outra área a interagir com ele, mas já houve épocas, em tempos passados, em que o profissional da psiquiatria se aborrecia porque era chamado para dizer a um paciente que ele estava com câncer. Evidentemente que isso é função do médico que cuida do paciente com câncer, mas o profissional da saúde mental pode falar com esse médico e pode tentar ajuda-lo a assumir esse lugar de poder conversar com o seu paciente que é portador de câncer. (Gilda Kelner)

É a questão da responsabilidade do interconsultor, seja ele psiquiatra ou psicanalista. Sua função é a de estabelecer pontes, gosto dessa metáfora da ponte, estabelecer contatos e ligações. Promover sensibilização da equipe cuidadora. Nessa sensibilização conta muito a história da inserção profissional do interconsultor, a sua trajetória institucional. No caso do HBL, a formação clínica em Endocrinologia de Gilda permitiu um diálogo muito mais profundo com a Clínica Médica, a Cardiologia e outras especialidades. Acho que ela conseguiu fazer essa articulação de uma forma bem natural e espontânea, ajudando muito na implantação do serviço no HBL, conquistando o respeito, a consideração e o reconhecimento. (Marcelo Bouwman)

5 Conclusão

A integração da saúde mental ao hospital geral em Pernambuco deu-se no esteio de uma nova forma de pensar o cuidado com o portador de transtornos mentais. Mudanças paradigmáticas costumam ser turbulentas, e seria ingênuo esperar que a circulação da loucura e dos psiquiatras por espaços não antes lhe destinados ocorresse suavemente.

O itinerário a partir do hospício para o leito do hospital geral foi e é sinuoso. Tal qual o escândalo Freudiano, "que borrou a fronteira entre normal e patológico e colocou doença mental como coisa de gente, portanto da medicina", talvez possamos falar de outro escândalo: o do louco fora do hospício, sendo cuidado do ponto de vista médico num espaço de diálogo e interlocução da psiquiatria com as demais áreas da medicina. Tarefa difícil de consolidar. Felizmente, como mostrou esse trabalho, as experiências iniciadas na UFPE e no HBL contribuíram significativamente para sedimentar essa mudança, tanto no nível das enfermarias e ambulatórios quanto no nível do entendimento da relação médico paciente. Mas, apesar das ilhas de referência, a presença da interconsulta psiquiátrica, tanto em Pernambuco quanto no Brasil ainda é incipiente. Para além do escândalo está a aventura, um movimento de remar contra a maré que tem sido característico dos serviços de interconsulta em nosso país.

Já está comprovado que a presença de um serviço de interconsulta melhora o atendimento prestado aos pacientes do hospital, diminui a duração de internação hospitalar além de diminuir os custos da internação.(64) Sem falar nos benefícios trazidos pelo hospital geral aos portadores de transtornos mentais, nos mais diversos aspectos do cuidado médico(82, 96). A interconsulta psiquiátrica é parte integrante dos currículos dos PRM de psiquiatria, mas cerca de metade deles ainda não conta com um serviço estruturado de interconsulta.

O estado de Pernambuco conta com dois, em funcionamento até o presente momento. Acreditamos que, a exemplo de outras ilhas de referência em interconsulta, o viés da formação permita a subsistência desses serviços. Como nos diz o prof João Alberto, "nada se sustenta se não servir como elemento formador. Conhecimento que morre naquele que está exercendo no momento não é conhecimento, é arrogância.". Mas fora dessas ilhas não parece haver vislumbre das penínsulas. Os serviços de interconsulta psiquiátrica fora dos ambientes de ensino são escassos, quase inexistentes.

A história confere às gerações subsequentes a tarefa de ampliar e consolidar experiências bem-sucedidas, além do privilégio de perceber as dificuldades do passado e aprender com elas. Haja vista tão pequena participação de psiquiatras interconsultores

em nossos hospitais, uma questão que fica em aberto é a de que fatores dificultam a abertura de serviços de interconsulta em mais hospitais brasileiros, para além dos serviços universitários e da rede pública. É um tema que ainda não foi estudado em nosso país e parece um mote interessante para investigações futuras.

Referências

- 1 FOUCAULT, M. *História da Loucura na idade clássica*. São Paulo: Perspectiva, 2010. Citado 3 vezes nas páginas 14, 20 e 21.
- 2 PINEL ph. *Traité Médico-Philosophique sur l'alienation mentale*. Paris: J.A Brosson, 1809. Citado 2 vezes nas páginas 14 e 21.
- 3 SHORTER, E. *A History of Psychiatry: From the Era of the Asylum to the Age of Prozac*. [S.l.]: John Willey, 1997. Citado 2 vezes nas páginas 14 e 22.
- 4 HENRY, G. Some modern aspects of psychiatry in a general hospital practice. *Am J psychiatry*, -, -, n. 9, p. 481 – 499, - 1929. Citado 2 vezes nas páginas 14 e 23.
- 5 LIPOWSKI, Z. J. [Psychiatric consultations and psychosomatic medicine in the general hospital]. *Rev Med Psychosom Psychol Med*, v. 11, n. 2, p. 171 – 203, Apr/Jun 1969. ISSN 0397-930X. Citado 2 vezes nas páginas 14 e 23.
- 6 M, B.; STRAIN, J. *Psychosomatic medicine*. [S.l.]: Lippincott Williams, 2006. Citado 8 vezes nas páginas 14, 20, 21, 22, 23, 24, 27 e 30.
- 7 GUTIERREZ, J. L. A.; PEREZ, A. C. *La psiquiatria en el hospital general*. [S.l.]: Editorial paz montalvo, 1976. Citado 2 vezes nas páginas 14 e 24.
- 8 SOLLNER, W. Challenges and chances for psychosomatic medicine in health care: A report from the Third Annual Scientific Conference of the EAPM, Nuremberg, 2015. *Journal of Psychosomatic Research*, 2015. ISSN 0022-3999. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S002239991500519X>>. Citado 2 vezes nas páginas 14 e 30.
- 9 SAMPAIO, A. et al. Interconsulta Psiquiátrica: A experiencia da Universidade Federal da Bahia. In: _____. *Interconsulta Psiquiátrica no Brasil*. [S.l.]: Astúrias, 1990. cap. 5.1, p. 96 – 102. Citado 3 vezes nas páginas 14, 33 e 48.
- 10 SAMPAIO, A. Serviço Psiquiátrico do Hospital Geral de Ensino. *Neurobiologia*, Recife, 1956. Citado 5 vezes nas páginas 14, 25, 30, 32 e 33.
- 11 BOTEAGA, N.; DALGALARRONDO, P. *Saude Mental no Hospital Geral: Espaço para o Psíquico*. [S.l.]: Hucitec, 1993. Citado 7 vezes nas páginas 14, 15, 20, 21, 25, 26 e 31.
- 12 BOTEAGA, N. *Prática Psiquiátrica no Hospital Geral*. Porto Alegre: Artmed, 2012. Citado 8 vezes nas páginas 14, 15, 23, 24, 25, 26, 27 e 30.
- 13 BOTEAGA, N. *No hospital geral: lidando com o psíquico, encaminhando ao psiquiatra*. Tese (Doutorado) — UNICAMP, 1989. Citado 8 vezes nas páginas 14, 15, 20, 23, 25, 26, 30 e 31.
- 14 LUCENA, J. Alguns aspectos estatísticos das atividades da Clínica Psiquiátrica em Hospital Universitário. In: *Anais do Congresso Médico do Estado de Pernambuco*. Garanhuns, PE: [s.n.], 1965. Citado 4 vezes nas páginas 14, 24, 31 e 36.

- 15 LUCENA, J. et al. Unidade Psiquiátrica em um Hospital Geral. *Neurobiologia*, Recife, v. 41, n. 4, p. 455 – 466, outubro 1978. Citado 3 vezes nas páginas 14, 36 e 77.
- 16 NOGUEIRA-MARTINS, L.; BOTEGA, N. Interconsulta Psiquiátrica no Brasil: desenvolvimentos recentes. *Rev ABP-APAL*, -, v. 20, n. 3, p. 105 – 111, - 1998. Citado 5 vezes nas páginas 15, 20, 25, 26 e 30.
- 17 BOTEGA, N. Censo nacional de unidades de psiquiatria em hospitais gerais. *Rev ABP-APAL*, -, v. 19, n. 3, p. 91 – 96, - 1997. Citado 5 vezes nas páginas 15, 20, 25, 27 e 30.
- 18 BOTEGA, N. J. Consultation-liaison psychiatry in Brazil. Psychiatric residency training. *Gen Hosp Psychiatry*, v. 14, n. 3, p. 186 – 191, May 1992. ISSN 0163-8343. Citado 3 vezes nas páginas 15, 23 e 30.
- 19 MIGUEL, E. C. *Interconsulta Psiquiátrica no Brasil*. [S.l.]: Astúrias, 1990. Citado 5 vezes nas páginas 15, 26, 28, 30 e 31.
- 20 BRASIL, M. A. et al. Does your patient meet criteria? Reflection on contemporary psychiatric practice. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, scielo, v. 37, p. 169 – 170, 12 2015. Citado 3 vezes nas páginas 15, 20 e 25.
- 21 BRASIL, M. *A unidade psiquiátrica em Hospital Geral*. Dissertação (Mestrado) — UFRJ, Rio de Janeiro, 1982. Citado na página 15.
- 22 NASCIMENTO, B. M. *Ulysses Pernambucano e a Escola de Psiquiatria Social do Recife*. [S.l.]: ABP Editora, 2009. Citado 5 vezes nas páginas 15, 25, 31, 33 e 35.
- 23 BASTOS, O. *História da Psiquiatria em Pernambuco e outras Histórias*. São Paulo: Lemos, 2002. Citado 7 vezes nas páginas 15, 25, 26, 31, 33, 36 e 38.
- 24 MISSENARD, A. *A experiência Balint - História e Atualidade*. [S.l.]: Casa do Psicólogo, 1994. Citado 2 vezes nas páginas 15 e 22.
- 25 MEDEIROS, T. Primórdios - capítulo do livro “História da Psiquiatria em Pernambuco e outras Histórias”. In: _____. [S.l.]: Lemos, 2002. cap. 10, p. 97 – 112. Citado 2 vezes nas páginas 15 e 35.
- 26 GOFF, J. L. *História e Memória*. [S.l.]: Editora Unicamp, 2014. Citado 2 vezes nas páginas 17 e 32.
- 27 TURATO, E. R. *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa*. Petrópolis: Vozes, 2003. Citado 2 vezes nas páginas 17 e 18.
- 28 THIOLLENT, M. *Crítica Metodológica, Investigação Social e Enquete operária*. [S.l.]: polis, 1987. Citado 2 vezes nas páginas 17 e 32.
- 29 MINAYO, M. C. *O Desafio do Conhecimento - Pesquisa Qualitativa em Saude*. [S.l.]: HUCITEC, 2014. Citado 2 vezes nas páginas 17 e 18.
- 30 AMADO, J.; FERREIRA, M. de M. *Usos e Abusos da Historia Oral*. [S.l.]: Editora FGV, 2006. Citado 3 vezes nas páginas 17, 18 e 32.
- 31 SIQUEIRA, A. J. *Labirintos da modernidade - memória, narrativa e sociabilidades*. Recife: UFPE, 2014. Citado na página 17.

- 32 VIEIRA, M.; PEIXOTO MRC, K. Y. *A pesquisa em História*. São Paulo: Ática, 1989. Citado na página 17.
- 33 RICOEUR, P. *A Memória, a História, o Esquecimento*. [S.l.]: Editora Unicamp, 2007. Citado 2 vezes nas páginas 17 e 31.
- 34 QUEIROZ, M. *Variações Sobre a Técnica do Gravados no Registro da Informação Viva*. São Paulo, 1991. Citado 2 vezes nas páginas 17 e 18.
- 35 RUNDELL, J.; WISE, M. *Princípios de Psiquiatria de Consultoria e Ligação*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999. Citado na página 20.
- 36 INATY, S.; SMAIRA. Psychiatric disorders and psychiatric consultation in a general hospital: a case- control study. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, p. 18 – 25, 2006. Citado 2 vezes nas páginas 20 e 30.
- 37 SLAVNEY, P.; MCHUGH, P. *Psychiatric Polarities*. [S.l.]: The Johns Hopkins University Press, 1987. Citado 2 vezes nas páginas 20 e 21.
- 38 MAYOU, R.; HUYSE, F. Consultation-liaison psychiatry in western Europe. *General Hospital Psychiatry*, v. 13, n. 3, p. 188 – 208, 1991. Cited By 33. Disponível em: <<http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-0025762068&partnerID=40&md5=f1f1a35706e05fa8f8a40f80ad16170c>>. Citado 2 vezes nas páginas 20 e 24.
- 39 ACKERKNECHT. The history of psychosomatic medicine. *psychol med*, -, -, n. 12, p. 17 – 24, - 1982. Citado 3 vezes nas páginas 20, 21 e 22.
- 40 ALEXANDER, F.; SELESNICK, S. *The History of Psychiatry*. New York: Mentor, 1968. Citado 2 vezes nas páginas 20 e 21.
- 41 MICALE, M.; PORTER, R. *Discovering the History of Psychiatry*. Oxford: Oxford University Press, 1994. Citado 3 vezes nas páginas 20, 21 e 30.
- 42 TORREY, E.; MILLER, J. *The Invisible Plague - the rise of mental Illness from 1750 to the present*. Piscataway: Rutgers University Press, 2007. Citado na página 20.
- 43 PESSOTI, I. *A loucura e as Épocas*. São Paulo: Editora 34, 1995. Citado 2 vezes nas páginas 20 e 21.
- 44 LEIGH, H. Comment: the role of psychiatry in medicine. *The American journal of psychiatry*, v. 139, p. 1581 – 7, 12 1982. Citado na página 21.
- 45 FOUCAULT, M. *Microfísica do Poder*. 26. ed. [S.l.]: graal, 2008. Citado na página 21.
- 46 BERRIOS, G. E. *The history of mental sympoms - Descriptivie psychopathology since the nineteenth century*. Cambridge: Cambridge University Press, 1996. Citado na página 21.
- 47 SHORTER, E. *From Paralysis to fatigue: A history od Psychosomatic Illness in the Modern Era*. New York: Free Press, 1992. Citado na página 22.
- 48 MELO, J. de. *Psicossomática Hoje*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012. Citado 4 vezes nas páginas 22, 24, 25 e 26.

- 49 DEUTSCH, F. *On the mysterious leap from the mind to the body: a workshop study of the theory of conversion*. [S.l.]: International universities press, 1959. Citado na página 22.
- 50 D'ÉPINAY, M. L. *Groddeck - A doença como linguagem*. Campinas: Papirus, 1988. Citado na página 22.
- 51 GRODDECK, G. *The book of the It*. New York: Vintage Books, 1949. Citado na página 22.
- 52 EARLE, P. Psychological Medicine: its importance as a part of the medical curriculum. *Am J Insanity*, -, -, n. 24, p. 257 – 280, - 1968. Citado 2 vezes nas páginas 22 e 30.
- 53 BILLINGS, E. G. Psychiatric aspects of gastrointestinal disorders. *J Iowa State Med Soc*, v. 42, n. 3, p. 101 – 106, Mar 1952. ISSN 0096-6983. Citado 2 vezes nas páginas 22 e 23.
- 54 WEINER, H. *Psychobiology of Human disease*. New York: Elsevier, 1977. Citado na página 22.
- 55 WITMER, H. *Teaching Psychotherapeutic Medicine: An experimental course for general physicians*. [S.l.]: The Commonwealth fund, 1947. Citado na página 22.
- 56 ALEXANDER, F. *Psychosomatic Medicine: its principles and applications*. New York: WW Norton, 1950. Citado na página 22.
- 57 LIDZ, T. Adolf Meyer and the development of American psychiatry. *Am J Psychiatry*, -, n. 123, p. 320 – 322, - 1966. Citado na página 22.
- 58 DUNBAR, H.; ARLOW, J. Criteria for therapy in psychosomatic disorders. *Psychosom Med*, -, -, n. 6, p. 283 – 286, - 1944. Citado na página 22.
- 59 SELYE, H. Stress and distress. *Compr Ther*, v. 1, n. 8, p. 9 – 13, Dec 1975. ISSN 0098-8243. Citado na página 22.
- 60 SELYE, H. Stress and cardiopathies. *Union Med Can*, v. 97, n. 8, p. 1036 – 1045, Aug 1968. ISSN 0041-6959. Citado na página 22.
- 61 LIPOWSKI, Z. J. Consultation-liaison psychiatry in general hospital. *Compr Psychiatry*, v. 12, n. 5, p. 461 – 465, Sep 1971. ISSN 0010-440X. Citado na página 23.
- 62 LIPOWSKI, Z. J. Consultation-liaison psychiatry: an overview. *Am J Psychiatry*, v. 131, n. 6, p. 623 – 630, Jun 1974. ISSN 0002-953X. Citado na página 23.
- 63 BILLINGS, E. G. The Psychiatric Liaison Department of the University of Colorado Medical School and Hospitals. *Am J Psychiatry*, v. 122, n. 12, p. Suppl:28 – Suppl:33, Jun 1966. ISSN 0002-953X. Citado na página 23.
- 64 WOOD, R.; WAND, A. P. F. The effectiveness of consultation-liaison psychiatry in the general hospital setting: A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, v. 76, n. 3, p. 175 – 192, Mar 2014. ISSN 0022-3999. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S002239991400004X>>. Citado 5 vezes nas páginas 23, 24, 27, 30 e 50.

- 65 BOTEGA, N. J.; BRASIL, M. A. A.; JORGE, M. R. Residência em Psiquiatria: enquête nacional discorda da posição da Comissão Nacional de Residência Médica. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, scielo, v. 27, p. 341 – 342, 12 2005. Citado 4 vezes nas páginas 23, 25, 28 e 31.
- 66 LIPOWSKI, Z. J. Consultation-liaison psychiatry: past failures and new opportunities. *Gen Hosp Psychiatry*, v. 1, n. 1, p. 3 – 10, Apr 1979. ISSN 0163-8343. Citado na página 24.
- 67 LIPOWSKI, Z. J. Current trends in consultation-liaison psychiatry. *Can J Psychiatry*, v. 28, n. 5, p. 329 – 338, Aug 1983. ISSN 0706-7437. Citado na página 24.
- 68 LIPOWSKI, Z. J. [Consultation and liaison psychiatry in North America in the 80s]. *Psychother Psychosom Med Psychol*, v. 39, n. 9-10, p. 337 – 341, Sep/Oct 1989. ISSN 0937-2032. Citado na página 24.
- 69 LIPOWSKI, Z. J. The integrative approach to psychiatry. *Aust N Z J Psychiatry*, v. 24, n. 4, p. 470 – 474, Dec 1990. ISSN 0004-8674. Citado na página 24.
- 70 LIPOWSKI, Z. J. Consultation-liaison psychiatry: the first half century. *Gen Hosp Psychiatry*, v. 8, n. 5, p. 305 – 315, Sep 1986. ISSN 0163-8343. Citado na página 24.
- 71 LIPOWSKI, Z. J. The interface of psychiatry and medicine: towards integrated health care. *Can J Psychiatry*, v. 32, n. 9, p. 743 – 748, Dec 1987. ISSN 0706-7437. Citado na página 24.
- 72 COURA, R. *A psicanálise no Hospital Geral*. São Paulo: Sarvier, 1996. Citado 2 vezes nas páginas 24 e 26.
- 73 EKSTERMAN, A. Psicossomática Hoje. In: _____. [S.l.]: Artmed, 2010. cap. Medicina Psicossomática no Brasil, p. 40 – 45. Citado 2 vezes nas páginas 24 e 26.
- 74 CLP. *Grupo de psiquiatria consiliar - Portugal*. 2015. Disponível em: <<http://psiquiatria-cl.org/>>. Citado na página 24.
- 75 SOLLNER WOLFGANG CREED, F. European guidelines for training in consultation–liaison psychiatry and psychosomatics: Report of the EACLPP - Workgroup on Training in Consultation–Liaison Psychiatry and Psychosomatics. *Journal of Psychosomatic Research*, v. 62, n. 4, p. 501 – 509, 2007. ISSN 0022-3999. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022399906005034>>. Citado na página 24.
- 76 EAPM. *JPR*. 2015. Disponível em: <<http://www.journals.elsevier.com/journal-of-psychosomatic-research>>. Citado na página 24.
- 77 TEIXEIRA, M. O. L.; RAMOS, F. A. de C. As origens do alienismo no Brasil: dois artigos pioneiros sobre o Hosp\{\}\sim A\{\}\} – *ciodePedroII.Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, scielo, v. 15, p.364–381, 062012. Citadonapágina25.
- 78 COELHO, H. *A psiquiatria no país do açúcar*. [S.l.]: Uniao Cia, 1977. Citado 4 vezes nas páginas 25, 31, 33 e 34.

- 79 CALMON, P. *O palácio da Praia Vermelha*. Rio de Janeiro: UFRJ, 2004. Citado na página 25.
- 80 ALBUQUERQUE, J. F. de; SIQUEIRA, E. S. de. A interconsulta médico Psicológica no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco. In: _____. *Interconsulta Psiquiátrica no Brasil*. [S.l.]: Astúrias, 1990. cap. 5.6, p. 122 – 128. Citado 3 vezes nas páginas 26, 39 e 40.
- 81 LUNA. *Busca de Artigos - Medline*. 2015. Disponível em: <[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=\(""1990/01/01"\[Date-Publication\]:"3000"\[Date-Publication\]\)\) ANDgeneralhospitalpsychiatry](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=()>. Citado na página 26.
- 82 DALGALARRONDO, P.; BANZATO, C. E. M.; BOTEAGA, N. J. Psychiatric admissions in a Brazilian general hospital: a review of outcomes. *Gen Hosp Psychiatry*, v. 25, n. 2, p. 139 – 140, Mar/Apr 2003. ISSN 0163-8343. Citado 4 vezes nas páginas 27, 30, 31 e 50.
- 83 BOTEAGA, N. J. et al. Consultoria psiquiátrica em hospital geral: inviável ou promissora? *Revista Brasileira de Psiquiatria*, scielo, v. 22, p. 130 – 132, 09 2000. Citado 3 vezes nas páginas 27, 28 e 31.
- 84 PENFEILD, W. *The difficult art of giving: The epic of Alan Gregg*. Boston: Little Brown, 1967. Citado na página 27.
- 85 LIMA, A.; HOLANDA, A. História da Psiquiatria no Brasil: uma revisão da produção historiográfica (2004 - 2009). *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, Rio de Janeiro, -, n. 10, p. 572 – 595, 2010. Citado na página 27.
- 86 BEZERRA, B. O campo psiquiátrico no Brasil dos Anos 80. In: _____. [S.l.]: Relume Dumará, 1994. p. 172 – 191. Citado na página 27.
- 87 DELGADO, P. *Lei da Reforma Psiquiátrica*. 1989 – 2001. Lei Sancionada em 2001. Disponível em: <http://www.dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/12_Lei_10216.pdf>. Citado na página 27.
- 88 SAUDE, M. da. Políticas Públicas de Saúde Mental. 2009. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/comissoes/cas/ap/ano-de-2009/>>. Citado na página 28.
- 89 ALBUQUERQUE, V. C. de. Por que é tão difícil avaliar a efetividade da interconsulta psiquiátrica? *Rev. Bras. Psiquiatr.*, p. 100 – 100. Citado na página 28.
- 90 GASPAR, K. C. et al. Depression in general hospital inpatients: challenges for consultation-liaison psychiatry. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, scielo, v. 33, p. 305 – 307, 09 2011. Citado 2 vezes nas páginas 28 e 31.
- 91 BENNET, A. E.; HARGROVE, E. A.; ENGLE, B. *Psychiatry in general Hospitals*. [S.l.]: University of California Press, 1956. Citado 2 vezes nas páginas 30 e 38.
- 92 HAUN, P. *Psychiatric Sections In general Hospitals*. [S.l.]: FW Dodge Corporation, 1950. Citado 2 vezes nas páginas 30 e 38.
- 93 BILLINGS, E. G. Experiments in the psychiatric education of the primary physician. *Am J Psychiatry*, v. 128, n. 1, p. 92 – 94, Jul 1971. ISSN 0002-953X. Citado na página 30.

- 94 MOURA, G. de; PEREIRA, L.; SANTOS, D. Integração de uma Unidade Psiquiátrica em um Hospital Geral. *Neurobiologia*, v. 37, p. 79 – 82, 1974. Citado 2 vezes nas páginas 31 e 36.
- 95 SGOBIN, S. M. T. et al. Direct and indirect cost of attempted suicide in a general hospital: cost-of-illness study. *Sao Paulo Med J*, v. 133, n. 3, p. 218 – 226, May/Jun 2015. ISSN 1806-9460. Citado na página 31.
- 96 BOTEGA, N. J. [Referral to the psychiatrist in the general hospital: a psychodynamic approach]. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines*, v. 25, n. 2, p. 100 – 104, Mar/Apr 1997. ISSN 0300-5062. Citado 2 vezes nas páginas 31 e 50.
- 97 SAMPAIO, A. Interconsulta Psiquiátrica: Ensino na Graduação e Pós Graduação. In: _____. *Interconsulta Psiquiátrica no Brasil*. [S.l.]: Astúrias, 1990. cap. 2.2, p. 24 – 30. Citado 2 vezes nas páginas 32 e 33.
- 98 SOUZA, P. R. de. Relatório apresentado à 10a junta da Santa Casa de Misericórdia do Recife. In: *Historia da Santa Casa de Misericórdia do Recife*. [S.l.: s.n.], 1878. Citado na página 34.
- 99 PROVÍNCIA, A. *Artigo de Jornal*. 1874. Citado na página 34.
- 100 FREITAS, O. de. *Historia da Faculdade de Medicina do Recife 1895 a 1943*. [S.l.]: Imprensa Oficial do Recife, 1944. Citado na página 35.
- 101 RODRIGUES, E. Unidade de Psiquiatria em Hospital Geral: causas de rejeição . In: *Anais do IV congresso Brasileiro de Psiquiatria*. [S.l.: s.n.], 1976. Citado na página 36.
- 102 EDMAR, G. O Hospital Pedro II. In: . [S.l.: s.n.], 2010. Citado na página 36.
- 103 CABRAL, R. C. *Mario Russo - Um arquiteto italiano racionalista em Recife*. [S.l.]: Editora Universitária - UFPE, 2006. Citado na página 37.
- 104 MIRANDA, U. J. P. D. *COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA: CAMINHOS E DESCAMINHOS NA GESTÃO DESTA MODALIDADE DE ESPECIALIZAÇÃO MÉDICA NO BRASIL* . Dissertação (Mestrado) — FGV, Rio de Janeiro, 1997. Citado na página 41.
- 105 SOUZA, A. P. T. C. de; SIQUEIRA, E. S.; JR, L. C. J. G. C. de A. Residência Médica em Pernambuco: reflexões de um grupo de preceptores sobre cenários e atores. *Cadernos da ABEM*, v. 9, p. 77 – 85, outubro 2013. ISSN 1806-5031. Citado 2 vezes nas páginas 41 e 42.
- 106 JOCHIMSEN, E. M. et al. Liver failure and death after exposure to microcystins at a hemodialysis center in Brazil. *The New England journal of medicine*, v. 338, p. 873 – 8, 3 1998. Citado na página 42.
- 107 FERREIRA, J. M. M. O “HOSPITAL DAS USINAS” E OS TRABALHADORES DO AÇÚCAR NA ZONA CANAVIEIRA DE PERNAMBUCO (1958 - 1973. In: ANPUH. *Anais do XXVI Simpósio Nacional de História*. São Paulo, 2011. Citado 2 vezes nas páginas 42 e 43.

- 108 LEITE, A. *Sobre o aniversário de 40 anos do PRM de clínica médica do HBL*. 2014. Acessado em 01 de outubro de 2015. Disponível em: <<http://www.alfredoleite.com.br/lang/pt-br/40-anos-da-residencia-em-clinica-medica-do-hospital-barao-de-lucena/>>. Citado na página 43.
- 109 KELNER, G. Projeto de Psicossomática do Hospital Barão de Lucena. 1987. Citado 2 vezes nas páginas 45 e 48.
- 110 KELNER, G.; BOXWELL, S. Interconsulta e Grupo Balint. *Pulsional - Revista de Psicanálise*, São Paulo, XII, n. 125, p. 07 – 16, setembro 1999. Citado 2 vezes nas páginas 45 e 47.
- 111 KELNER, G. Grupos Balint. *Pulsional - Revista de Psicanálise*, São Paulo, XII, n. 125, p. 35 – 48, setembro 1999. Citado 2 vezes nas páginas 46 e 47.
- 112 KELNER, G.; MOTA, A. A. O grupo Balint na UTI. *Pulsional - Revista de Psicanálise*, São Paulo, XII, n. 125, p. 27 – 34, setembro 1999. Citado na página 47.
- 113 KELNER, G.; FILGUEIRA, N. Tempo de Vida e Tempo de Morte. *Pulsional - Revista de Psicanálise*, São Paulo, XII, n. 125, p. 17 – 26, setembro 1999. Citado na página 47.

Apêndices

APÊNDICE A – Entrevista com a Professora Gilda Kelner e o Dr. Marcelo Bouwman

Juliano Luna – Como se deu a construção do serviço de saúde mental do HBL? Em que momento a psiquiatria passou a fazer parte dele?

Eu fui transferida para o Hospital Barão de Lucena em 1979, pouco depois de voltar da Inglaterra onde trabalhei no Royal Postgraduate Medical School e, lá, por um acaso, entrei em contato com o coordenador do grupo Balint deste hospital.

Como eu atendia no ambulatório de endocrinologia do HAMMERSMITH Hospital, preenchi os critérios para compor, para fazer parte desse grupo Balint.

No Barão de Lucena, onde eu trabalhava como endocrinologista, acompanhava todas as visitas de clínica médica. Durante essas visitas, observava que os casos eram esmiuçados pormenorizadamente nos seus aspectos de história da doença atual, de exame clínico, de propostas diagnóstica e terapêutica, sem nenhuma alusão à história do paciente em si, e muito menos da inserção do paciente naquela doença.

Comecei a fazer algumas perguntas sobre esse lado do paciente e nem sempre os residentes que apresentavam os casos sabiam ou tomavam conhecimento de nenhuma história que não aquela chamada história clínica. Eu os estimulava a saber esse “outro lado” dos pacientes. Algumas vezes chegavam histórias assim descritas: “esse paciente é muito ansioso, esse paciente é muito nervoso, eu vou pedir o parecer da psiquiatria, mas essa é a coisa mais difícil do mundo, nesse hospital, porque o especialista tem que vir de fora, o acesso é escasso”.

No início da década de 80 eu iniciei a minha formação psicanalítica e comecei a estimular, cada vez mais, esse diálogo interdisciplinar no espaço da clínica médica.

Quando Oscar Coutinho Neto era diretor do hospital, eu propus a criação de um grupo Balint e a criação de um serviço de saúde mental no Hospital Barão de Lucena: o serviço de psicossomática, que depois foi chamado de serviço de saúde mental, mas, lembro mais uma vez, a essa altura não havia nenhum psiquiatra, absolutamente nenhum psiquiatra. Havia uma psicóloga, Alexandra, que era irmã de um cirurgião de lá, Manoel Raimundo, e que era chamada às enfermarias. Não tenho conhecimento de que houvesse ambulatório de psicologia. Do meu conhecimento era a única psicóloga que havia no Hospital.

O primeiro passo foi oficializar esse serviço de psicossomática, no que eu fui ajudada, basicamente, por duas pessoas: por Oscar Coutinho Neto que era diretor

do hospital e por Samuel Hulak que era presidente da Sociedade Pernambucana de Medicina Psicossomática e amigo de Oscar.

Havia grande interesse na difusão da medicina psicossomática e, sendo criado algum serviço no Barão, naturalmente que absorvia o ideal de Samuel Hulak. Esse projeto, que eu tenho escrito, incluía que eu fizesse um ambulatório, incluía o acompanhamento de visitas méias nas enfermarias, junto com os residentes e os preceptores de clínica médica, além de dar opinião sobre algum paciente que eu achasse que teria envolvimento psicossomático, e depois discutir esses pacientes, se os residentes assim o quisessem, com cada residente em especial e o que aconteceu durante alguns anos.

Mantinha as atividades na enfermaria e no ambulatório. Eu consegui que meus ambulatórios de endocrinologia fossem substituídos por ambulatórios de psicanálise e de psicoterapia. Eu participava das visitas à enfermaria, continuava a dar assistência ao residente como endocrinologista, como preceptora de endocrinologia, mas a conotação da minha presença era basicamente uma presença de escuta de uma visita deste lugar, de psicanalista e de médica. O chefe da medicina clínica era Oscar Coutinho. Cheguei da Inglaterra muito contaminada pelo que eu chamava o espírito Balint, encantada com a rica experiência vivida em Londres.

Como eu fazia ambulatório no HBL, eu conheci uma funcionária de nível médio do hospital que era estudante de psicologia e me pediu para fazer o ambulatório no meu hospital, com a minha supervisão. Concordei em trabalhar com Gilza Rodrigues, preceptorando seus atendimentos, sendo sua supervisora. Alguns anos depois, já com vários anos de análise pessoal e já tendo entrado no Círculo Psicanalítico de Pernambuco, eu então me dispus a criar um grupo Balint que, como pressuposto, o coordenador teria que ser médico, com grande experiência em hospital geral, e psicanalista.

Os grupos Balint, como foram organizados por Michael Balint, eram compostos por no máximo doze pessoas, um coordenador e um co-coordenador que, como pressupostos, tinham formação em medicina e em psicanálise. Reunia-se semanalmente, durante uma hora e meia, não havendo espaço para uma frequência ocasional, a não ser em circunstâncias muito especiais. As pessoas expunham os casos, sem interrupção, e cada um do círculo, na medida em que estivessem sentados na roda, iam falando, um por um. Inicialmente Balint concentrava a atenção dele no que as pessoas percebiam dos aspectos transferenciais e contratransferenciais do apresentador, no entanto, nos grupos Balint que eu coordenei essas discussões se ampliaram mais, as pessoas também falavam sobre as transferências e contratransferências institucionais, como preconizadas por Luchina, Isaac Luchina, na Argentina, e também falavam sobre as transferências institucionais, não apenas dos pacientes, como também dos médicos

que os acompanhavam. Ainda assim, também discutiam aspectos do caso que não se baseassem, exclusivamente, nos movimentos transferenciais e contratransferenciais. Quanto à vinda de um psiquiatra, favoreceu até as interconsultas, até publiquei um trabalho sobre o assunto (INTERCONSULTAS NO GRUPO BALINT). Dentro do grupo Balint algum médico clínico, que naturalmente poderia medicar, era, vamos dizer assim, instruído pela psiquiatra, no que poderia fazer, enquanto clínico, no manuseio do seu paciente que apresentasse alguma patologia: ou de depressão ou de síndrome do pânico ou até mesmo de algumas desordens bipolares leves, deixando para o atendimento psiquiátrico as doenças mais graves, as psicoses e os transtornos mentais mais difíceis de controlar. Antes da chegada de um psiquiatra ao serviço, era impossível isso acontecer. Anteriormente se pedia uma consulta psiquiátrica nos lugares aonde tinham psiquiatras na cidade do Recife e era muito difícil conseguir, muito difícil.

Vários médicos achavam o movimento interessante: Dr. Aguiar que era um pneumologista, Edson Vitor, que era um gastroenterologista, mas nenhum deles, dos preceptores de clínica médica, tivera o movimento de frequentar o grupo Balint, apenas um, durante dois anos, que foi o cardiologista Alcides Bezerra. Frequentou, regularmente, durante dois anos, não posso precisar quais anos foram, mas ele apresentou casos interessantes e fazia comentários interessantes, embora sempre com um preâmbulo : “desculpe se eu estou falando porque eu não entendo disso”, se diminuindo um pouco o que era um constrangimento, para mim inclusive, porque ele tinha uma percepção muito interessante dos pacientes dele.

Algumas pessoas de fora pediram para frequentar o grupo Balint. A primeira pessoa que surgiu, fora Gilza, foi uma fonoaudióloga, que trabalhava no hospital Agamenon Magalhães, que se chama Leila Guimarães Feitosa . Frequentou o Balint desde o primeiro, até hoje, com contribuições inestimáveis. Socorro Leite, cardiologista e médica da UTI, também esteve conosco durante um longo tempo. A única pessoa que persistiu foi Leila, VINTE E NOVE ANOS.

O início do movimento da psicossomática foi em torno 1981 mais ou menos, mas a oficialização do serviço e o grupo Balint aconteceram em 1987, no fim de 87. Alguns residentes de clínica médica passaram a frequentar o grupo Balint. Alexandra, a psicóloga, nunca conseguiu ter uma frequência regular, sempre ou tinha um paciente para ver ou isso, ou aquilo, ou seja, não aderiu ao grupo Balint e quem se interessou, também, foi uma outra cardiologista do hospital, ex residente de clínica médica do Hospital Barão de Lucena chamada Clebia Ribeiro. O grupo Balint ,para se sustentar, precisou de muita tenacidade, de muito empenho porque, no princípio, muita gente achava a ideia maravilhosa, mas não aderiu a uma frequência que está posta no enquadramento do grupo Balint, qual seja a de reunião uma vez por semana durante uma hora e meia, com um enquadramento que é bem específico, sobre o qual posso

falar depois, e assim o grupo foi se desenvolvendo.

Em 1995 conseguimos, através da interferência de Djalma Agripino de Melo Filho, um grande epidemiologista, junto a Jarbas Barbosa, secretário de saúde do governo Miguel Arraes, que viessem dois médicos para compor o serviço de psicossomática do Hospital Barão de Lucena: Marcelo Wanderley Bouwman que tinha formação clínica e estava fazendo formação psicanalítica, veio do Hospital Agamenon Magalhães e Suzana Fiúza Boxwell, psiquiatra, com três anos de residência no Hospital das Clínicas, além de formação psicanalítica, veio da emergência do Hospital Otávio de Freitas. Esses foram os primórdios do serviço de saúde mental que foi criado a partir da chegada de Suzana e Marcelo. Com isso o serviço criou alma nova porque recebeu duas pessoas altamente inteligentes, com muita sensibilidade social e com muita vontade de trabalhar. Temos o exemplo de um esquizofrênico que Marcelo e Suzana acompanharam por quase duas décadas, sem nunca ter sido internado, de modo que essa rede psiquiatra, psicanalista, grupo Balint dava uma retaguarda diferente de outros serviços de psiquiatria na cidade do Recife ou no estado de Pernambuco.

Juliao Luna - A ideia de se compor um serviço de saúde mental no Barão era uma ideia acolhida pela direção?

Gilda Kelner – – Era uma ideia acolhida pela direção. A psiquiatria começou a fazer parte do serviço foi exatamente quando Suzana, psiquiatra, começou a atender os pacientes, não apenas em ambulatório, mas também na enfermarias. Marcelo e Suzana trabalharam muitíssimo. Marcelo continua trabalhando e Suzana está em licença sem vencimentos fazendo um curso em São Paulo no momento, mas muitos residentes passaram pelo grupo Balint. Entretanto, havia um choque entre a presença dos residentes de clínica médica e a reunião da gastroenterologia da clínica médica, que era na terça-feira, às 10h30min. O grupo Balint sempre foi às terças-feiras, das 10h30min às 12h, todas as terças-feiras. Então foi adquirindo uma força grande, outras pessoas foram se incorporando e o grupo Balint do Barão tinha a peculiaridade de agregar profissionais de saúde não apenas da área médica. Havia psicólogos, fonoaudiólogos, algumas vezes uma assistente social ou outra participou, alguma vez alguma enfermeira participou, de modo que era um grupo Balint de uma forma diferente da que Balint preconizou quando iniciou esses grupos.

Juliano Luna – Você aponta uma questão que é a resistência. Mesmo você vindo da clínica médica e convivendo com os preceptores desse diálogo com a saúde mental, Houve baixa adesão ao Balint. Do ponto de vista da psiquiatria, apenas 1,11% dos hospitais gerais brasileiros contam com algum tipo de suporte psiquiátrico, isso hoje em 2016. Como é que você vê essa resistência?

Gilda Kelner – O médico é treinado para questões muito objetivas, contrariando até os princípios hipocráticos, que o principal era acolher, curar a dor e quando

Hipócrates falava em dor, falava também da dor psíquica, mas o médico de hoje cada vez mais ele é treinado para estabelecer uma hipótese diagnóstica, planejar um tratamento, executar o tratamento e estar sabendo o que foi publicado amanhã sobre todas as drogas, sobre todos os efeitos colaterais e está esquecendo, cada vez mais, de escutar o paciente e sua singularidade. Eu acho que a própria formação do médico, a própria luta pela sobrevivência e pela competição, nos tempos de hoje, fazem com que o médico seja cada vez menos uma pessoa que escuta a alma. Ele circunscreve basicamente o corpo. Por isso que Olgária Mattos dizia: “se medicina é ciência e arte, o cientista engoliu o artista”.

Juliano Luna – De 87 para cá são 29 anos de Balint. Qual a sua opinião sobre o impacto do Balint no funcionamento de um Hospital Geral?

Gilda Kelner – Olhe eu posso dizer que o Balint é um espaço articulador, se tinha algum paciente que estava apresentando muitas dificuldades na clínica médica, um de nós ia, conversava com as pessoas envolvidas com aquele paciente; o caso, às vezes, era apresentado pelo residente responsável no Balint, a dinâmica do Balint dava algum retorno para a assistência. As repercussões sobre o Hospital Geral ainda são limitadas pelo extremo pragmatismo do médico de hoje. Isso nós estamos falando de uma clínica médica que é um exemplo de residência de clínica médica em Pernambuco, com pessoas muito sensíveis e que passam essas ideias para o residente. Você imagine um Hospital Geral onde a clínica médica seja basicamente organicista. Os cirurgiões, os obstetras, os ginecologistas muitas vezes demandam a nossa presença, mas sempre esperando que o serviço de saúde mental resolva o problema, e o Balint deu uma conotação de envolver as pessoas numa rede. Eu acho que a residência em Psiquiatria, com a inclusão de um Balint, representa um salto qualitativo na residência. No HC tivemos alguns psiquiatras no grupo, porque havia um serviço de psiquiatria anexo ao de clínica médica, alguns destes residentes de psiquiatria acompanhavam os grupos Balints. No Barão, só mais recentemente, quando houve rodizio de residentes de psiquiatria no Barão e, de uma maneira geral, eles apresentavam relatórios positivos da participação deles nos Balints.

Juliano Luna – Você tocou em um ponto que é a relação do Balint com a interconsulta.

Gilda Kelner - - A interconsulta. É uma relação muito forte, se houver interconsulta, se eventualmente esse objeto da interconsulta, ou seja, esse paciente que foi Interconsultado vier para o Balint o que o contexto geral pode interferir no desdobramento da doença desse paciente é muito grande e nós já publicamos um trabalho sobre interconsulta no grupo Balint, como referimos anteriormente. Frisamos mais uma vez: como há um número precário de psiquiatras, se houver um psiquiatra no grupo Balint, um residente de clínica médica, por exemplo, pode ir a um grupo Balint e o psiquiatra

pode sugerir que o residente tenha tal ou qual orientação com psicofarmacologia e depois retorne ao grupo Balint e possa avaliar o seguimento que um clínico geral deve ter com o paciente que precise de psicofarmacologia.

Juliano Luna – Outro dado que você trouxe foi essa questão do número precário de psiquiatras e é curioso que em Pernambuco, historicamente, o principal serviço de formação de Psiquiatras se fez dentro de um Hospital Geral e, ainda assim, a presença de psiquiatras no Hospital Geral em Pernambuco é muito reduzida. Como você observa isso?

Gilda Kelner – De alguma forma os hospitais não tem essa abertura, mas tiveram uma preocupação de colocar uma psicóloga em cada serviço, há uma psicóloga para a enfermaria de pediatria, uma psicóloga para enfermaria de colostomizados, uma psicóloga para a enfermaria de obstetrícia, então não é que as psicólogas não sejam importantes, são importantíssimas, agora é muito importante que a psicóloga, que ela não ache que a função dela é dissociada da função de outras pessoas profissionais que cuidem daquele paciente. Essa interação nem sempre é muito construtiva. No Balint do Barão psiquiatras, médicos gerais, psicanalistas, psicólogos, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos trabalham equitativamente, trabalham numa igualdade de condições, paritariamente, aliás paritariamente não, porque não há tantos terapeutas ocupacionais, tantos fonoaudiólogos por exemplo, mas há uma participação muito intensa de cada um.

Luchina desenvolveu mais essas questões e descreveu, num hospital geral, por exemplo, a transferência institucional do paciente, a transferência institucional do médico, a contratransferência institucional do paciente, a contratransferência institucional do médico, estou falando médico porque Luchina também trabalhava com esses profissionais de saúde. A trajetória institucional do paciente, a trajetória institucional do médico, de modo que esses movimentos todos se estivessem antagônicos ou sinérgicos precisavam ser compreendidos por quem cuidava para ter uma escuta mais abrangente do paciente. Por exemplo, eu cito isso em um trabalho meu, se o paciente está com ódio do hospital porque não foram atendidas suas demandas e o residente está com ódio do hospital porque está sendo exigido demais, está sobrecarregado, está cansado, é mal pago etc., eles podem estar sinérgicos em um movimento que distancia o médico de compreender algo mais do paciente. E se for o contrário? Por exemplo se um médico acha o hospital uma maravilha e o paciente criticar o hospital, ele talvez não possa ouvir essa crítica porque não esteja analisando a transferência institucional adequadamente.

Juliano Luna – Então esse pode ser mais um elemento da resistência à presença da saúde mental nos hospitais gerais brasileiros?

Gilda Kelner – É um fator a mais de percepção e as pessoas têm seus fan-

tasmas, seus bias, Na hora em que um psiquiatra atua numa enfermaria de clinica médica e na sua atuação como interconsultor abrange outras pessoas, essas pessoas podem se sentir ameaçadas nos seus fantasmas. É a questão essencial do diálogo e a questão de, nesse mundo competitivo, as ideias persecutórias estarem mais emergentes. Temos que trabalhar também no sentido de que o profissional de saúde não pode estabelecer um julgamento moral, o que é uma questão delicada. Por exemplo, uma residente estava ouvindo uma moça de 16 anos que foi à consulta com o namorado, isso há 30 anos. A paciente queria fazer um aborto e a médica (que tinha ouvido falar que houve tentativa da sua própria mãe em abortá-la) ficou indignada, fez um discurso religioso e exaltou-se, uma conduta absolutamente inadmissível para um profissional de saúde. Quando isso é trazido para o Balint, a profissional pensava que ia ser retaguardada absolutamente na sua postura. Como não foi, ficou inquieta e deixou o Balint. Isso é um exemplo mínimo.

Juliano Luna – Você tem notícias de outros grupos Balints implantados no Brasil antes do grupo aqui presente no Barão de Lucena?

Gilda Kelner – Mesmo aqui em Recife houve um grupo Balint implantado no Hospital Pedro II por José Lins de Almeida que era também um clínico que depois se desviou para a psicanálise, fez formação psicanalítica na França e quando voltou instituiu um grupo Balint no Hospital Pedro II que durou, eu acho, dois ou três anos apenas. Nosso Balint está completando, no próximo ano, trinta anos no Hospital Barão de Lucena. Eu vou lhe dizer com franqueza eu não sei de grupos Balint em outros lugares no Brasil.

Juliano Luna – A pesquisa da literatura não mostra, há apenas uma menção na Universidade Federal da Bahia, de haver experiencias tipo Balint com os residentes de psiquiatria, mas não nos moldes que você descreveu. Que pensa sobre a presença dos portadores de transtornos mentais nos Hospitais Gerais?

Gilda Kelner – Em todo Hospital Geral existe psicose puerperal na obstetrícia, existem pacientes com as mais variadas patologias psiquiátricas que precisam de um internamento clínico ou ginecológico ou urológico e esses atendimentos eram sempre solicitados para psiquiatras fora do Hospital porque não havia nenhum psiquiatra do hospital. Fazíamos um pedido do parecer ao especialista. Não era uma coisa tranquila. Tivemos até um caso de uma paciente que saltou do hospital, saltou de um andar lá do hospital e morreu, no Barão de Lucena. As clínicas de uma maneira geral fazem de tudo para transferir o paciente para uma Unidade de Saúde Psiquiátrica, não têm muita habilitação para atender pacientes com esse tipo de problema. No entanto, quando os problemas propriamente clínicos eram prioritários em relação aos problemas psiquiátricos tinham que manter os pacientes nas suas enfermarias.

Juliano Luna – Você acha que a presença do serviço de saúde mental

nesses trinta anos modificou essa percepção? Houve influência nesse diálogo?

Gilda Kelner – Eu acho que houve influência direta das pessoas que participaram do Balint. Indireta para algumas pessoas mais sensíveis e uma influência mais direta houve com uma reunião clínica coordenada também por Suzana Boxwell na unidade de pediatria, que foi de grande crescimento nesse período. Fora disso Marcelo Bouwman e Suzana Boxwell coordenaram um grupo, como a gente chamava Balint Júnior, para estudantes de Medicina que suscitou nesses estudantes uma vontade de estender sua escuta mesmo enquanto especialistas em outras áreas.

Marcelo Bouwman – O Balint Júnior foi uma experiência muito rica com estudantes de medicina da UFPE, durante o período de 2000 a 2005, coordenado por mim e por Suzana Boxwell. Representava uma tentativa de introduzir, de uma forma bem mais precoce, essa questão da escuta abrangente do paciente, sensibilizando o médico em formação.

Gilda Kelner – Agora tem que se destacar que até hoje existe um grupo Balint no Hospital Oswaldo Cruz coordenado por Dival Cantarelli, cuja criação foi posterior à do HBL,

Juliano Luna – E a gente entra na questão da sua vivência na Universidade Federal onde sistematicamente começou a interconsulta no Recife, mas que também contou com a presença de um grupo Balint no Hospital das Clínicas.

Gilda Kelner – Em 1989 começou um grupo Balint no HC que funcionava numa sala anexa à enfermaria de clínica médica, no sexto andar do Hospital das Clínicas. Participavam pessoas da clínica médica, médicos da clínica médica e residentes de clínica médica, um ou outro residente de psiquiatria, esparsamente, participou do grupo Balint também.

Havia uma diferença metodológica porque no grupo Balint do HC nós mantivemos o esquema preconizado por Balint, era um grupo Balint para médicos, enquanto que no Hospital Barão de Lucena era um grupo Balint para profissionais de saúde: médicos e não médicos. Naturalmente a experiência é um pouco diferente. A escuta do médico é menos abrangente do que um profissional de saúde da área de psicologia, por exemplo, mas o médico teria mais facilidade em perceber que um determinado sintoma, por exemplo, paciente que se queixa do coração acelerado, que pode estar taquicárdico porque é hipertireoideu, enquanto que um psicólogo vai ficar muito ansioso com a queixa de taquicardia acentuada. Essas diferenças de formação, obviamente aparecem de vez em quando.

Eu percebo diferenças, acho que antes o isolamento das clínicas era maior do que hoje. A interlocução das clínicas no Hospital Barão de Lucena, depois, por exemplo,

da interconsulta psicanalítica e da interconsulta psiquiátrica é maior.

Juliano Luna – O que se tem percebido é que a formação médica, e especialmente a psiquiátrica, está se distanciando da relação médico x paciente. Como você pensa que o Balint pode se inserir nisso?

Gilda Kelner – Alguns residentes de psiquiatria que participaram no passado do grupo Balint do HC tinham dificuldade em articular o que eles aprendiam na psiquiatria clássica em termos de saber escutar uma história clínica, saber elaborar um diagnóstico, saber fazer uma proposta terapêutica, com as apresentações de casos nos grupos Balint. Eles ficavam confusos com, por exemplo, a atenção flutuante que a gente valorizava muito em um grupo Balint. Às vezes eles tinham uma certa dificuldade, é como se fossem rotas divergentes, o que não acontece hoje por exemplo porque nós estamos na vigência do terceiro ano de coordenação do grupo Balint no Hospital do IMIP e lá eles tem supervisores de psicanálise, independente dos supervisores de psiquiatria, de modo que não tem dificuldade nessa integração, de maneira nenhuma e valorizam muitíssimo esse espaço do grupo Balint, único espaço aonde eles podem expor as suas próprias questões no exercício do seu treinamento.

Marcelo Bouwman – Eu acho que na experiência dos residentes de psiquiatria no Grupo Balint é oferecido um espaço onde eles podem trabalhar de uma forma bem privilegiada a questão da contratransferência. Sendo um espaço diferente do espaço da supervisão e dos seminários teóricos, o Grupo Balint permite que os elementos contratransferenciais sejam reconhecidos e trabalhados em prol da terapêutica com o paciente. O foco é o relato do residente, a sua vivência junto ao paciente, quando os seus sentimentos, os seus medos, a sua angústia são trazidos para o grupo, permitindo uma certa elaboração. Esse trabalho da contratransferência faz com que eles percam mais a ansiedade e o medo de se aproximarem afetivamente do paciente. Eu penso que essa é uma experiência inaugural em relação à formação do psiquiatra, integrando uma prática mais intervencionista e dirigida da psiquiatria com uma abordagem mais receptiva e de associação livre da psicanálise. Essa integração desses dois instrumentais tem contribuído muito para uma concepção mais humanista da prática psiquiátrica, onde há um verdadeiro resgate, e valorização, das dimensões dos afetos e da linguagem do paciente.

Juliano Luna – A maioria dos serviços de formação não dispõe desse tipo de abordagem ou não privilegia esse tipo de enfoque. A tônica é psicofarmacológica e neurocientífica. Que pensam sobre isso?

Gilda Kelner – Eu pessoalmente não tenho nenhuma querela nem com a psiquiatria, nem com as neurociências, absolutamente, pelo contrário eu tenho profundo respeito por ambas as ciências. Agora o mundo atual está muito mais pragmático, muito mais materialista, de modo que o que não é palpável, não se dá muito crédito e cada

dia surge uma nova droga, cada dia surge um novo diagnóstico, hoje o DSM tem muito mais diagnósticos que o primeiro e cada vez mais. Na psiquiatria é essencialíssimo um diagnóstico precoce, na psicanálise não é essencialíssimo um diagnóstico precoce. O diagnóstico é presumido e vai se consolidando na medida em que o tratamento vai se processando. Então eu acho que, no mundo atual, está havendo pouco espaço para a psicanálise.

Juliano Luna – Tem havido uma mudança de foco crescente no currículo das residências médicas, com uma carga horária cada vez menor para a psicoterapia e o espaço da escuta. Qual a opinião de vocês a respeito disso?

Gilda Kelner – Eu acho uma lástima porque cada um de nós “somos nós e as circunstâncias”, como sugeriu Ortega e Gasset, então nós e as circunstâncias, essa inter-relação vai determinar como é que nós nos inserimos em cada um dos contextos, inclusive no contexto da doença e no contexto da relação com o nosso médico, se o nosso médico nos impede de nos expressarmos com ele o que será dessa prática médica?

Marcelo Bouwman – Eu acho que a psicanálise tem muito a contribuir numa medicina baseada na narrativa que complementa a medicina baseada em evidências. Essa complementação é necessária inclusive para que haja uma formação mais sólida do médico, levando em consideração a dimensão transferencial e afetiva do paciente, a questão da formação do vínculo terapêutico, a vivência da resistência e a questão da adesão ao tratamento proposto. Tudo isso permite uma leitura muito mais aprofundada do que está acontecendo na relação médico-paciente. A psicanálise é a clínica da singularidade, e isso toca no que Gilda Kelner colocou à respeito das circunstâncias, dos elementos contextuais que fazem cada caso ser diferente do outro, levando a uma singularização do paciente. Essa visão mais abrangente é muito mais rica e contribui para uma atitude mais consistente por parte do médico. A formação médica está muito tecnicista e é preciso resgatar com força a questão do humanismo no curso universitário. Eu acho que esse resgate passa também por disciplinas que valorizem mais as narrativas. Tem algumas experiências descritas da presença da filosofia e da literatura no curso médico. A idéia é que se valorize mais a narrativa do paciente, a sua história de vida, dentro de seu contexto social e cultural. Esse complemento à medicina baseada em evidências, o foco na subjetividade do paciente, leva a uma maior vitalidade da prática. Trata-se de um resgate da tradição hipocrática da medicina, uma atualização que leva em conta os avanços da psicossomática e da psicanálise.

Gilda Kelner – Eu tive uma relação muito próxima com a psiquiatria em Pernambuco porque como eu sou filha de médicos e professores universitários, desde menina eu tenho contato com o pessoal da psiquiatria: José Lucena que foi professor titular, Galdino Loreto, Arnaldo Di Lascio que era amicíssimo do meu pai e até escreveu,

outro dia eu estava lendo um texto dele da importância da escuta, Paulo Sette, Zaldo Rocha que foi o pioneiro da psiquiatria infantil em Pernambuco, Othon Bastos que é mais jovem dos que eu citei anteriormente, mas que se tornou professor titular, agora, atualmente, João Alberto Carvalho, Lúcia Figueroa, Zé Francisco. E aí eu vivi com grandes psiquiatras de Pernambuco, inclusive José Otávio de Freitas que saiu daqui muito jovem, foi para o Rio e era uma das pessoas mais inteligentes da psiquiatria brasileira.

Juliano Luna – Gilda, como foi sua vivência da transição do Hospital Pedro II para HC?

Gilda Kelner – Foi em 1982. A clínica psiquiátrica do Hospital Pedro II era em um pavilhão atrás do hospital, separado. Você entrava, tinha uma espécie de sala de espera, depois tinha a sala de Dr. Lucena, dos professores e em seguida tinha a enfermaria dos pacientes, tinha a enfermaria masculina e a enfermaria feminina e tinha um maior número de leitos dos que os que foram disponibilizados depois no sétimo andar do Hospital das Clínicas. Houve muitas dificuldades, aliás a conturbação da transferência foi muito grande em muitos setores, não foi apenas na psiquiatria, então você passava a atuar em um andar, dependia de elevador, dependia de os pacientes ficarem com menos mobilidade porque tinha um espaço menor, então não foi fácil a transferência, não foi fácil.

Juliano Luna – Quais perspectivas podemos vislumbrar para o diálogo entra a saúde mental e o restante da medicina em Pernambuco?

Gilda Kelner – Minha posição é bem definida no que diz respeito a isso. Quem trabalha em saúde mental tem obrigatoriamente o lugar maior de compreender do que ser compreendido, então cabe ao profissional da saúde mental sensibilizar um colega de outra área a interagir com ele, mas já houve épocas, em tempos passados, em que o profissional da psiquiatria se aborrecia porque era chamado para dizer a um paciente que ele estava com câncer. Evidentemente que isso é função do médico que cuida do paciente com câncer, mas o profissional da saúde mental pode falar com esse médico e pode tentar ajudá-lo a assumir esse lugar de poder conversar com o seu paciente que é portador de câncer.r.

Marcelo Bouwman – Eu concordo com Gilda. É a questão da responsabilidade do interconsultor, seja ele psiquiatra ou psicanalista. Sua função é a de estabelecer pontes, gosto dessa metáfora da ponte, estabelecer contatos e ligações. Promover sensibilização da equipe cuidadora. Nessa sensibilização conta muito a história da inserção profissional do interconsultor, a sua trajetória institucional. No caso do Barão de Lucena, a formação clínica em Endocrinologia de Gilda permitiu um diálogo muito mais profundo com a Clínica Médica, a Cardiologia e outras especialidades. Acho que ela conseguiu fazer essa articulação de uma forma bem natural e espontânea, ajudando

muito na implantação do serviço no Barão de Lucena, conquistando o respeito, a consideração e o reconhecimento.

Gilda Kelner –É porque muitos dos preceptores de clínica médica hoje foram meus alunos, foram meus residentes, então eu não era uma outsider nas clínicas médicas, nem no Barão, nem no HC e a interação não só era mais fácil, com era mais profunda porque tinha um passado muito forte.

Marcelo Bouwman – Essa questão da interconsulta, a interdisciplinaridade, remete ao mito fundador do serviço no hospital Barão de Lucena partindo da psicanálise, um serviço de psicanálise no hospital geral. De 87 até 95 existiam interconsultas médico-psicológicas e a partir de 95, com a chegada de Suzana Boxwell, também interconsultas psiquiátricas. Então existiu toda uma experiência de interconsulta com a psicanálise como referência e depois se acrescentou, somando, a experiência da psiquiatria. É diferente de outros serviços de saúde mental que se originaram no seio da psiquiatria. Esse traço singular do Barão de Lucena o coloca numa posição privilegiada no que diz respeito às questões dinâmicas da relação médico-paciente. Todo ideário da psicossomática está muito presente neste serviço.

Gilda Kelner– É importante citar que um paciente esquizofrênico é atendido em análise no Barão há vinte anos e teve melhoras extraordinárias, graças à medicação e assistência psiquiátricas e ao tratamento psicanalítico. Aqui no Brasil é muito difícil de você ouvir experiências de vinte anos de análise em um paciente esquizofrênico. É muito comum com o serviço de Harold Searles nos Estados Unidos e com outros serviços, mas aqui no Brasil não é tão comum.

Marcelo Bouwman – Esse paciente é acompanhado por mim em psicoterapia há mais de vinte anos, nunca precisou de internamento, pois desde o início foi medicado pela psiquiatria, a mesma equipe trabalhando de forma convergente, com muito diálogo e interlocuções em reuniões do Grupo Balint. Ele atravessou crises paranóicas sem necessidade de internação, com tratamento ambulatorial exclusivamente. Hoje é o grande articulador de sua família, que tem muitos doentes mentais. É ele quem leva a mãe para o hospital, quem cuida das questões financeiras da família, quem vai ao Ministério Público quando precisa de alguma coisa. Tem uma atuação muito importante no seio familiar.

APÊNDICE B – Entrevista com o Professor João Alberto Carvalho

Juliano Luna - A UFPE foi uma das primeiras instituições a desenvolver a prática de interconsulta psiquiátrica ainda no Hospital Pedro II. No início dos anos 80 o hospital escola transferiu-se para o Hospital das Clínicas. Como a psiquiatria se inseriu nessa transição?

João Alberto - Quando eu me formei, em 1978, a minha turma foi denominada turma Hospital Pedro II, por ter sido a última turma de graduação naquele hospital. Eu acho que o Pedro II tinha uma formulação que correspondia a história da prática médica e à visão da relação da psiquiatria com as outras clínicas naquela época. Observando a arquitetura do hospital, quero destacar o Pátio Interno e todas as atividades médicas do hospital circulando em torno de um espaço horizontal. As construções também são parte da memória do homem e da forma como se organizam as relações ali. Elas trazem em si conceitos. A constituição do sujeito se faz individualmente e no contato com a cultura. Existem culturas amplas, como um país, uma etnia e existem microcosmos, pequenos ethos como a medicina e suas práticas, inclusive no hospital, que tem uma linguagem própria, um protocolo de atitudes, uma hierarquia própria, com sua linguagem. Maurice Halbwachs diz que as religiões, as atitudes, as organizações tem dimensões temporais, são históricas e nesse sentido, são voltadas para o passado, representam algo do passado. Mas também se projetam para o futuro. As paredes da cidade, a nossa casa, as ruas, as paisagens têm uma conexão individual e uma projeção coletiva. Tudo isso para dar sentido à importância da localização neste contexto arquitetônico. Ela estava ali, no hospital, porém nos contornos do terreno.

Juliano Luna – Apesar de haver uma unidade psiquiátrica no hospital geral, no prédio do Pedro II não cabia a psiquiatria? Onde é que ficava a psiquiatria no Pedro II?

João Alberto – A psiquiatria estava presente, porém fora do prédio principal, no quintal. Havia também a pneumologia, do professor Bianor da Hora, bem como o isolamento das doenças infecto parasitárias. A estrutura da Unidade Psiquiátrica era um privilégio, porque havia suas próprias salas de aula, e de ambulatório, um excelente espaço para a terapia ocupacional, com terraço, enfermarias mais isoladas, o silêncio era maior. Havia espaço para uma pequena horta. Os professores ficavam todos juntos, em dois prédios. A gente tinha um arquivo próprio, era um serviço independente, que parecia autônomo e funcionava muito bem, na minha opinião, para as possibilidades da época.

Eu aprendi psiquiatria talvez no melhor lugar possível, com tudo que era necessário: ambulatório, enfermaria, terapêutica biológica, com professores psicanalistas, não psicanalistas, especializadíssimos em psicofarmacologia. Muito sofisticada aquela psiquiatria do Pedro II. Toda essa liberdade é sedutora, mas é excludente, todo esse arranjo arquitetônico nos dava uma área física privilegiada e confortável, uma autonomia que poderia até ser invejada, mas era nos fundos do quintal. Era uma estrutura reveladora de um conceito acerca da relação entre nossa especialidade e a medicina como um todo.

A convivência entre os psiquiatras e outras especialidades médicas se dava sobretudo quando éramos solicitados por meio do chamado pedido de consulta. Pacientes da psiquiatria foram conduzidos para cirurgia, e os clínicos vinham tratá-los, habitualmente, na própria unidade psiquiátrica. Era o embrião do contato clínica psiquiátrica – clínica médica ou outras clínicas,. Indiretamente aponta também para as questões do cuidado em relação ao doente mental, o cuidado geral. O doente mental morre mais de doenças físicas do que quaisquer outros pacientes. Era um intercâmbio entre as clínicas e nesse sentido a psiquiatria estava inserida no contexto da medicina. Ela é uma especialidade médica, mas o cotidiano, o dia a dia se dava por meio de uma solicitação . Minha formação, da graduação à residência médica, foi toda no Hospital Pedro II. Muitas vezes eu fui solicitado por colegas, também residentes, para conversar sobre alguma alteração do comportamento apresentadas por seus doentes, independentemente do pedido formal de consulta. Isso ilustra a importância da psiquiatria no Hospital Geral para a formação do jovem médico. A UPHG favorece a introjeção de conceitos acerca da prática psiquiátrica, para além da produção formal de conhecimento. Toca a identidade psiquiátrica, mas também uma forma de fazer Medicina. Quero dizer que nossa presença é uma via de mão dupla na formação humanística do médico, afinal nossa área sempre foi aquela que introduz e mantém a subjetividade na medicina como um todo. Penso que faz parte do enfrentamento do estigma contra o doente mental e paulatinamente quebra um tabu. Costumo dizer que não devemos temer os tabus. Sempre haverá um grupo de jovens dispostos a quebra-los.

Juliano Luna – Já no HC, no seu período de docência, surgiram dois projetos dos quais você fez parte: um deles da interconsulta ambulatorial, pioneiro. E outro de acolhimento aos estudantes. Como se deu essa construção?

João Alberto – Eu acho que você pensou dois elementos muito bons. Hoje em dia há disciplinas que fazem esse papel de introduzir o estudante na dinâmica da medicina, no que é a medicina, apresentar a medicina e, portanto, dar suporte às inquietações e às angústias do momento absolutamente crítico que é a entrada na Universidade. No meu tempo era um curso muito elitizado, era um curso para a classe

média média e a classe média alta, muitas figuras da classe mais abastada estudava medicina. Hoje eu tenho alunos mais humildes, felizmente. Eu costumo dizer que a entrada na universidade é um choque de alteridade .

Naquela época havia algumas pessoas, alguns professores mais velhos, mas que funcionavam como os jovens nas suas mentalidades políticas, numa ideologia mais igualitária, menos estigmatizadora, mais democrática, figuras do calibre de, de Othon(Bastos), de Galdino(Loreto). Foram pessoas assim que Inspiraram os grupos de acolhimento e, felizmente, eu estava do lado delas. Os primeiros componentes desses grupos foram: Zé Lins de Almeida, o idealizador, Edilnete Siqueira, Tácito Medeiros, Eldione Barros, Antônio Carlos (ginecologista), pessoas absolutamente interessadas. Enfim, um grupo que não era só de psiquiatras, não era um projeto psiquiátrico, era um projeto oriundo da psiquiatria, que vem num caldeirão de uma época, de pessoas que se opuseram à ditadura, dogmas, rigidez, e que queriam receber os jovens dentro daquilo que julgavam mais certo. Era um grupo heterogêneo, mas homogêneo em seu conceito, que era o avanço da subjetividade na medicina, diferentemente da entrada da psiquiatria na medicina. Existe o lado psiquiatria/medicina que nós batalhamos no nosso cotidiano de psiquiatras, mas existe também a subjetividade no mundo concreto da medicina e suas práticas , que nós poderíamos chamar hoje de uma concepção psicossomática, não importa a área. Essa era uma coisa magnífica dos grupos de acolhimento.

O grupo era feito para durar um semestre, no máximo dois porque tinha gente chegando o tempo todo. Compreendo um pouco esse grupo como parte de uma atividade de psicologia médica (não precisa ser psiquiátrica), que acompanhou o desenvolvimento da medicina como uma ciência também humana, que permite pensar a individualidade do doente na identidade comum que é o diagnóstico. Posteriormente, incluíram-se essas questões numa disciplina no curso médico, um conjunto de conhecimentos veiculado por um professor, que não é psicanálise nem é psicologia, é pura medicina, debatendo com outras ciências, não as absorvendo simplesmente. Nós falamos do lugar da medicina. Acho que isso só é possível se reconhecermos dimensão humana da medicina, o que permite à subjetividade ser considerada.

Lamentavelmente esses grupos não perduraram. Isso se deu por uma série de vicissitudes, fatores de ordem da carreira dos docentes e da burocracia universitária, além da redução do corpo docente da psicologia médica.

Juliano Luna – Há uma questão que você apontou que é o espaço para a subjetividade dentro da medicina e ainda há uma veia tecnicista muito robusta nesta prática. Como disse Olgária Matos, o cientista engolindo o artista. Que pensa sobre o papel da psiquiatria nessa relação?

João Alberto – Eu acho que a psiquiatria tem peculiaridades desde sempre.

São peculiaridades importantíssimas porque a psiquiatria é um ramo médico de alta estatura, mas tem uma história muito fragmentada, que vai desde o animismo, passando pela magia, por terapêuticas completamente sem fundamento na ciência precisa, objetiva. Na psiquiatria as terapêuticas não seguem uma linha de evolução científica como se observa mais facilmente em outras áreas. Se você quiser olhar historicamente, os fármacos vinham de uma tentativa hercúlea de tratar pessoas com base em diversos elementos. Ai de repente vieram os neurolépticos e os antidepressivos. Foi uma revolução absoluta na prática psiquiátrica e uma revolução altamente benéfica. Ninguém procura a psiquiatria por conveniências e a medicina psiquiátrica em Pernambuco, em nenhum desses momentos foi ruim, ela sempre procurou uma inovação. Ulysses é um exemplo claro disso, ele sempre procurou agregar e agregar-se à própria medicina, antropologia, psicologia, filosofia. Nenhuma especialidade médica foi tão atacada, vilipendiada e, ao mesmo tempo, mote para tantas disciplinas no mundo. A psiquiatria foi utilizada no Direito, nos estudos de gênero, nos estudos de sociologia, de antropologia, foi espezinhada. A eletroconvulsoterapia, por exemplo, é claro exemplo disso. É, era, sempre foi e sempre será um método terapêutico, mas já foi olhada como tortura. Até pode ter sido usada dessa forma, mas a eletroconvulsoterapia aplicada na psiquiatria, no plano médico, continua sendo e foi terapêutica mesmo naquela época, por ser eficaz. Só que o uso utilitário da história da psiquiatria permitiu que aventureiros lançassem mão da nossa honesta história, como sendo símbolo de qualquer coisa que se quisesse. Há movimentos que fazem uma demonização da psiquiatria, com finalidade política, estritamente política, não médica. Isso vale para os dois lados. A psiquiatria também teve momentos de autofagia, de uma polemização, de uma polarização, como se houvesse duas, três, quatro psiquiatrias, quando não, basta que cada um fale do lugar que ocupa, pronuncie o que sabe em torno de um objetivo comum, numa atitude plural. A disputa psicodinâmica x a psicofarmacologia não é produtiva. Tudo pode ser muito útil, desde que se saibam dos limites e possibilidades.

Juliano Luna – E como surgiu a proposta de fazer a interconsulta ambulatorial?

João Alberto: A prática no Pedro II revela o avanço da saída de uma psiquiatria universitária no hospício para uma psiquiatria universitária no espaço geográfico das outras clínicas, mesmo que fosse no quintal. Isso coloca a psiquiatria no lugar que ela é: especialidade médica. Por isso é importante. Ao mesmo tempo a arquitetura tem uma utilidade como referência histórica, como efeito que isso faz nas instituições, nas pessoas. Eu me lembrei do professor Evaldo Coutinho, pois ele falava que no espaço, na arquitetura se oferece a possibilidade de se unir o espaço arquitetônico com o comportamento das pessoas que ocupam aquele espaço. Segundo ele: “os homens se amoldam ao espaço arquitetônico assim como os líquidos assumem a forma do vaso que os contem.” Portanto, a psiquiatria naquele fundo de quintal, provavelmente também ajudou a moldar a atitude da formação de muitos psiquiatras, com um pé nas

diversas especialidade. A história da psiquiatria é feita desses paradoxos e dessas ambivalências, ambiguidades. Mas os psiquiatras sempre estiveram disponíveis, não auto estigmatizaram-se e também não diria que foram estigmatizados. Como cita Bachelrad: “Vemos logo que as imagens da casa seguem em dois sentidos: estão em nós assim como nós estamos nelas”. Para a época, aquele clínica psiquiátrica no quintal foi uma clínica exemplar, exemplar em todos os sentidos e feita por professores de primeiríssima linha, eu estou dizendo isso a vontade porque não fui professor daquele espaço, só fui no HC.

O espaço do HC como é hoje representa uma vantagem. Mas foi feito algo em torno disso para ser uma vantagem. foi o trabalho dos desbravadores Galdino Loreto, Othon Bastos, Zé Lins de Almeida, Tácito Medeiros, todos abriram mão de uma certa regalia de conforto para ir para um lugar onde a gente não tem onde deixar um guarda-chuva ou uma mochila, enquanto dá aula ou atenda um paciente. mas sabia-se da importância dessa integração.

Em toda crise você não ganha se não perder, então tinha-se que perder alguma coisa apostando num ganho que efetivamente houve. A entrada da psiquiatria num andar ao lado de outras clínicas, eu vejo como um avanço feito pelos homens que constituíam a psiquiatria naquele momento, mas não dava garantia nenhuma. Bastava ter se mantido uma grade que continuava-se pensando do mesmo modo, a entrada tinha que ter uma leitura simbólica, cuja presença física naquele andar não dava conta. Havia algo mais que ocupar o pedaço de um andar. Eu entendo a psiquiatria como invariavelmente um exercício feito junto às outras especialidades médicas, regida por princípios médicos naturalmente. Mesmo que faça uso de outros saberes, a psiquiatria tem uma vocação multidisciplinar no contato. Ela tem que existir como ela é, como medicina, mesmo que se abra para o contato com outros conhecimentos pelas características dela, pela subjetividade dos seus sintomas. A posição da psiquiatria como parte integrante da medicina clínica existe desde o seu início. Eu acho que você demonstra isso no seu texto, mesmo que tenhamos passado por momentos históricos tenebrosos, de péssimos usos da psiquiatria, ma vocação sempre existe. A psiquiatra poderia e deveria ser vista como uma das grandes áreas médicas.

A própria noção de interconsulta como parecer apenas anuncia a importância de um serviço de interconsulta também no ambulatório. Há um trabalho seminal de que você me falou, que é o trabalho do mestre Zé Lucena, ao lado de figuras contemporâneas nossas de altíssimo peso, Murilo Costa Lima e Zé Francisco Albuquerque.(15). O professor Lucena já apontava para um ambulatório de interconsulta, faltava somente alguém pegar o que já existia e levar adiante . Digo isso para poder colocar que o ambulatório de interconsulta está na história e. como toda coisa cultural. leva muitos anos até ser feita. Todo mundo participou e eu tive o privilégio de estar nesse primeiro

grupo, mas é preciso lembrar uma professora dinâmica, brava e muito diligente que é a nossa Mabel Cavalcanti, que introduziu formalmente nas atividades do hospital o ambulatório de interconsulta, juntamente com os professores José Lins, José Francisco e eu. Também atuávamos na formação dos residentes. Na época que saí para o Doutorado, ao mesmo tempo que Mabel, José Lins e José Francisco ficaram encarregados da Interconsulta no HC.

A interconsulta ambulatorial no hospital geral além de cumprir essa integração no meu entender faz uma sofisticadíssima prevenção do ponto de vista da saúde do indivíduo, do conforto da família, do que representa doença mental. Quando Mabel formalizou, conseguimos desenvolver o ambulatório de interconsulta e integra-lo ao PRM de Psiquiatria da UFPE, e este rodizio funciona até hoje, atualmente sob minha coordenação.

Acho que nada se sustenta se não servir como elemento formador. Conhecimento que morre naquele que está exercendo no momento não é conhecimento, é arrogância. Esse ambulatório foi e é como devem ser as coisas em uma Universidade, voltado para a prática assistencial e também para a formação de pessoas. Ele me parece uma síntese de um bom pedaço da história da psiquiatria, sua tentativa de integração. Não foram as intervenções psicanalíticas, antropológicas ou filosóficas, muito menos bravatas políticas ou palavras de ordens de interesses grupais que tiraram os pacientes de dentro das enfermarias e colocaram dentro do ambulatório, foi o neuroléptico na década de 50 e outras substâncias antidepressivas, além do trabalho da psiquiatria clínica.

A partir daí psiquiatria vai ganhando sofisticação. Ela é a medicina das interfaces, onde ninguém é totalmente protagonista. Já houve um tempo em que psiquiatria se confundia com psicanálise, eu acho uma loucura isso, psicanálise não é medicina. Psiquiatria é psiquiatria, psicanálise é psicanálise, podem andar juntas, mas houve um tempo que esquizofrenia era culpa da mãe por exemplo, umas coisas assim estapafúrdias. A revolução de Freud é mostrar que todo e qualquer mecanismo mental é igual e o mesmo para qualquer ser humano. Esta é a revolução, este é o escândalo, é mostrar que os mecanismos defensivos são usados por todos nós indistintamente e o funcionamento psíquico é igual para todo mundo. Freud scandalizou porque borrou a fronteira entre normal e patológico e colocou doença mental como coisa de gente, portanto da medicina. A alteração desse funcionamento pode acontecer com qualquer um de nós.

A psicanálise entrou no Brasil por meio da medicina e da psiquiatria. Aqui no Brasil, antes de qualquer instituição analítica, grandes psiquiatras da época se interessaram por textos de Freud e alguns fizeram suas teses de doutorado, entre 1920 e 1930, com base nas teorias psicanalíticas. Henrique Roxo, que é uma referência, publicou

um artigo em 1933 na coletânea psicanálise e outros estudos. Porto Carreiro, em 1934, publicou os ensaios de psicanálise no Rio de Janeiro.

Acho importante destacar também a questão do currículo da residência médica. Eu digo isso por conta do R3 , foi uma batalha nossa tornar obrigatório o R3 em qualquer residência médica desse país. Eu estava nessa guerra. Esses residentes que estão fazendo ambulatório de interconsulta psiquiátrica eles serão, no futuro professores, preceptores, chefes de plantão, coordenadores de ambulatório. A transmissão de conhecimento é fundamental e eles tem oportunidade de um entendimento no campo da interconsulta e da concepção psicossomática. Na graduação eu procuro transmitir esse tipo de posicionamento sem precisar cita palavra interconsulta nenhuma vez, mas aquele ginecologista, aquele dermatologista, aquela cirurgiã ou seja que vão sair dali com a ideia de interconsulta assimilada

APÊNDICE C – Entrevista com a Professora Mabel Cavalcanti

Juliano Luna: Como foi sua vivência com a interconsulta Psiquiátrica na UFPE?

Mabel Cavalcanti: Meu fascínio pela Interconsulta vem desde a época de graduação. Sou apaixonada pela Clínica Médica, muitas vezes me pego estudando assuntos de Clínica, ainda hoje. Eu estudava na UFPE e o campo de prática era a Clínica Psiquiátrica do Hospital Pedro II. Era um lugar muito privilegiado, interessante. Aprendi muito pro lá, tínhamos uma enfermeira psiquiátrica de verdade, Aldaíza, que sabia muita psiquiatria. Ela percebia a diferença, por exemplo, de quando o paciente estava tomando o Amplictil, da Rodhia, um comprimido azul, para o comprimido fabricado pelo CEMI, sob o comando do governo dos militares. Quando comecei minha residência, em 1977 estávamos próximos ao fim do governo Geisel, e a transição para o novo HC deu-se no governo Figueiredo.

A Clínica Psiquiátrica era um espaço privilegiado, riquíssimo. Tínhamos salas de aula e auditórios, um alpendre para os pacientes praticarem terapia ocupacional, uma horta, muito espaço. Ficávamos num prédio anexo, atrás do hospital. Recentemente fui ao IMIP, de que o Pedro II faz parte, mas não consegui encontrar nossa clínica, não sei se o prédio ainda existe. Acho que não. O prof Galdino Loreto costumava dizer que no Pedro II os loucos ficavam ao lado dos tísicos e dos cachorros de Salomão. Esses cachorros estavam se recuperando das cirurgias experimentais e latiam muito, mas não havia maus tratos, eram experimentos muito bem conduzidos.

Então, durante a minha residência, cresceu meu interesse pela interconsulta. O Pedro II foi um dos primeiros hospitais a ter unidade psiquiátrica no Hospital Geral, mas a interconsulta foi se desenvolvendo aos poucos. Meus colegas residentes e os preceptores já sabiam que eu gostava de interconsulta e eu tinha menos pacientes na enfermaria de psiquiatria, já para poder ter mais tempo para responder aos pedidos de consulta. Era sempre assim, eu ficava com a maior parte das interconsultas. Em 1979 terminei a residência e fui convidada, junto com o professor José Francisco para ser professora colaboradora, ministrando as aulas práticas para a turma de psicologia. Meu trabalho de conclusão da residência foi sobre interconsulta. Analisamos as reações emocionais dos médicos residentes de outras especialidades, foi um trabalho muito interessante.

Em março de 1980, assumi efetivamente como professora do departamento de

Neuropsiquiatria. Assumi o cargo no período da transição entre o Pedro II e o HC. Foi uma transição muito difícil, principalmente pelo fato de a psiquiatria ter perdido muitos leitos. Chegamos a ter 30 leitos no Pedro II e fomos para o HC com apenas 12 leitos. Além disso, houve grande resistência por parte da clínica médica à nossa presença no sétimo andar. Foi o professor Galdino Loreto que com muita habilidade e diplomacia conseguiu costurar essa transição junto com a clínica médica. A transição ocorreu de uma forma muito atribulada. Houve inclusive uma greve dos docentes, que chegou a durar 06 meses.

No HC, na década de 80, continuamos fazendo as interconsultas nas enfermarias, além de fazermos a supervisão com os residentes de psiquiatria. Havia algumas dificuldades na preceptoria da residência, e quando coordenei a residência de Psiquiatria, por quatro anos, tive muito trabalho para adequar algumas supervisões. Uma das principais dificuldades foi na supervisão do ambulatório. O professor Tácito, que é um psicanalista muito tradicional e avesso à medicação recusava-se a discutir com os residentes os aspectos psiquiátricos dos casos. Mas era um ambulatório de Psiquiatria e não de psicanálise. Então havia muita resistência por parte dos residentes, que sentiam falta de uma abordagem psiquiátrica mais clássica. Ao longo do tempo fomos organizando essas coisas.

Meu doutorado foi sobre os aspectos emocionais dos pacientes que sofriam de doença arterial periférica, em vias de amputação de membros. Já havia alguns estudos sobre as reações à amputação, depois da cirurgia. Mas eu queria ver o antes. Inicialmente seria um mestrado, mas o meu orientador e eu percebemos que era um tema original em língua portuguesa. Submetemos a uma banca de 5 membros, que concordaram com a progressão para o doutorado. Fui orientada por Roosevelt Cassorla, um psicanalista do HC-UNICAMP. Lá, os pacientes, quando sofriam amputação, não conviviam com os pacientes do pré-operatório. Eram transferidos para outra enfermaria após a cirurgia. Fizemos uma pesquisa qualitativa para avaliar as reações emocionais e acessar o que sentiam esses pacientes, suas fantasias em torno da amputação. Foi a primeira pesquisa qualitativa a ser apresentada no HC-UNICAMP. Antes dela, eram só números e estatísticas. Um dos filhotes da tese foi um artigo publicado no Jornal Brasileiro de Psiquiatria. Enquanto eu estava em Campinas, entre 1988 e 1992, quem organizou a interconsulta nas enfermarias do HC foram os professores José Lins de Almeida e José Francisco Albuquerque. Eles tiveram um papel fundamental de sistematizar os atendimentos e a supervisão e quando voltei, o rodizio de interconsulta estava mais consolidado na residência médica.

Havia também as aulas da graduação, na disciplina de psicologia médica. Na década de 1980, comecei minha formação psicanalítica. Inicialmente fui do CPP(Circulo Psicanalítico de Pernambuco). Mantive minha filiação inclusive quando fui para o dou-

torado em Campinas, continuei pagando as mensalidades. Mas quando voltei, muita coisa havia mudado na formação do Círculo, e eu preferia uma formação mais tradicional. Por isso, resolvi me filiar à SPR (Sociedade Psicanalítica do Recife), instituição a que pertenço até hoje.

A psicanálise teve muita influência na minha prática de interconsulta. Muitas vezes os médicos de outras especialidades, além de não darem muita importância aos aspectos psíquicos dos pacientes, também não ouviam o que estes queriam dizer. Lembro de uma história que foi muito marcante, de um paciente que não conseguia dormir de jeito nenhum, e chamaram a psiquiatria para resolver o problema. Acontece que era um morador da zona rural, que nunca tinha dormido numa cama, só sabia dormir na rede. Descobri isso depois de muita conversa. Ele tinha medo de cair da cama se pegasse no sono, tinha medo de morrer. Claro que essa queda representava outras quedas na vida dele, a doença, o medo de adoecer e morrer. Mas havia também a questão objetiva de nunca ter dormido numa cama. E os cirurgiões, era um paciente da enfermaria de cirurgia, não estavam prestando atenção a essas questões. Havia muitas vezes em que a psiquiatria era chamada para comunicar ao paciente que ele precisava de uma amputação ou tinha uma doença incurável. Foi preciso que nos déssemos um enquadramento nessa questão, os médicos assistentes precisavam entender que não é função da psiquiatria dar notícias que o médico não consegue. Ao longo do tempo, percebo que isso foi melhorando, os colegas estão percebendo mais a importância de escutar o paciente de outra forma. Muitas vezes eu chegava na enfermaria de cirurgia e as pessoas já perguntavam quem ia cortar a perna naquele dia. Tem a ver com a imagem do psiquiatra mas tem a ver também com a dificuldade dos médicos, dos residentes principalmente, que estavam ali no dia a dia daquela angústia, de lidar com o sofrimento que existe em procedimentos como esse. Já cheguei várias vezes à enfermaria e percebi que quem estava precisando de um espaço de escuta era mais o residente do que o próprio paciente. E isso também faz parte da interconsulta. Por muito tempo atendi no consultório os pacientes com problemas clínicos, amputações, doenças cardíacas, câncer. São casos difíceis, que requerem outra escuta por parte do psiquiatra.

Juliano Luna: Houve na UFPE uma experiência pioneira no Brasil, o Ambulatório de Interconsulta Psiquiátrica, idealizado pela Sra. Como se deu essa construção?

Mabel Cavalcanti: Veja, se tem uma coisa que considero minha maior contribuição à interconsulta da UFPE foi a criação do ambulatório de Interconsulta. Essa construção se deu de uma forma muito simples, na verdade. Quando voltei do doutorado, no início dos anos 1990, senti a necessidade de expandir o conceito da interconsulta para além da enfermaria. Já tínhamos ambulatório de psiquiatria, mas

era um ambulatório de psiquiatria geral e muitas vezes o paciente que nunca tinha tido alterações do comportamento e apresentava um quadro psíquico na enfermaria era encaminhado ao ambulatório de psiquiatria e acabava se perdendo nesse ambulatório, perdia-se o seguimento porque não era um paciente psiquiátrico propriamente. Então, resolvi ligar para vários amigos de vários cantos do Brasil para discutir a ideia de fazer um ambulatório de interconsulta. Foi uma experiência inédita, não tentada em nenhum serviço do Brasil até então. Oficializamos o ambulatório junto à diretoria e incorporamos ao programa de residência médica. Era destinado a pacientes que não possuíam história psiquiátrica pregressa e abriam o quadro durante um internamento clínico ou cirúrgico. Damos prioridade também aos pacientes do Recife e região metropolitana. Os pacientes eram vistos pelos residentes na enfermaria e já tinham alta para o seguimento no ambulatório de interconsulta, caso preenchessem os critérios de inclusão. Eram então acompanhados por um período de 12 sessões, posteriormente 18 sessões, em que se avaliava a relação entre a doença orgânica e o adoecimento psíquico e os casos eram discutidos em supervisão. Observávamos muitas vezes a resolução dos conflitos subjacentes após o período de acompanhamento no ambulatório, quando não havia necessidade de encaminhar este paciente a um ambulatório de psiquiatria. Podemos dizer então que o ambulatório de interconsulta tinha também uma atuação preventiva. Segui na coordenação da interconsulta e do ambulatório de interconsulta até 2010, quando me aposentei. Desde então, quem está à frente do ambulatório é o Prof. João Alberto Carvalho, que já participava anteriormente comigo do ambulatório e das supervisões.

Juliano Luna: A presença da psiquiatria no Hospital Geral comprovadamente melhora a qualidade da assistência, diminui custos hospitalares e tempo de internamento. Contudo, apenas 1,11% dos hospitais brasileiros contam com psiquiatras atualmente. Como vê essa questão?

Mabel Cavalcanti: Vou apresentar minhas hipóteses, ok? Eu acho que primeiramente o psiquiatra não costuma gostar de clínica médica e cirurgia. A maioria das pessoas que busca a psiquiatria já o faz para evitar o contato com essas áreas. Então fica difícil existir um número muito grande de psiquiatras que se interessem pelo hospital geral. Outro fator é a resistência das outras especialidades à doença mental. Os portadores de transtornos mentais geralmente não são bem vindos no hospital geral. Exige um grande esforço realizar essa integração, esse diálogo e acho que conseguimos melhorar isso durante esses 30 anos na interconsulta da UFPE.

Anexos

Figura 1 – Capa da edição de junho de 1956 da revista Neurobiologia, onde foi publicado o primeiro artigo sobre interconsulta psiquiátrica no Brasil

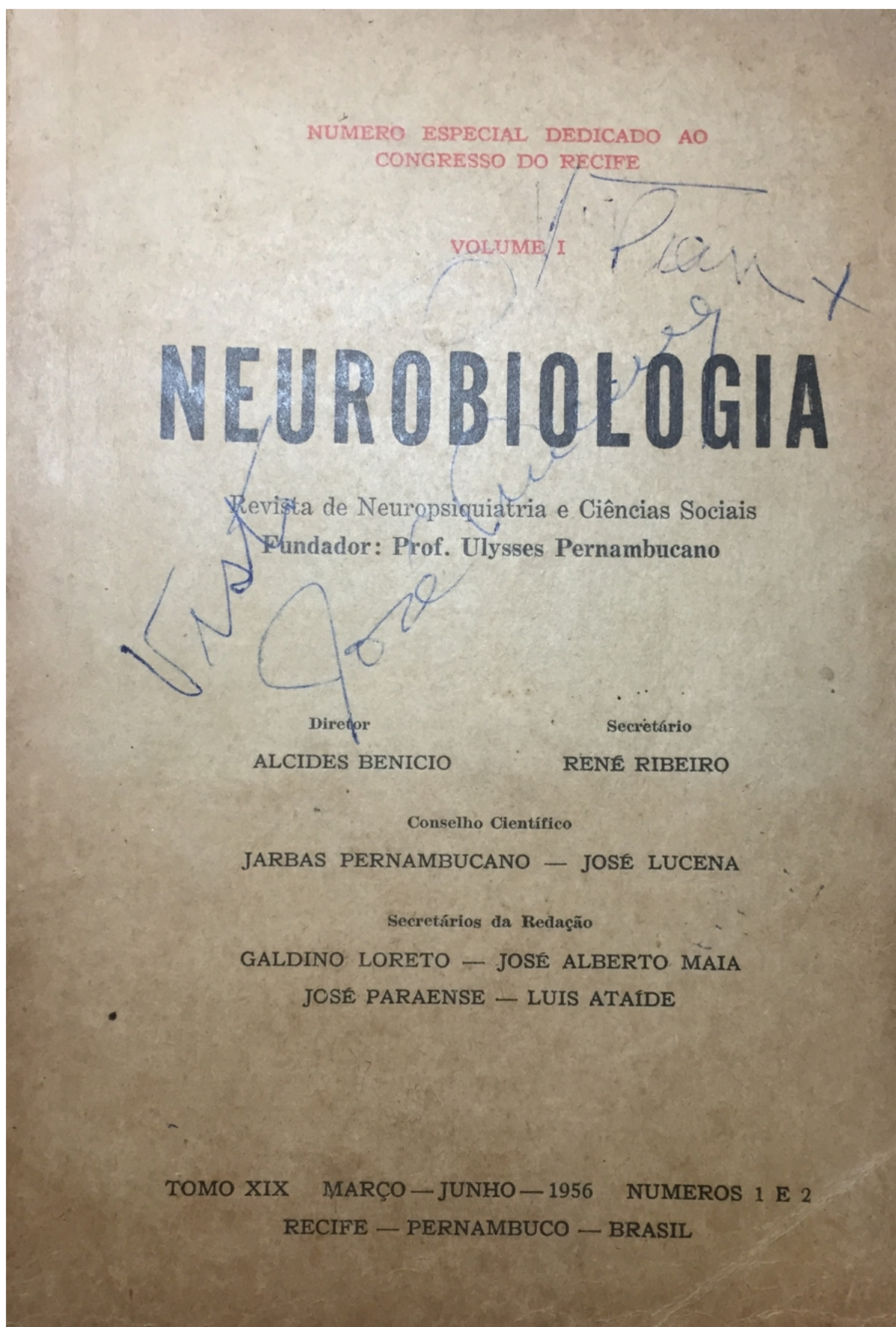


Figura 2 – Folha de Rosto do primeiro artigo sobre interconsulta psiquiátrica publicado no Brasil, em 1956

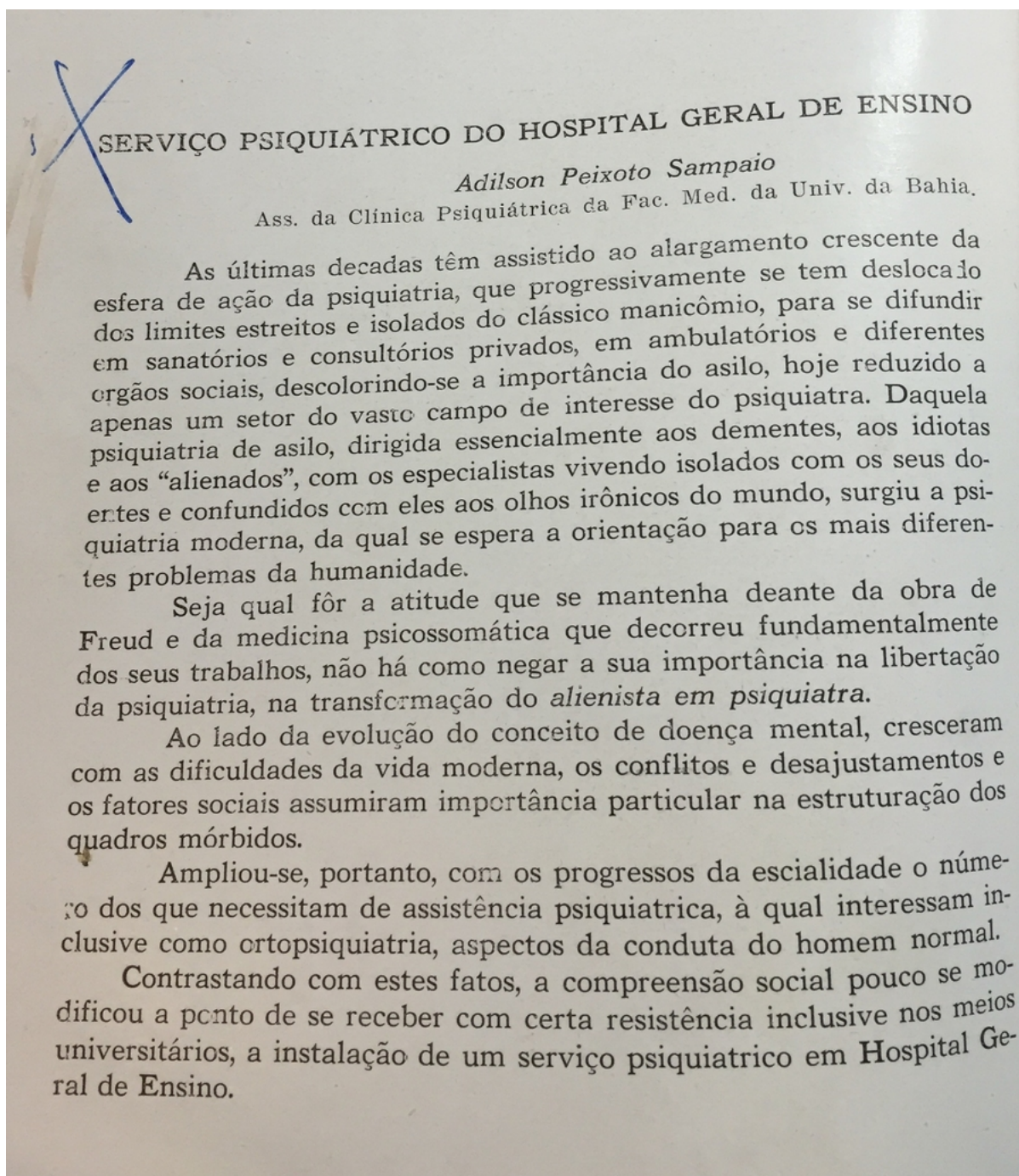


Figura 3 – Anuncio de um Hospital Psiquiátrico, publicado na Revista Neurobiologia em 1956

CASA DE SAÚDE
SÃO JOSÉ

AVENIDA 17 DE AGOSTO N.º 2069
FONE 3740
LINHA DE DOIS IRMÃOS

★

SITUADA NUM GRANDE PARQUE — TRATAMENTO
DE DOENTES NERVOSOS E MENTAIS — APAR-
TAMENTOS DE DIVERSOS TIPOS, INCLU-
SIVE DE LUXO.

★

Diretores: { Dr. Benjamin Vasconcelos
Dr. João Marques de Sá

Figura 4 – Polêmica em torno da pedra fundamental do Hospício de Alienados. Charge do jornal de oposição A Província, 1874

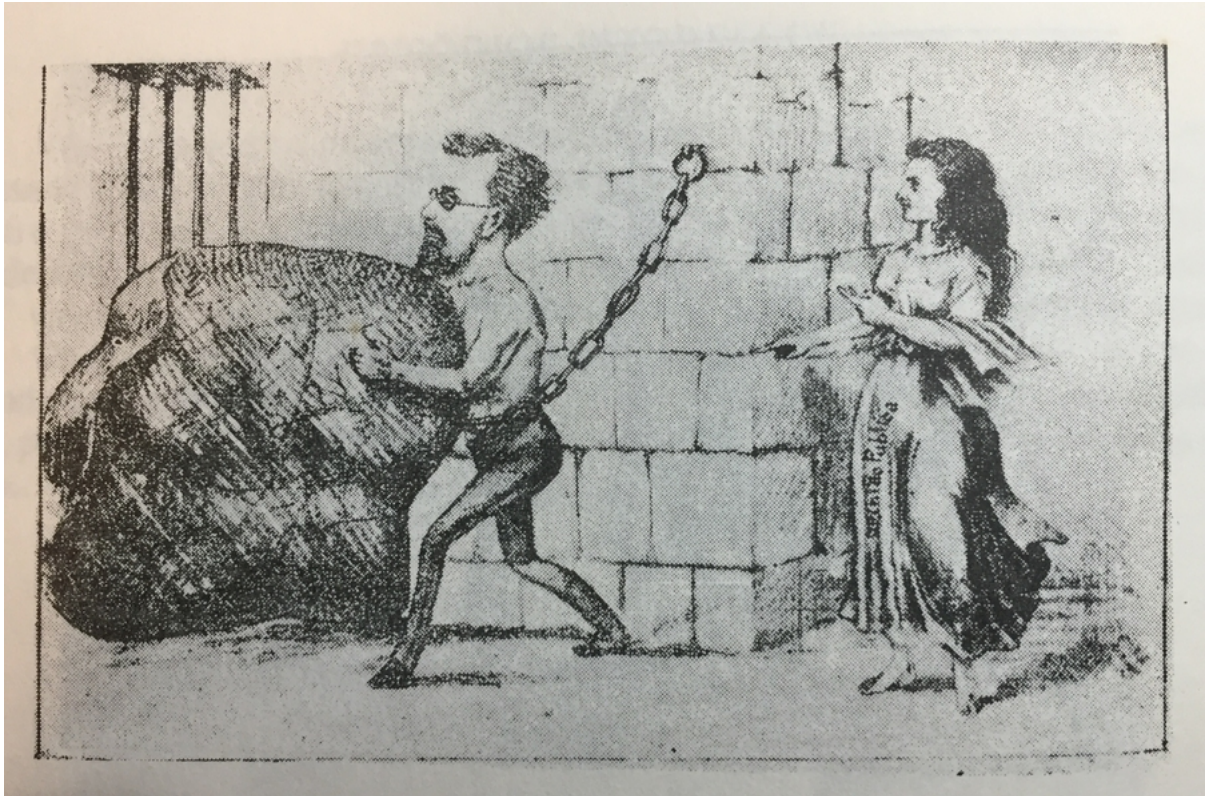


Figura 5 – Outra charge do Jornal A provincia sobre o assentamento da pedra fundamental do Hospício de Alienados 1874

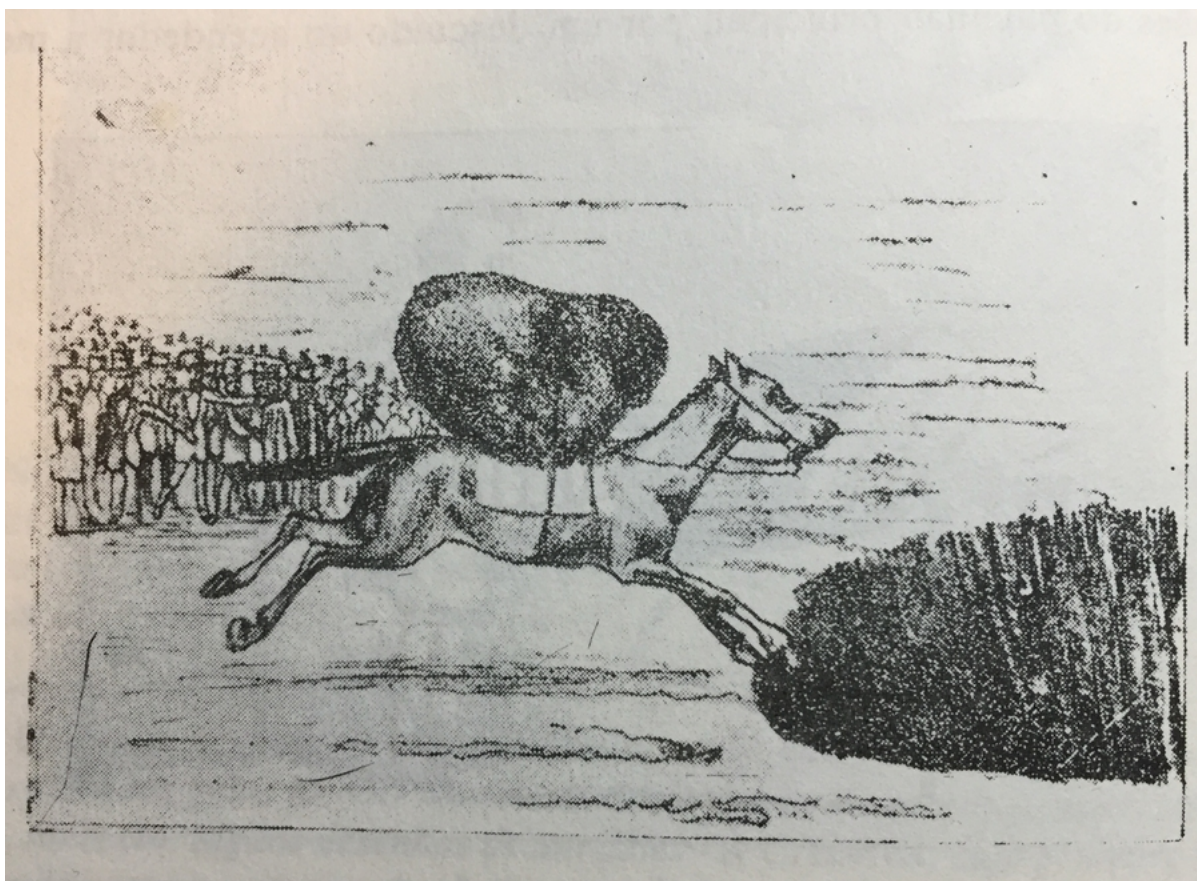


Figura 6 – Henrique Lucena, futuro Barão de Lucena, que assentou a pedra fundamental do então hospício de alienados. Também dá nome ao Hospital Barão de Lucena

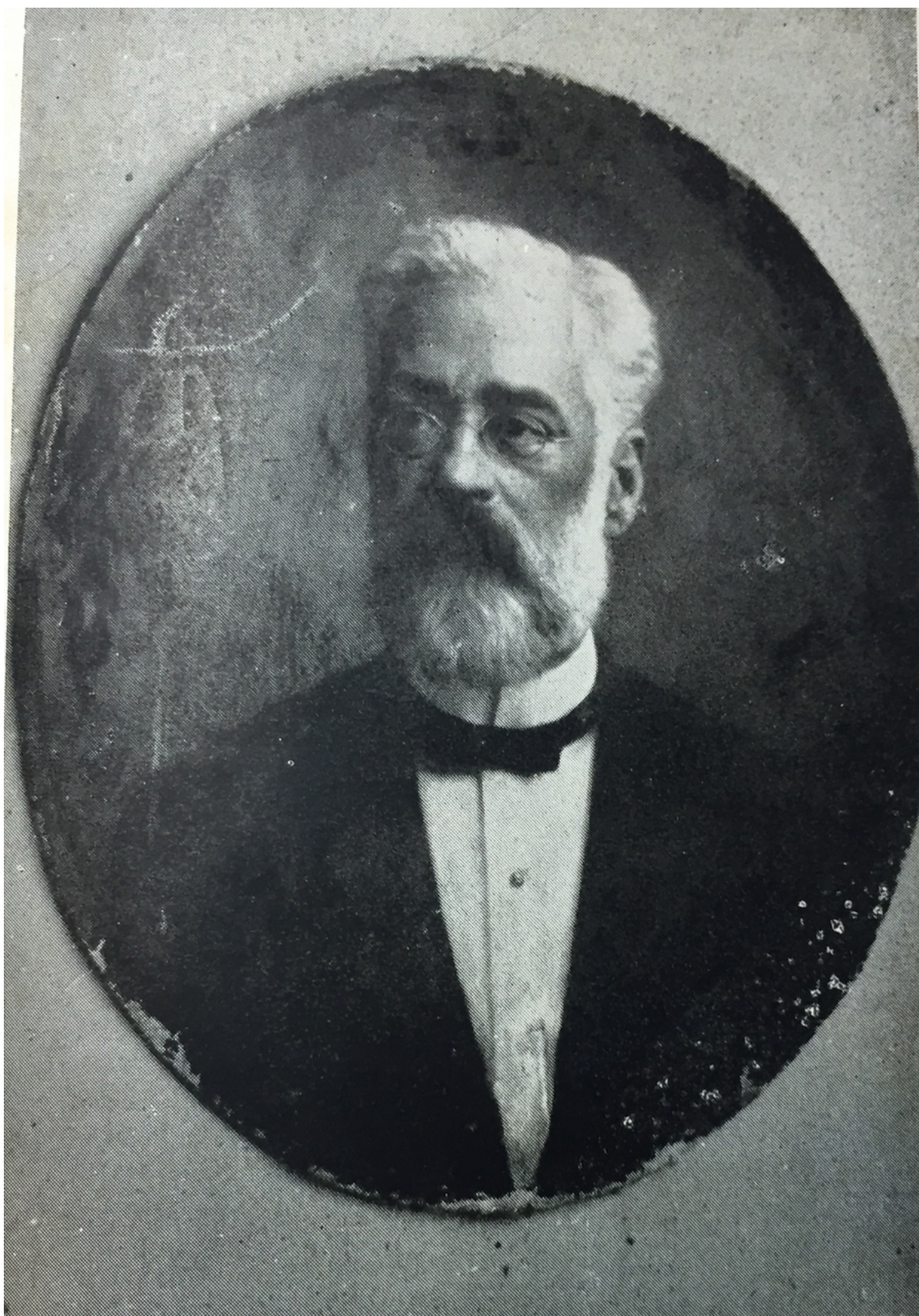


Figura 7 – Prof José Lucena(esq). Ao seu lado os Profs. Othon Bastos e Tácito Medeiros

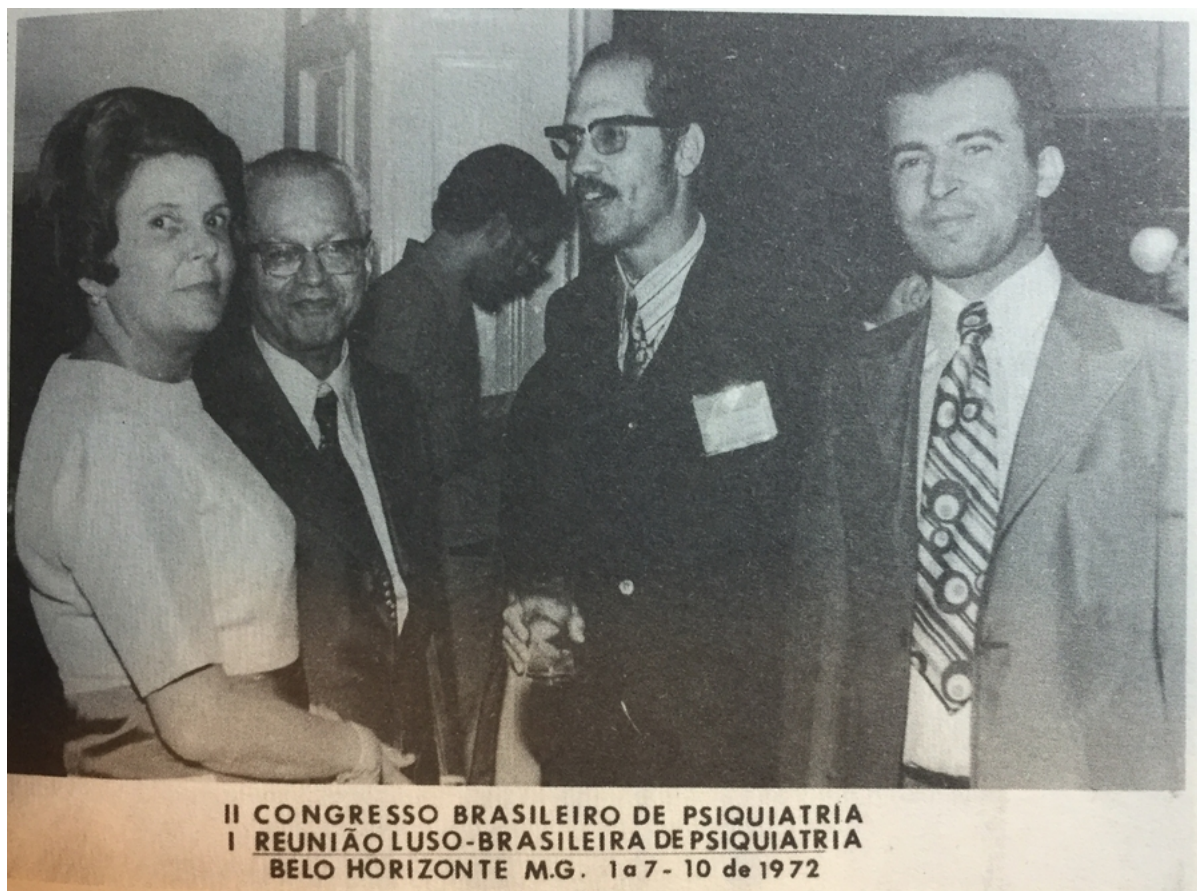


Figura 8 – Prof José Lucena. Ao seu lado o Prof João Alberto Carvalho(dir)



Figura 9 – Nomeação do Prof Lucena para a cátedra de Psiquiatria da FMR(UFPE), em 1952. Poucos anos depois, fundar-se-ia uma das primeiras UPHGs do Brasil

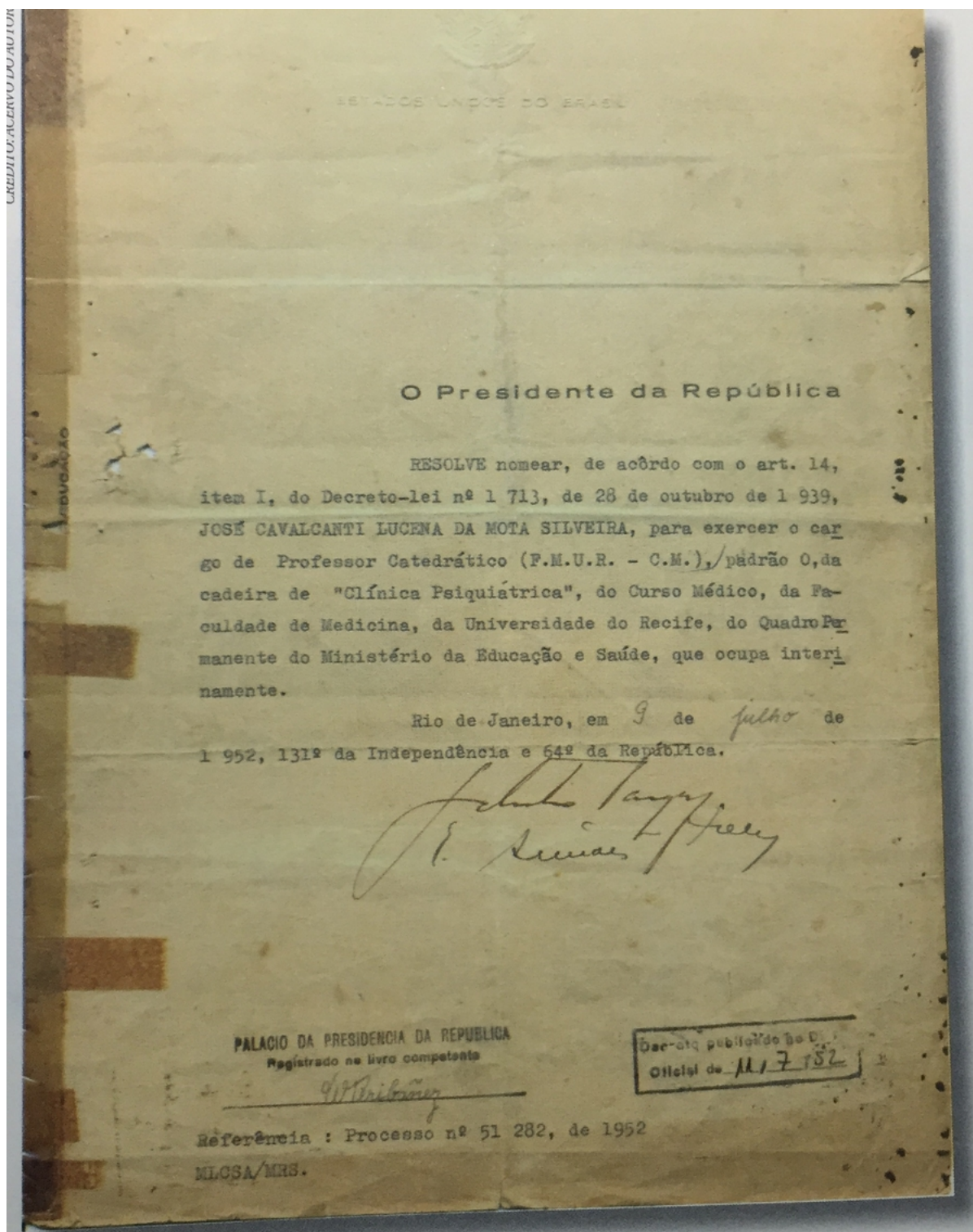


Figura 10 – Detalhe do Pátio Interno do Hospital Pedro II. Predomina a horizontalidade da construção.



Figura 11 – Último artigo sobre interconsulta publicado pela Clínica de Psiquiatria da UFPE no Hospital Pedro II, pouco antes da transição para o HC. 1978

UNIDADE PSIQUIATRICA EM UM HOSPITAL GERAL *

José Lucena

Professor Titular de Psiquiatria do Departamento de Neuro-Psiquiatria do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco.

Murilo Duarte da Costa Lima

Médico Residente (R2) de Psiquiatria do mesmo departamento.

Gisleide Sampaio de Oliveira

Médica Estagiária de Psiquiatria do do mesmo departamento.

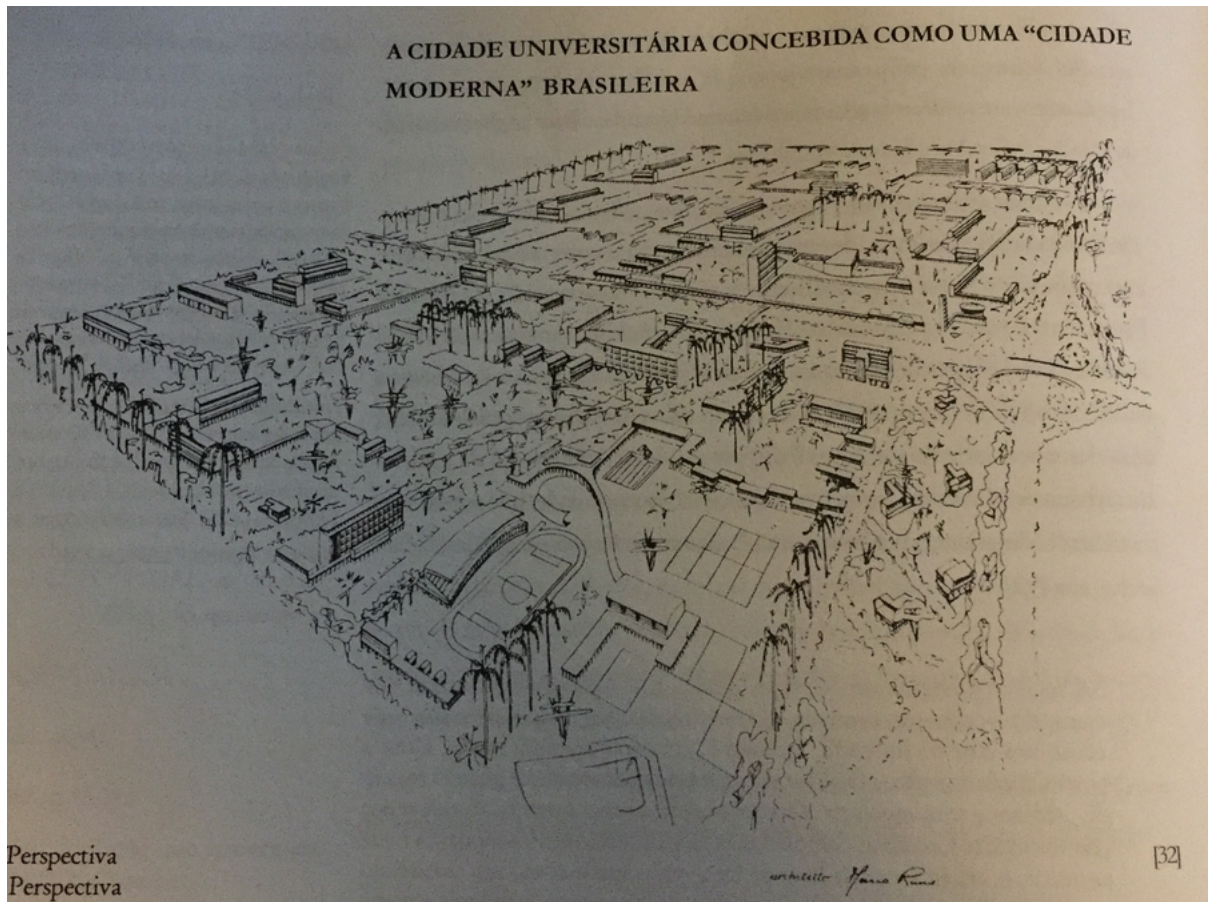
José Francisco de Albuquerque

Sextanista de Medicina da Universidade Federal de Pernambuco e Acadêmico Interno do mesmo departamento.

Os autores, a partir de dados conseguidos através dos pedidos de consulta à Clínica Psiquiátrica, provenientes de outras Clínicas do Hospital das Clínicas da U.F.PE., analisam a integração da Unidade Psiquiátrica em um Hospital Geral, no período de 1970/1976. Ilustram o estudo com tabelas e gráficos, relacionando o número de atendimentos, a procedência das solicitações de consulta e a categoria nosológica, tendo sido obtido um total de 1115 inter-consultas, abrangendo apenas o setor ambulatorial, durante os 7 anos estudados. Discutem sumariamente alguns dos fatores que dificultam a dita integração.

(*) Trabalho realizado na Clínica Psiquiátrica do Hospital das Clínicas do C.C.S. da U.F.PE. e apresentado ao XIII Congresso Nacional de Neurologia, Psiquiatria e Higiene Mental. Curitiba, 1977.

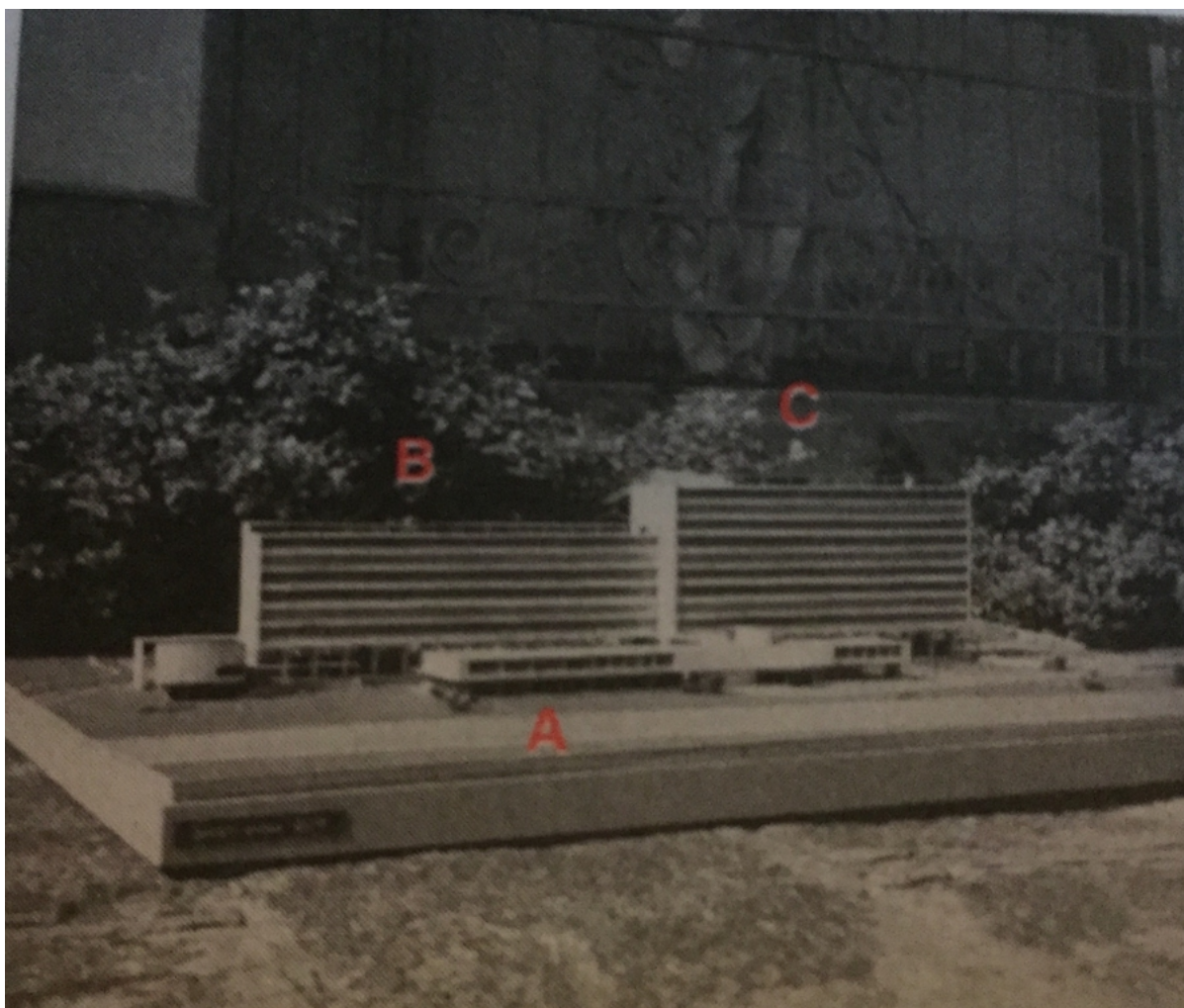
Figura 12 – Projeto de Mario Russo para a Cidade Universitária da UFPE, onde se localiza o novo HC-UFPE



**Figura 13 – Mario Russo e equipe diante da Maquete da Faculdade de Medicina da UFPE.
Recife, final dos anos 1950**



**Figura 14 – Maquete do Projeto Original do HC. Vista Frontal do Prédio.
Recife, final dos anos 1950**



**Figura 15 – Projeto Original do HC. Vista da parte de trás do Prédio.
Recife, final dos anos 1950**

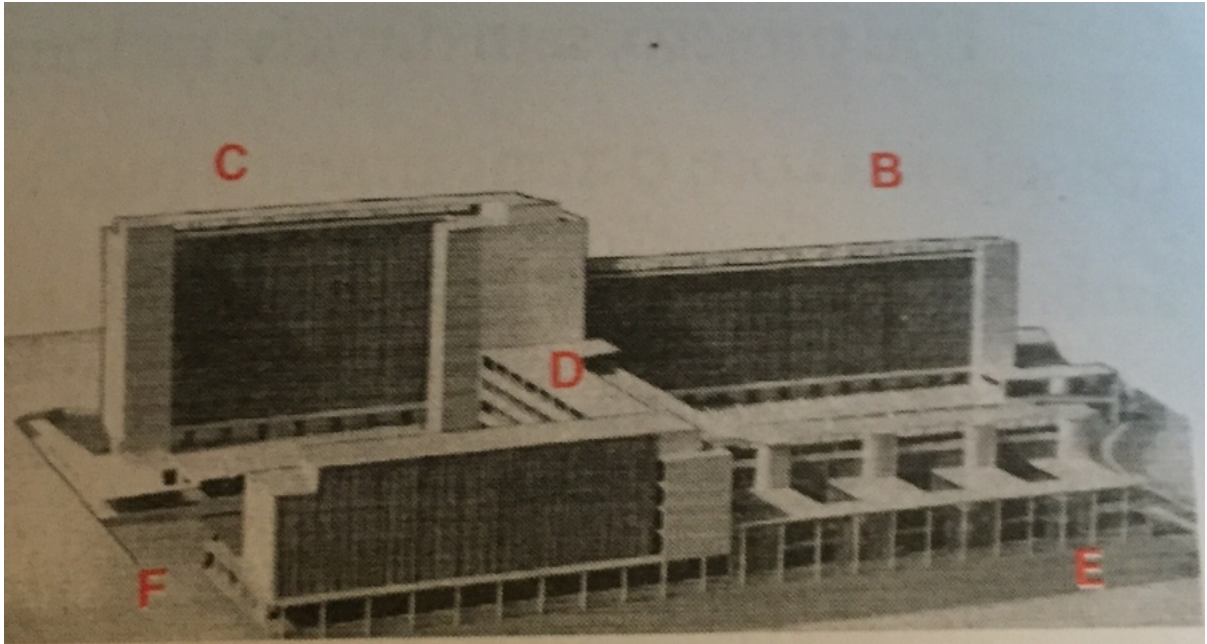


Figura 16 – HC atualmente



Figura 17 – Acesso à entrada principal do HC



Figura 18 – Hospital Barão de Lucena



Figura 19 – Hospital Barão de Lucena - Vista Lateral



Figura 20 – Placa de Inauguração do HBL, em 1958

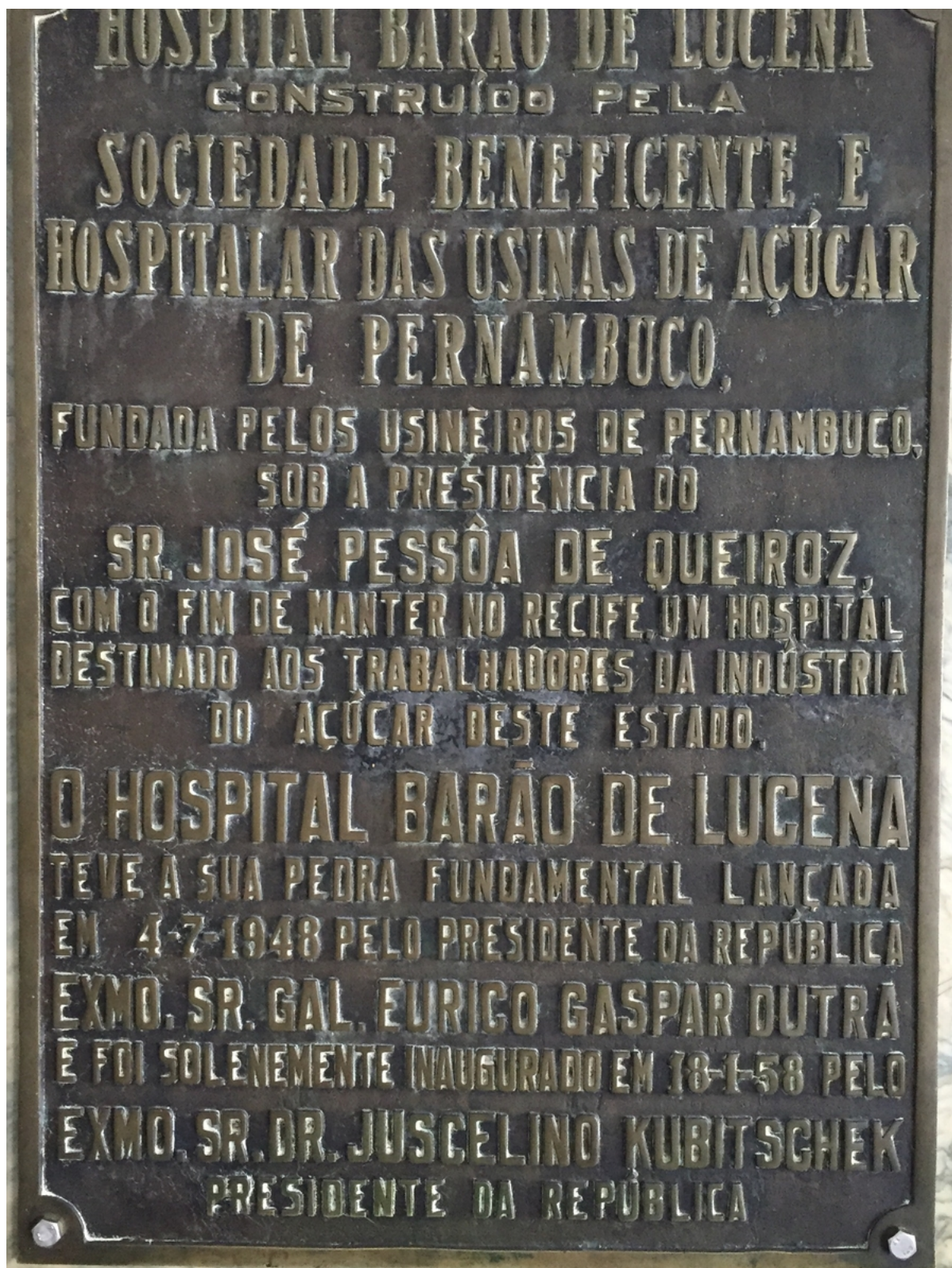
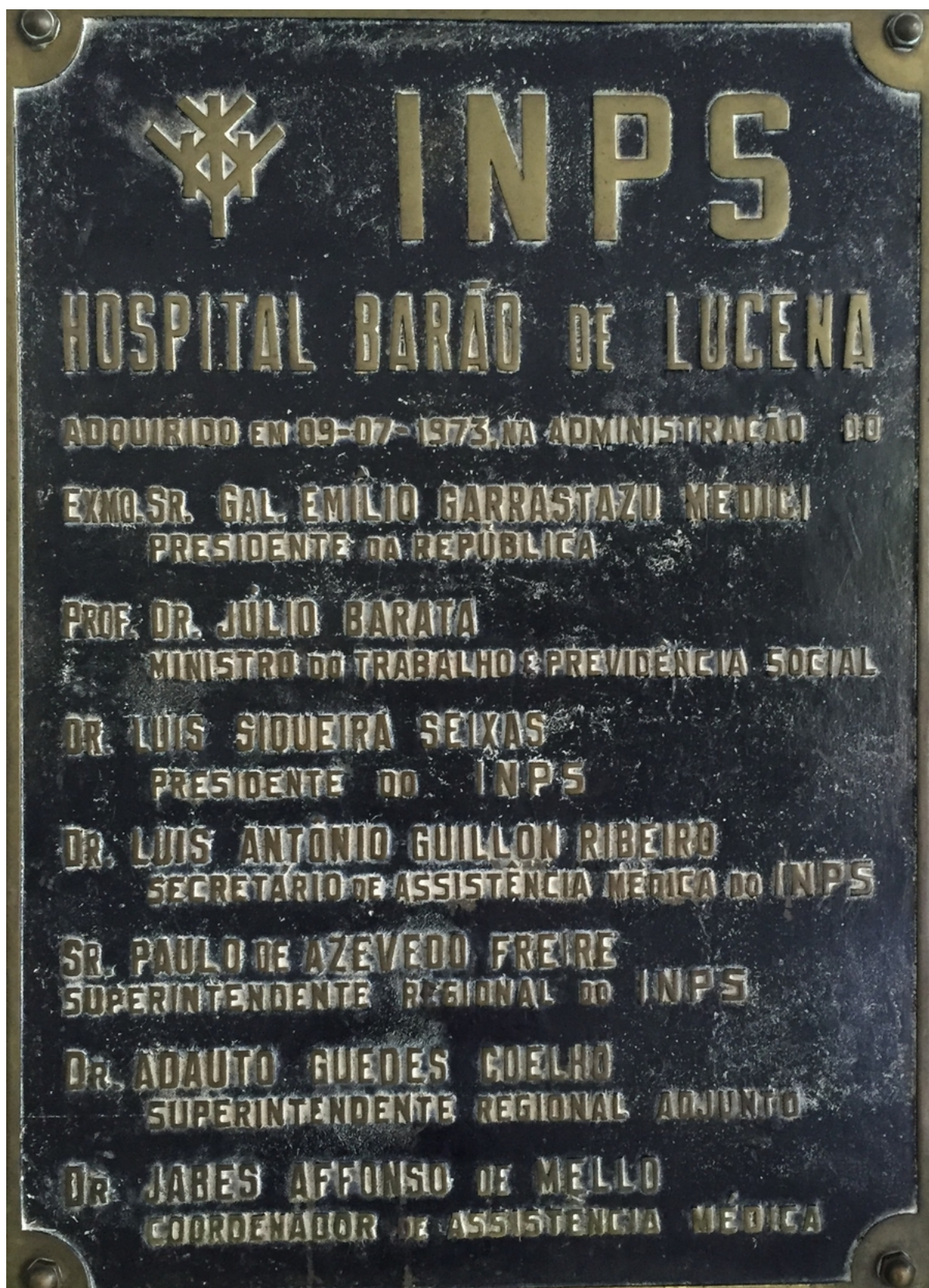


Figura 21 – Placa registrando a transferencia da administração do HBL ao INPS, em 1973



**Figura 22 – Equipe do PRM de Clínica Médica do HBL -
Da esquerda para a direita, Dr Natalício,
Dr Fernando Raposo, Dra Gilda Kelner, Dr. Edson Victor**

