

Atendimento integrado das doenças afetivas: o grupo de lítio do Hospital de Clínicas de Porto Alegre*

Sidnei Samuel Schestatsky¹, Elizeth P.S. Heldt², Marília Kraemer Gehlen³ e Susete Panceri⁴

Descreve-se o programa ambulatorial para pacientes com desordens afetivas realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Enfatiza-se a perspectiva integradora adotada no programa, através do atendimento em grupo dos pacientes, intervenções em crise (tanto individual como familiar), atendimento ao grupo de familiares e trabalho com as demais especialidades médicas do HCPA. A noção compreensiva subjacente à instituição de um programa com estas características é a de não dissociar o paciente dos seus órgãos, a mente do corpo, o doente da doença ou do seu contexto familiar e social.

Comprehensive care of affective disorders: the lithium group at the Hospital de Clínicas de Porto Alegre

The authors describe a treatment program for outpatients with affective disorders presently developed at the Hospital de Clínicas de Porto Alegre. The integrative features of this program are emphasized, including patient's group treatment, crises and psychodynamics interventions (both with the patients and their families), families group support and conjoint work with other medical specialities. The comprehensive conceptualization underlying this program is the idea of not dissociating the patient from his organs and illness, the mind from the body, and the patient from his familiar and social background.

Palavras-chaves: *Doenças afetivas; Pacientes ambulatoriais; Tratamento grupal integrado; Carbonato de lítio.*

Key words: *Affective disorders; Outpatients; Comprehensive group treatment; Lithium carbonate.*

INTRODUÇÃO

Desde a introdução dos sais de lítio no tratamento das desordens afetivas maiores, vêm se multiplicando os programas de prevenção destes transtornos através das chamadas "clínicas de lítio" (ELLEMBERG e col., 1980; KARNIOL e CABRAL, 1983), que têm como principal objetivo obter a adesão dos pacientes aos tratamentos instituídos e a monitorização dos níveis séricos desta medicação.

Em agosto de 1985, o Serviço de Psiquiatria do HCPA — associado ao Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da UFRGS — iniciou a sistematização do atendimento aos pacientes egressos de sua Unidade de Internação Psiquiátrica, criando um "grupo de lítio", que segue em pleno funcionamento. Esta é uma comunicação preliminar que antecede um estudo mais amplo, em que se pretende avaliar o impacto das intervenções psicossociais no tratamento de manutenção das desordens afetivas. Aqui, apenas descreveremos as principais características deste atendimento, juntamente com uma revisão da literatura sobre o tema.

CARACTERÍSTICAS DO ATENDIMENTO

A estrutura básica da abordagem terapêutica é grupal, tanto por parte da equipe técnica quanto dos pacientes e seus familiares. No que diz respeito aos pacientes, a idéia subjacente é a de oferecer um continente adequado para ansiedades relacionadas à idéia de serem portadores de uma doença crônica, potencialmente incapacitante, e que exige um acompanhamento terapêutico constante, sem que os pacientes a neguem (e abandonem o tratamento) ou caiam numa posição de desesperança e abdicação das suas capacidades e responsabilidades não comprometidas. A dinâmica do funcionamento desses grupos é descrita em outro trabalho*. Do pon-

* Em preparação.

* Trabalho apresentado no I Congresso de Psiquiatria da Região Sul, Gramado, Rio Grande do Sul, agosto de 1987.

1. Professor Adjunto do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

2. Enfermeira com Especialização Psiquiátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

3. Médica Residente (R₃) do Serviço de Psiquiatria do Hospital de Porto Alegre.

4. Assistente Social com Especialização Psiquiátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

to de vista formal, atualmente há quatro grupos fechados de 15 pacientes e um grupo aberto com seis pacientes de ambos os sexos e de idades diversas, reunindo-se quinzenalmente. A categoria diagnóstica, resposta à medicação e área geográfica de procedência são os principais critérios usados para a inclusão de novos pacientes. São atendidos pacientes com doenças afetivas (incluindo as esquizoafetivas) que respondam em algum grau ao carbonato de lítio. Do ponto de vista clínico, os pacientes são acompanhados através da evolução mensal do seu peso e de dosagens trimestrais de lítio no soro e na hemácia, creatinina e exame qualitativo de urina, e dosagens anuais de T₄ e TSH. Embora se denomine "grupo de lítio", outras medicações são eventualmente usadas (antipsicóticos, antidepressivos, carbamazepina), ou até nenhuma medicação em alguns casos (gestantes, puérperas em período de aleitamento, contra-indicações renais). O fato do atendimento ser basicamente grupal não impede que situações especiais de crise sejam assistidas individualmente, através de intervenções psicoterapêuticas e sociais breves, realizadas por membros da própria "equipe de atendimento".

Os "grupos de familiares" dos pacientes se reúnem com o objetivo de se oferecer a estas famílias uma sustentação simultânea de apoio, informações sobre a doença e a medicação, e compartilhamento das dúvidas e angústias em torno das patologias afetivas. Também fica-se atento às repercussões sociais, ocupacionais e familiares que a doença afetiva pode causar, tentando ajudar os grupos a enfrentá-las. Esses grupos são considerados como muito importantes na manutenção do tratamento dos pacientes, na medida em que muitas vezes são os familiares o principal suporte para a administração dos medicamentos e realização dos exames laboratoriais necessários. Eventualmente, os familiares podem ser atendidos individualmente ou com o paciente e, quando preciso, faz-se visitas domiciliares para verificação da dinâmica familiar e condições de vida do paciente.

O grupo de técnicos é constituído por três enfermeiras psiquiátricas, uma assistente social psiquiátrica, uma terapeuta ocupacional, uma nutricionista (membros fixos) e médicos-residentes em psiquiatria do segundo e terceiro ano (em rodízio). Participam de cada grupo um profissional das áreas citadas. A equipe se reúne semanalmente, após cada encontro dos grupos de pacientes e grupos de familiares, para integrar as informações obtidas, detectar situações de crises que exijam manejos urgentes e planejar intervenções que incluam outras medidas terapêuticas (contato extra com familiares, indicação de psicoterapia breve individual ou familiar, reavaliações clínicas com outros especialistas, visitas domiciliares, contatos com outras institui-

ções ou agências da comunidade, hospital-dia, etc.). A equipe é também supervisionada semanalmente por um professor do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da UFRGS, com formação tanto psicanalítica quanto psicofarmacológica.

EXEMPLO DE UM ATENDIMENTO

R.I., 35 anos, preta, casada, auxiliar de escritório, atualmente em auxílio-doença pelo INAMPS. Iniciou tratamento psiquiátrico individual no Ambulatório do HCPA em novembro de 1985 (insônia, anorexia, perda de peso, hipoatividade, humor depressivo), com seis internações psiquiátricas prévias. Seu diagnóstico foi o de depressão maior recorrente em desordem de personalidade dependente, sendo medicada com antidepressivo tricíclico (imipramina, 250 mg/dia) e carbonato de lítio (1.200 mg/dia). Suas crises depressivas caracterizavam-se, além dos sintomas básicos, por condutas regressivas e negativistas em que ficava totalmente dependente da mãe no atendimento de suas necessidades de higiene e alimentação. Sentia-se incapacitada para assumir as funções domésticas e maternas, principalmente cuidar do filho de quatro anos, portador de trissomia do VIII par cromossômico, com retardo mental e atraso do desenvolvimento psicomotor.

A paciente foi encaminhada para o grupo de lítio não apenas para monitorizar o uso da medicação, mas também com o objetivo de estimular sua independência e tentar compreender o significado emocional das condutas intensamente regressivas e dependentes quando adoecia. Simultaneamente, a mãe foi encaminhada para o grupo de familiares a fim de orientá-la a não reforçar os comportamentos desadaptativos da filha e a supervisionar o uso da medicação da mesma.

Ao iniciar a freqüentar o grupo de lítio, R.I. apresentou várias crises depressivas, mesmo com a medicação em níveis terapêuticos: sucessivas situações de vida estressantes pareciam ativar conflitos íntimos e pressionar o aprofundamento das ansiedades depressivas. Entre essas situações, incluíam-se a perspectiva de mudar-se para sua própria casa e separar-se da mãe, histerectomia a que a mãe iria se submeter e, finalmente, nova e inesperada gravidez da própria paciente. Imipramina (250 mg/dia) e carbonato de lítio (1,0 mEq/l), que antes vinham controlando os episódios depressivos já não eram suficientes e a paciente voltou a experimentar sintomas significativos (hipoatividade, irritabilidade, insônia, anorexia, apatia, não ter ânimo de sair da cama e ter que ser alimentada na boca, pela mãe). Nesse período, o apoio e atendimento psicológico e social

do dos filhos na sua própria casa e com a ajuda eventual da mãe (orientada no grupo de familiares a delegar progressivamente as tarefas maternas à responsabilidade da filha).

COMENTÁRIOS

O propósito desta comunicação breve é mais amplo do que simplesmente exemplificar o óbvio, mas não menos importante, que são as vantagens de poder atender pacientes com desordens afetivas dentro de um hospital geral. Este nos parece ser já um segundo nível de integração, cujas vantagens são flagrantes e aparentes — incluindo-se nisso, além do que o caso evidencia, o controle dos vários sintomas colaterais associados ao uso crônico de carbonato de lítio.

O que se gostaria igualmente de se ressaltar é um primeiro e anterior nível de integração (como oposto à dissociação), mais básico e subjacente, que as características do funcionamento deste grupo de lítio do HCPA pretende enfatizar: a visualização do paciente como uma pessoa doente — e não apenas da doença — e sofrendo não apenas de um mero desequilíbrio dos seus sistemas neurotransmissores centrais, mas também de inúmeros processos mutuamente potencializados de ordem intrapsíquica e ambiental. Por um lado, vários estudos duplo-cegos bem controlados têm mostrado ser o carbonato de lítio efetivo na prevenção de fases recorrentes das doenças afetivas, principalmente bipolares (DUNNER e FIEVE, 1974; SCHOU e col., 1970). Entretanto, mesmo com o desenvolvimento de critérios diagnósticos rigorosos e com a monitorização adequada dos níveis séricos de lítio, o índice de falha da litioterapia profilática segue em torno de 20 a 30% (CARROL, 1979; O'CONNEL e col., 1985). Acredita-se que múltiplos fatores biológicos, psicológicos e sociais interajam e determinem o curso da doença afetiva (O'CONNEL e col., 1985), o que sugeriria a necessidade de intervenções psicossociais mais amplas que a mera administração do lítio.

Ao mesmo tempo, chama a atenção a relativa pobreza na literatura especializada dos últimos anos, de atendimentos de pacientes com desordens afetivas que se utilizem das propriedades continentais da estrutura grupal, como apoio para o seguimento a longo prazo de uma patologia crônica e potencialmente incapacitante como outras que têm sido assim atendidas: hipertensão arterial, diabete, infartos do miocárdio, úlceras pépticas, asma, alcoolismo, etc. (SCHEDLINGER, 1984). Tradicionalmente, os pacientes com desordens afetivas bipolares têm sido considerados pobres candidatos ao tratamento grupal (SHAKIR e col., 1979). No entanto,

trabalhos recentes têm demonstrado a eficácia desta modalidade terapêutica também no atendimento destes pacientes (HAYES, 1976; SHAKIR e col., 1979). Contrariamente às expectativas, mesmo os doentes maníaco-depressivos puderam trabalhar terapêuticamente em um grupo homogêneo, compartilhando experiências comuns no que dizia respeito à natureza da doença e seu tratamento. Tais grupos podiam servir como um adjunto simples, eficiente e altamente econômico da terapia de manutenção com lítio.

Um outro aspecto chamativo nas publicações do estado atual da maioria dos programas de acompanhamento desses pacientes é como se têm organizado as chamadas “clínicas de lítio”, a começar por suas denominações. Nos perguntamos, a certa altura, qual a fantasia inconsciente subjacente a esta denominação “grupo de lítio”, já que os grupos das demais doenças — e doentes — crônicos, não se autodenominam de grupo de insulina, grupo dos anti-hipertensivos tiazídicos ou grupo do antabuse. O motivo manifesto seria o das resistências maiores dos pacientes com doenças mentais e/ou emocionais a se sentirem desmoralizados e desvalorizados por tais diagnósticos, recusando-se possivelmente a freqüentarem “grupos de doenças afetivas” ou “grupo das depressões”, etc. — e tivemos a expressão disso com a reação de nossos próprios grupos quando tal problema foi ventilado. Mas é preciso que se atente que “boas razões” podem se constituir facilmente em “boas racionalizações”, e que o lítio pode também vir a ser erigido pelos processos inconscientes grupais em um fetiche milagroso a ser simultaneamente temido e adorado — como qualquer hóstia santificada (e o médico vivenciado como o sacerdote que a administra).

O “lítio” pode assim vir a se transformar em um baluarte inconsciente de uma perspectiva relativamente desumanizada do paciente deprimido e/ou maníaco, com o médico predisposto mais a lidar com concentrações “miraculosas” de lítio (ou antidepressivos) do que com pessoas em estado de maior ou menor sofrimento pessoal, familiar e social. Reinstucionalizar-se-ia, assim, vez após vez, a dissociação mente—corpo—ambiente que tantos obstáculos tem trazido à compreensão integral do complexo fenômeno da pessoa que adocece, desde que a medicina ocidental se organizou em torno do dualismo cartesiano há três séculos atrás.

Foi em 1960 que ENGEL criou a expressão “biopsicossocial” para tentar integrar o que mais tarde manifestou-se como a necessidade de “um novo modelo médico”. Tal perspectiva, de fácil consumo teórico, tem sido repetida e endossada *ad nauseam* em vários contextos, mas segue encontrando na prática enormes dificuldades para sua efetiva implementação. É com certa sur-

presa, por exemplo, que a revisão feita só tenha permitido encontrar poucos trabalhos, neste sentido, no campo das doenças afetivas (HAYES, 1976; O'CONNEL e col., 1985; PRIEN e col., 1974; SHAKIR e col., 1979; VASILE e col., 1987).

O caso que descrevemos procura exemplificar, resumidamente, a necessidade da equipe terapêutica ser suficientemente flexível para acomodar-se nos diferentes modelos que as diferentes necessidades de cada paciente, individualmente, pode vir a exigir — e o relativo sucesso com que se pode ajudá-los a enfrentar suas crises em diversos níveis.

Vários autores têm chamado a atenção para a importância de tal flexibilidade não fragmentária na abordagem médica em geral, e na psiquiátrica em particular (BROWN e ZINBENG, 1982; DOCHERTY e col., 1977; LIPOWSKI, 1986; VASILE e col., 1987), embora assinalem, igualmente, os imensos obstáculos que se enfrentam para que isto seja possível. Sugerimos que esta abordagem seria imensamente facilitada se a equipe de atendimento pudesse não só ser multidisciplinar, mas também orientada por uma ideologia integrativa e abrangente sobre os fenômenos da saúde e doenças mentais e das múltiplas e complexas variáveis que estão aí sempre envolvidas, em permanente e dialética tensão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BROWN, H.N. e ZINBENG, N. (1982). "Difficulties in the integration of psychological and medical practices". *Am. J. Psychiatry* 139: 1576-1580.
2. CARROL, J.B. (1979). "Prediction of treatment outcome with lithium". *Arch. Gen. Psychiatry* 36: 870-878.
3. DOCHERTY, J.P. et al. (1977). "Psychotherapy and pharmacotherapy: conceptual issues". *Am. J. Psychiatry* 134: 529-533.
4. DUNNER, D.L. e FIEVE, R. (1974). "Clinical factors in lithium carbonate prophylaxis failure". *Arch. Gen. Psychiatry* 30: 229-233.
5. ELLEMBERG, J. et al. (1980). "A lithium clinic in a Community Mental Health Center". *Hosp. Comm. Psychiatry* 31: 834-836.
6. ENGEL, G.L. (1980). "The clinical application of the biopsychosocial model". *Am. J. Psychiatry* 135: 535-543.
7. HAYES, R.C. (1976). "Developing a group program for the treatment of outpatients on lithium carbonate". *Hosp. Comm. Psychiatry* 27: 391-392.
8. KARNIOL, I.G. e CABRAL, M.A.A. (1983). "Algumas considerações sobre o uso de lítio numa clínica psiquiátrica ligada a um hospital-escola". *J. Bras. Psiquiatria*, 32: 71-76.
9. LIPOWSKI, Z.S. (1986). "To reduce or to integrate: psychiatry's dilemma". *Can. J. Psychiatry* 31: 347-351.
10. O'CONNEL, R.A. et al. (1985). "Social support and long-term lithium outcome". *Brit. J. Psychiatry* 147: 272-275.
11. PRIEN, R.F. et al. (1974). "Factors associated with treatment success in lithium carbonate prophylaxis". *Arch. Gen. Psychiatry* 31: 189-192.
12. SCHEDLINGER, S. (1984). "Group psychotherapy in the 1980: problems and prospects". *Am. J. Psychotherapy* 34: 494-500.
13. SCHOU, M. et al. (1970). "Studies on the course of recurrent endogenous affective disorders". *Int. Pharmacopsychiatry* 5: 100-106.
14. SHAKIR, S.A. et al. (1979). "Group psychotherapy as an adjunct to lithium maintenance". *Am. J. Psychiatry* 136: 455-456.
15. VASILE, G. et al. (1987). "A biopsychosocial approach to treating patients with affective disorders". *Am. J. Psychiatry* 144: 341-344.

Sidney Schestatsky
 Rua Matias José Bins, 330
 CEP 91330 Porto Alegre — RS
 BRASIL
