

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL

ELISA PINTO SEMINOTTI

**O DESAFIO DO MÉDICO FRENTE À SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA
À SAÚDE**

Trabalho de conclusão de curso apresentado
como requisito parcial para obtenção do
Certificado de Especialização em Saúde
Pública

ORIENTADOR: PROF. ODALCI JOSÉ PUSTAI

PORTO ALEGRE – RS

2008

RESUMO

Em 1988, a nova Constituição Federal do Brasil aprovou a criação do SUS, levando em consideração o conceito de saúde discutido na 8ª CNS, ajudando a engendrar um novo modelo assistencial no país e estabelecer ações estratégicas, como a definição da Atenção Primária em Saúde. A APS utiliza tecnologias complexas para resolver os problemas da saúde mais freqüentes e relevantes em seu território, constituindo-se como o contato preferencial dos usuários com o sistema. As estimativas do MS mostram que 12% da população brasileira necessita de cuidados contínuos ou eventuais devido a transtornos mentais; a maior parte está sendo atendida na atenção primária. O MS propõe que a atenção integral em saúde mental deve considerar um conjunto de dispositivos que partam de uma visão integrada do indivíduo, em todos os seus âmbitos de intervenção. Avaliar como se dá o cuidado ao portador de doença mental ou sofrimento psíquico na rede primária de atenção constitui o objetivo deste trabalho. Lançaremos um olhar mais específico à questão do cuidado do profissional médico em relação à saúde mental, considerando que este é reflexo de uma trajetória da medicina que afasta o médico do sofrimento como objeto de cuidado, legitimando a atenção na doença e a racionalidade biomédica. Será realizada uma revisão sistemática com o intuito de encontrar informações relevantes que nos situem quanto às questões que permeiam o cuidado em saúde mental na clínica médica no âmbito da atenção primária, e que nos permita refletir sobre a formação deste profissional no referente à atenção ao sofrimento psíquico.

Descritores: saúde mental, atenção primária em saúde, cuidados médicos, relação médico-paciente.

SUMÁRIO

	Página
1. Introdução.....	04
1.1 Definição do problema.....	04
1.2 Justificativa.....	04
1.3 Objetivos.....	05
1.3.1 Objetivo geral.....	05
1.3.2 Objetivos específicos.....	05
2. Procedimentos metodológicos.....	06
3. Desenvolvimento do conteúdo.....	07
3.1 Revisão teórica.....	07
A. Histórico da saúde mental: saúde X doença	08
B. A saúde mental na rede básica	10
C. As dimensões do cuidado em saúde mental	13
D. As origens da medicina clínica e suas implicações no cuidado à saúde mental	15
E. A formação do médico	26
F. Movimentos de mudança na abordagem do cuidado em saúde mental	32
4. Considerações finais.....	44
Referências bibliográficas.....	49

1. INTRODUÇÃO

Definição do problema

Os profissionais que recebem a demanda de saúde mental estão integrados numa rede de assistência que propõe um cuidado global aos seus usuários. Desta forma, os profissionais de saúde na rede básica devem partir de uma visão integrada da pessoa para prestar assistência. Atualmente as ações governamentais estão direcionadas para o estabelecimento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPs) para dar conta das demandas de saúde mental nas suas comunidades, mas é escassa a atenção aos profissionais que prioritariamente recebem pessoas com estas queixas e enfrentam dificuldades para tal – os profissionais médicos da atenção primária.

A necessidade de criação da rede de atenção à saúde mental nos diversos níveis deve contemplar a estruturação da atenção primária em saúde mental. Porém, quase não se encontram hoje trabalhos realizados com o fim de identificar como, neste nível de atenção, está ocorrendo o cuidado com o paciente com transtorno mental ou sofrimento psíquico. E assim nos perguntamos: como se dão os encaminhamentos das questões de saúde mental que aparecem nestas consultas médicas específicas? O médico se caracteriza como a figura principal neste jogo, no qual tem um papel central como profissional de referência quando os indivíduos se encontram em sofrimento. Contudo, é necessário questionar-se: o médico está preparado para lidar com estas questões? Que vieses existem nesta relação médico – saúde mental?

Justificativa

Desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), aprovada pela Constituição de 1988, e as prerrogativas colocadas na VIII Conferência Nacional de Saúde Mental, o país passa por modificações nas formas de assistência oferecida pelo sistema de saúde. Dentro desse processo, a Atenção Básica foi nomeada como o conjunto de estratégias que abrangem todos os aspectos de promoção e prevenção, assim como manutenção e reabilitação, devendo dar conta dos problemas de saúde de maior relevância no seu território.

A criação de estratégias como a dos CAPS demonstram a preocupação vigente com as questões de saúde mental; porém, estes centros não podem eximir os

profissionais da porta de entrada do sistema de sua participação no apoio e resolução de problemas frente aos indivíduos que padecem de algum transtorno mental ou sofrimento psíquico. Os profissionais médicos que atendem na ponta, encontram-se na responsabilidade de fazer jus ao que o Ministério da Saúde considera como “porta de entrada” para o sistema de saúde, sendo capazes de dar conta do acolhimento e escuta sensível destas pessoas. O que encontramos atualmente é uma grande demanda de sofrimento psíquico na atenção básica, principalmente dos transtornos considerados leves, e acreditamos que exista uma baixa capacitação do profissional médico de lidar com tais questões, influenciado por diversos vieses de sua formação e desenvolvimento da disciplina médica.

Pesquisar e reconhecer estes vieses facilita o desenvolvimento de estratégias de capacitação e apoio a este profissional, que carrega consigo a carga de, historicamente, ser reconhecido como “herói” e “salvador” de todos os males pela população, mas no seu cotidiano de trabalho se enfrenta com questões de muito sofrimento psíquico que lhe escapa da clínica convencional e acaba gerando, nele também, sofrimento e sentimentos de impotência. Igualmente, esta capacitação é benéfica para o usuário, que consegue encontrar no seu médico apoio e compreensão, possibilitando um processo de comunicação que é, ao mesmo tempo, e sempre, diagnóstico e terapêutico.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo geral

Identificar quais são as questões que permeiam o cuidado médico frente à problemas de saúde mental na atenção primária em saúde.

1.3.2 Objetivos específicos

- Verificar a relação da formação médica, através da revisão bibliográfica, análise dos programas curriculares e a atuação médica frente à problemas de saúde mental;
- Identificar onde se localiza a saúde mental dentro da medicina clínica atual.

2. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O trabalho será realizado a partir de uma revisão sistemática de artigos indexados nas bases de dados *Scielo*, *Lilacs*, *Medline* e *Proquest*, a partir do cruzamento das palavras-chave “médico X saúde mental”; “saúde mental X atenção primária” e “médico X atenção básica”. Também será realizada as buscas pertinentes em outras fontes para fim de fundamentar as questões levantadas.

A revisão sistemática é um estudo de revisão que utiliza como fonte de dados a literatura existente sobre determinado tema. O procedimento está relacionado a estratégias e métodos específicos e sistematizados de busca de informação, se mostrando muito útil para integrar informações sobre um conjunto de estudos realizados sobre um determinado tema – orientando, assim, a identificação de tópicos que necessitam mais investigação (SAMPAIO e MANCINI, 2007).

3. DESENVOLVIMENTO DO CONTEÚDO

Revisão teórica

Lançando um olhar histórico sobre a trajetória da atenção à saúde no Brasil, se observa uma ênfase na prestação de serviços médicos com enfoque na atenção individual, curativa e a partir da procura espontânea do usuário pelo serviço. Em 1988, a Constituição Federal do Brasil aprovou a criação do SUS, levando em consideração o conceito de saúde discutido na VIII Conferência Nacional de Saúde. Através do SUS, se reconhece a saúde como responsabilidade do Estado e direito de todos, trazendo como maior novidade um conceito de saúde ampliado, incorporando nos elementos condicionantes desta os meios físico, socioeconômico e cultural, e a garantia de acesso aos serviços de saúde. O SUS levou o Ministério da Saúde (MS) a ampliar o conceito de saúde, tratando de modificar a estrutura assistencialista dos serviços e servindo como base para um processo de reverter o modelo assistencial centrado na doença para um modelo de atenção integral à saúde, incluindo ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, marcando as propostas de mudança no setor de saúde.

Este fato ajudou a engendrar um novo modelo assistencial no país, assim como estabelecer novas ações estratégicas em saúde, incluindo a definição da Atenção Primária como parte destas ações. Se atribui esta denominação para o conjunto de ações estratégicas de promoção e prevenção, reabilitação e manutenção de saúde. A APS utiliza tecnologias de elevada complexidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território, constituindo-se, assim, como o contato preferencial dos usuários como o sistema de saúde. A APS considera o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sócio-cultural (BRASIL, 2006).

As estimativas do MS mostram que pelo menos 12% da população necessita de cuidado contínuo ou eventual devido a transtornos mentais; a maior parte está sendo atendida na atenção primária. A Secretaria de Atenção à Saúde do MS propõe que a atenção em saúde mental deve ser realizada em rede – uma rede de cuidados. A atenção integral em saúde mental deve propor um conjunto de dispositivos sanitários e sócio-culturais que partam de uma visão integrada das várias dimensões do indivíduo, em todos os seus âmbitos de intervenção. A

necessidade de criação da rede de atenção à saúde mental nos diversos níveis deve contemplar a estruturação da atenção primária em saúde mental.

Considerando a escassez de publicações, e conseqüentemente, de dados sobre ações de Saúde Mental na Atenção Primária, objetiva-se com este trabalho conhecer e identificar como se dão as ações de cuidado ao portador de doença mental ou sofrimento psíquico na rede básica, especificamente as do profissional médico. O paciente que se encontra em sofrimento procura primeiramente o médico que lhe acompanha em busca de ajuda. Mas devido à história da doença mental, os pacientes, assim como os profissionais, na consulta médica centram sua atenção nas manifestações físicas do sofrimento. A maior parte das vezes, a pessoa não é capaz sequer de nomear os sentimentos que tem, e não raro ela tenta “encaixar” seu sofrimento em sintomas físicos, deixando de lado as questões sociais, econômicas e afins, reduzindo seu sofrimento ao biológico, que resulta mais fácil de explicar, e que satisfaz o médico que escuta.

Por parte do médico, nos parece importante pensar que este profissional, formado nessa cultura, lida com a saúde de forma a legitimar a doença e a racionalidade biomédica, e que o afasta do sofrimento como objeto de cuidado. Sendo assim, ele não desenvolve competência para tratar do sofrimento, mostrando-se despreparado para lidar com esta demanda.

É a partir destas considerações que será realizada uma revisão de literatura englobando temas como cuidado, cultura, formação e preparação médica, saúde mental, APS, entre outros. Tentaremos responder as seguintes perguntas: quais são as questões que permeiam o cuidado em saúde mental na clínica médica? Como isso ocorre especificamente no âmbito da atenção primária? Nosso intuito é refletir sobre os achados e contribuir para o conhecimento existente, de forma a fornecer bases para a crítica deste cuidado, incluindo questões sobre a formação deste profissional no referente à atenção ao sofrimento psíquico.

A. HISTÓRICO DA SAÚDE MENTAL: DOENÇA X SAÚDE

Para que hoje possamos transformar o atendimento dado às questões de saúde mental, ressignificando-o como cuidado, se faz necessário contextualizar a origem das conceituações que permeiam este tema, de forma a entender seu percurso e modificações de atitudes.

O séc. XVIII pode ser colocado como um marco nessa história, ao significar a fundação dos hospícios. O tratamento utilizado na época se baseava na crença de que a *loucura* era uma *doença* da razão – e para tratá-la, era necessário isolá-la. Pinel preconizava o “tratamento moral” para tal enfermidade, denominando a loucura de “alienação mental”. Este tratamento se sustentava nas dimensões do alienismo, sendo estas o isolamento do mundo e disciplina dentro de uma instituição, vigilância ininterrupta visando à autodisciplina, e a relação de soberania entre médico e doente. Um dos aspectos desta relação era a fidelidade absoluta ao médico, transformando o indivíduo doente em instrumento de imposição de uma vontade racional externa. Este modelo assistencial tradicional tinha o respaldo teórico do paradigma problema-solução, que permaneceu por mais de um século como a principal forma de tratamento psiquiátrico (ALVES e GULJOR, 2005).

No nosso país, o contexto se dá da mesma forma; porém, no séc. XX, aparece um modelo que se posiciona em contra da hierarquização hospitalocêntrica, adotando as idéias do preventivismo, que incorporava não somente conhecimentos médicos, mas também oriundos da psicologia behaviorista e sociologia. A idéia era de que a doença mental podia ser prevenida, em vários níveis. Para colocar em prática as prevenções em nível primário, secundário e terciário, foram criados os Centros de Saúde Mental – no entanto, esses novos serviços não refletiram numa nova política voltada à integralidade.

Ainda no Brasil, a ambulatorização, considerada por muitos como solução para a assistência psiquiátrica, é vista de outra forma para Fagundes e Libério (1997); para os autores, a expansão de uma rede ambulatorial cronifica a sua clientela e promove a indução à farmacodependência. Para os autores, as questões de sofrimento mental devem sempre ser uma preocupação dos profissionais de saúde, e precisam ser detectadas em toda a rede de assistência – no entanto, estes problemas não podem ser tratados de forma simplista, dada a complexidade intrínseca nestes. Segundo os autores, esta simplificação é o que foi chamado de psicologização dos problemas sociais, nos anos 60 e 70.

Num contexto de movimentação social e política, que se constitui sobre o pano de fundo da redemocratização no país, criam-se condições para repensar as questões de sofrimento psíquico e loucura, sendo na década de 80 e 90 quando se delineiam transformações no cenário das políticas públicas em saúde mental.

Nascimento e Braga (2004) referem que nesse período acontece um grande movimento legislativo na saúde, apesar de ainda não se sentir na prática estas mudanças. A Reforma Psiquiátrica brasileira surge no turbilhão de movimentos sociais e políticas que ocorreram na época, tais como a 8ª Conferência Nacional de Saúde ou o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental. Esta Reforma se propõe a romper o modelo clínico-psiquiátrico, sugerindo uma reformulação de saberes e práticas, de forma a desconstruir e reconstruir a visão de saúde mental vigente e suas formas de tratamento, assim como trazer novamente ao centro do cuidado a pessoa sofredora de doença psíquica, em detrimento da doença em si. Propunha que este cuidado deve dar-se em uma rede de atenção em todos os seus níveis e estruturas, substituindo o hospital psiquiátrico.

Neste contexto são promulgadas as Portarias 189/91 e 224/92 (BRASIL, 1991, 1992), que vieram anunciar um processo de reformulação administrativa na área da saúde, a qual iniciava com a transferência de recursos financeiros de internações psiquiátricas para a criação de serviços extra-hospitalares que viriam a substituir os hospitais psiquiátricos.

A Lei Federal 10.216 de abril de 2001 (BRASIL, 2001) se configura hoje como uma das bases legais do movimento reformista de saúde mental, a qual dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de doença mental, devendo esta ser assistida por uma rede de atenção em saúde mental, abrangendo todos os níveis de complexidade. Os serviços de atenção básica constituem-se como pilares importantes dessa atenção, sendo que se configuram como porta de entrada para o sistema de saúde. Estes serviços, como o Programa de Saúde da Família (PSF), atualmente constituem o elo mais próximo à família e à comunidade e, por estas questões, a demanda de saúde mental deve ser identificada e acompanhada por esta equipe. As ações básicas em saúde, asseguradas pelos princípios do SUS, tornam-se um vasto e fértil campo para a concretização de mudanças na forma de pensar e agir saúde e trabalhar a saúde mental. (NASCIMENTO e BRAGA, 2004).

B. A SAÚDE MENTAL NA REDE BÁSICA

Dentro da história sanitária, sempre existiu um emaranhado de práticas e saberes sobre a saúde mental, nem sempre similares à conjuntura que se apresenta atualmente no sistema de saúde. O caminho que se percorreu começa no início dos

anos 80, quando a área de saúde mental era um desdobramento da política de saúde mental nacional.

Nessa década, o governo realiza a 7ª Conferência Nacional de Saúde, criando, a partir desta, o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), primariamente com o intuito de racionalizar gastos devido à crise fiscal da época. As diretrizes para a implantação da Atenção Primária à Saúde são lançadas em 1982 pelo CONASP, que regulam a assistência através da hierarquização dos serviços por níveis de complexidade tecnológica, estabelecendo o nível primário como porta de entrada do sistema, particularmente voltado para a prevenção e cuidados básicos em saúde; para o secundário se postulava a assistência especializada e o nível terciário se encarregava das ações mais complexas, a nível hospitalar (FIGUEIREDO, 2006).

Em 1983, lançam-se as Ações Integradas em Saúde (AIS), relacionadas fortemente ao movimento de Reforma Sanitária, que tiveram sua implantação limitada; porém, em algumas experiências focais mostrou-se viável, principalmente por possibilitar a participação popular e contar com seu apoio (PUSTAI, 2004).

Neste contexto, a assistência psiquiátrica foi incluída na estratégia da atenção básica, por meio do trabalho de equipes mínimas de saúde mental nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), que exerciam suas atividades segundo os preceitos do nível básico. Porém, estas ações não foram suficientes para modificar as práticas psiquiátricas tradicionais em saúde mental, já que, segundo a hierarquização do serviço, quando o paciente entra em crise ou seus sintomas fica mais severos, ele deve ser encaminhado para o nível de maior complexidade – que, na maioria dos casos, acabam sendo os hospitais psiquiátricos (FIGUEIREDO, 2006).

Com a aprovação da Constituição de 1988, o sistema de saúde começa a esboçar uma nova configuração, incorporando as reivindicações de políticas públicas intersetoriais para garantir uma melhor qualidade de vida para todos – pressupostos oriundos da Reforma Sanitária, que a Constituição toma como referência. A rede básica se configura de forma mais complexa que a colocada pelo CONASP, integrando as ações e incorporando a prevenção, promoção e assistência à saúde (NASCIMENTO e BRAGA, 2004). Os profissionais da saúde mental entram como ampliação de equipes de saúde nas UBSs, visando ações de nível preventivo e de nível secundário, que acolhessem pacientes com transtornos mentais menos graves e aqueles egressos dos hospitais psiquiátricos.

Para Figueiredo (2006), porém, estas iniciativas não foram suficientes para cobrir as necessidades de atenção à saúde mental na atenção básica, principalmente por falta de investimento político e revisões do processo de formação ou capacitação dos profissionais, que acabaram sendo absorvidos pelos serviços. A autora refere que é nessa época que começam a se desenvolver serviços extra-hospitalares em São Paulo e Santos, como o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Prof. Luis da Rocha Cerqueira, em 1987, e os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), a partir de 1989, que visam uma reforma na assistência à saúde mental, trazendo a implementação de dispositivos substitutivos dos hospitais psiquiátricos como uma das estratégias políticas principais para a saúde mental na época.

A formação dos CAPS em todo o país traz uma questão dicotômica para a assistência em saúde. Os Centros ocupam um lugar importante na organização da atenção à saúde mental, mas sua criação não impulsionou um investimento na atenção básica de forma que esta seguisse o avanço na sua trajetória de mudança do modelo tecno-assistencial. O fato de ser estratégico não coloca o CAPS como única frente para este tipo de demanda. A Secretaria de Atenção à Saúde coloca que uma rede de cuidados deve ser formada, abrangendo a atenção em saúde mental, dentro da qual a atenção básica está incluída – inclusive porque a maior parte das pessoas com transtornos mentais leves estão sendo atendidas na atenção básica (BRASIL, 2001).

Partindo desta informação, é relevante a preocupação de que todos os profissionais que atuam na ponta estejam preparados para lidar com esta demanda, e além disso, trabalhem em equipe. Esta não é uma questão de fácil resolução, dado que, como relata Figueiredo (2006):

Uma atenção integral, como a pretendida pelo SUS, só poderá ser alcançada através da troca de saberes e práticas [...] instituindo uma lógica do trabalho interdisciplinar, por meio de uma rede interligada de serviços de saúde (p.18).

Esta observação se faz extremamente importante devido a que, ainda, a saúde mental é encarada como parte de uma especialidade, específica de determinados profissionais de saúde. As práticas de referência e contra-referência operam nos centros de saúde para pacientes com distúrbios mentais com o mesmo mecanismo das demais demandas; porém, o caso destes pacientes oferece mais dificuldade

para o seguimento destes encaminhamentos, de forma que é necessário segui-los mais de perto, e responsabilizar-se pelo seguimento dessas pessoas. A atenção em saúde mental se configura como um desafio ao SUS como sistema unificado e integral, assim como para a eficácia da rede básica e dos equipamentos substitutivos, pois estes se encontram com a dificuldade de criar parcerias necessárias para a resolubilidade em saúde mental.

Estamos lidando aqui com a questão de que estas ações em saúde mental devem ser exercidas em todos os níveis de atenção, configurando um cuidado em seu mais amplo sentido, por todos os profissionais ali inseridos. Amaral (1997) destaca que não somente é necessária a implementação de uma nova política pública em saúde, e sim que essa venha acompanhada das implicações socioculturais da proposta da reforma psiquiátrica, ou seja, uma articulação intersetorial e ações que afirmem a alteração das representações sociais sobre a *loucura* e os direitos dos doentes mentais.

No caso da saúde mental se faz essencial o entrelaçamento de ações e práticas para diminuir o descompasso entre atenção básica e saúde mental, hoje caracterizado pelos CAPS. Nesse sentido, se faz relevante a discussão das possibilidades de acolhimento e preparação específica dos profissionais de saúde que atuam no nível primário, para que o cuidado ao paciente que padece de sofrimento psíquico seja integral e resolutivo.

C. AS DIMENSÕES DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

A Reforma Psiquiátrica ocorrida na Itália em 1978 tinha o apoio de psiquiatras italianos renovadores que criticavam o paradigma da psiquiatria como um conjunto de práticas e normas técnicas, que visavam solucionar o problema da doença mental por meio da racionalidade de combate ao problema, com uma solução (cura).

Nesse movimento, buscava-se o abandono do paradigma que buscava a cura da doença mental, em prol da busca de uma reinvenção da saúde, e da reprodução social do paciente. A importância é transferida do diagnóstico psiquiátrico para a causa das perdas pelas quais o paciente está passando e seu sofrimento psíquico. O objeto de intervenção valorizado então passa a ser a “existência-sofrimento dos pacientes” e suas formas de expressão no seu contexto social (AMARAL, 1997).

Pinheiro e Guizardi (2005a) fazem menção à noção de cuidado, reportando-se à uma ação integral, com significados e sentidos que objetivam a compreensão da saúde como o direito de ser, em detrimento de apreender o cuidado como um nível de atenção do sistema de saúde ou procedimento técnico. Para compreender o universo que rodeia o sofrimento e o adoecimento, é necessário transcender o modelo de dualidade corpo - mente, entendendo o sujeito como uma totalidade. Conforme Lacerda e Valla (2005), o cuidado deve ser levado além da dimensão física e basear ações de forma integral, propiciando uma forma de aliviar o sofrimento das pessoas acometidas com doença mental.

Os autores referem que a ampliação da compreensão da doença para além do nível biológico implica que o profissional de saúde leve em consideração a forma como cada pessoa é afetada na sua existência e o significado que a situação de adoecimento representa na sua vida pessoal. Quanto ao “porta-dor” (LACERDA e VALLA, 2005) da doença mental, além de um diagnóstico, ele deseja ser acolhido e se sentir cuidado em suas demandas e necessidades.

Seminotti (2001) cita autores com Tänkã e Uchoa, que consideram que o paciente não deve ser visto como um órgão doente, mas como um ser humano doente, cuja enfermidade representa um desequilíbrio que repercute e prejudica sua vida psíquica e social. Para Machado, Pinheiro e Guizardi (2005), os profissionais de saúde enfrentam dificuldades devido a uma crescente demanda relacionada à falta de perspectiva e esperança sentidas pelo homem da atualidade, que sofre as conseqüências das mudanças na configuração social atual – os autores denominam este fenômeno de “endemia da sociedade moderna”. Por englobar muitos aspectos sociais e individuais, a demanda deste sujeito não se relaciona diretamente com cuidados médicos, o que resulta num caminho de encaminhamentos dentro do sistema de saúde. Realiza-se a busca infinita do diagnóstico de alguma entidade patológica que justifique estes sentimentos, já que *“na prática terapêutica não se tem muito a oferecer a estes pacientes, além de medicá-los com sintomáticos, principalmente os psicofármacos para as queixas mentais e emocionais”* (LACERDA e VALLA, 2003, p. 177).

Lacerda e Valla (2005) fazem referência ao fato de que, embora o sofrimento seja experimentado pelo indivíduo, a biomedicina se esforça em tentar objetivá-lo e restringi-lo à dimensão física; como conseqüência, as intervenções médicas podem tornar-se também fonte de sofrimento ou até agravar os problemas que o paciente

traz, deixando as questões subjetivas a um lado. Considerando que o cuidado é vantajoso para o paciente no sentido de que pode minimizar o impacto do adoecimento, a falta de cuidado pode agravar a situação e aumentar o isolamento social naturalmente causado pela doença. Sendo assim, o cuidado se coloca como peça chave diante do aumento da demanda de atenção médica decorrente deste chamado “sofrimento difuso”.

Merhy (2007) comenta sobre as tensões que o trabalho de cuidador geram nos profissionais de saúde, tanto ao realizar o trabalho quanto nos momentos de reflexão. Eles operam no papel não só de clínicos (quando vivem a tensão de produção de procedimento X produção de cuidados), como de gerentes do processo de cuidar, sendo responsáveis pelo projeto terapêutico. Para operar no papel de cuidador, este trabalhador deve ser capaz de ampliar suas ferramentas nos processos relacionais, podendo atuar nas tecnologias leves, tecnologias de relação com o vínculo, acolhimento e responsabilização, articulando as necessidades dos usuários, trabalhadores e organizações e promovendo ganhos de autonomia dos usuários e compromissos com a defesa da vida individual e coletiva.

D. AS ORIGENS DA MEDICINA CLÍNICA E SUAS IMPLICAÇÕES NO CUIDADO À SAÚDE MENTAL



A Clinical Lesson at the Salpêtrière de Pierre André Brouillet

O quadro acima ilustra uma aula do Dr. Jean-Martin Charcot, no qual faz uma leitura clínica de uma histérica, no Salpêtrière, nos primórdios da atenção à saúde mental. Foucault (1989) coloca, como se estivesse nomeando esta pintura, que o poder do médico lhe permite produzir a realidade de uma doença mental cuja propriedade é a de reproduzir fenômenos inteiramente acessíveis ao conhecimento.

Assim, a histérica (nossa personagem desmaiada acima) era a doente perfeita, pois permitia conhecer, e transcrevia, nela mesma, os efeitos do poder do médico em formas que podiam ser descritas em um discurso científico perfeitamente aceitável. O autor esclarece: existe a hipótese de que a explosão da crise da psiquiatria e os primórdios da antipsiquiatria ocorreu no momento em que se desconfiou, e afinal se comprovou, que Charcot produzia as crises de histeria que descrevia.

Assim, o que estava implicado nesta relação de poder era o direito absoluto da não-loucura sobre a loucura – poder que colocava a loucura como objeto de conhecimento para a ciência médica, constituindo-lhe como doença, no mesmo momento em que o sujeito que sofria encontrava-se desqualificado como louco, despojado de todo o poder e saber sobre a sua doença. Foucault mostra como era o pensamento usual nesta época, colocando na boca de um médico as seguintes afirmações:

Sabemos sobre a sua doença e sua singularidade coisas suficientes, das quais você nem sequer desconfia, para reconhecer que se trata de uma doença: mas desta doença conhecemos o bastante para saber que você não pode exercer sobre ela e em relação a ela nenhum direito. Sua loucura, nossa ciência permite que a chamemos doença e, daí em diante, nós médicos estamos qualificados para intervir e diagnosticar uma loucura que lhe impede de ser um doente como os outros: você será então um doente mental (1989, p. 127)

Segundo Flora (2006), apesar de variarem as estimativas, calcula-se que um terço dos pacientes que recorrem ao serviço de atenção básica estão em condições de estresse psicossocial. As estimativas do Ministério da Saúde mostram que 3% da população necessita de cuidados contínuos devido a transtornos mentais e mais de 9% precisam de atendimento eventual (totalizando 20 milhões de pessoas, ou 12% da população geral do país); destas, a maior parte das pessoas com transtornos mentais leves estão sendo atendidas na atenção básica – entre eles o MS cita queixas psicossomáticas, uso de álcool e drogas, dependência de psicofármacos, transtornos de ansiedade, depressão, entre outras (BRASIL, 2001).

Porém, a maioria dos pacientes que se apresentam ao médico de família é tratada sintomaticamente; e mesmo assim, calcula-se que em um terço das consultas na APS nenhuma patologia orgânica é identificada. Nesse caso, o médico que atua dentro de uma visão organicista, se vê sem saída para ajudar o paciente. A

constatação feita por Flora é que o médico não está preparado para atender a estes casos nem sabe que conduta adotar. Na prática médica, pacientes com “problemas psicológicos” abarcam toda uma gama de transtornos somáticos e episódios depressivos com sintomas somáticos – patologias atribuídas à influência exercida sobre o corpo pelas emoções.

Que procedimento é tomado então? Geralmente o médico centra-se no alívio dos sintomas, por meio da prescrição de medicamentos, que acaba não dando resultado, gerando frustração no paciente e no profissional (FLORA, 2006). Essa atitude vai de encontro com os conceitos da APS e as políticas envolvidas, segundo as quais, as ações de saúde devem abranger a promoção e a proteção da saúde, além do diagnóstico e tratamento. Igualmente, deve orientar-se

pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2006b, p. 2).

A saúde mental busca uma reestruturação do atendimento psiquiátrico com base na atenção básica de saúde e no contexto do modelo de sistemas locais de saúde. Os portadores de transtornos mentais ou sofrimento psíquico buscam uma assistência igual à dada a qualquer paciente, com dignidade, resolubilidade e de inclusão social. Porém, a doença mental é talvez a que “*mais exige solidariedade humana, desprendimento, destemor, capacidades de absorção, de produção de sentimentos de cooperação e de integração social*” (BÜCHELE et al, 2006, p. 227), fato que às vezes entra em confronto com o aprendizado e a metodologia médica, dificultando, para estes profissionais, o desenvolvimento de tal comportamento frente a estes pacientes.

O profissional da área médica, que aqui nos interessa, é reflexo de uma história e cultura da Medicina, que traz consigo toda uma gama de representações e ideais sobre saúde mental. Para tentar explicar por que o médico se mostra despreparado para atender à demanda de sofrimento psíquico, nos voltamos para a exploração da história da medicina e sua aplicação clínica em seus séculos de evolução, baseado principalmente na obra de Foucault, e a implicação disto na prática atual.

Para contextualizar a evolução da Medicina, tomamos as observações de Tänkã (1988), que refere que é de conhecimento geral que a *arte* da medicina é milenar e que se pode situar o nascimento da medicina moderna no final do séc.

XVIII, quando se passa a privilegiar o empírico e a razão, em detrimento de especulações baseadas em velhas teorias e sistemas. Somente com o surgimento das Ciências Naturais no século XIX e com o excepcional progresso da medicina, podemos considerar o aparecimento da *ciência médica*.

Ainda no séc. XVIII, estas transformações da medicina põem por terra o paradigma aristotélico e inicia um discurso científico, levando o médico a ser admirado por seus poderes curativos, mas também despertando sentimentos hostis e contraditórios quando não consegue evitar a morte. A medicina científica neste século se fundamenta no “ver e dizer”, silenciando o paciente, e destituindo-lhe de sua condição de sujeito. Ainda hoje a medicina concebe a doença como algo que aparece no corpo, aos olhos de um médico munido de conhecimento para ver, identificar e dizer o que vê através de um vocabulário específico (MELO e BRANT, 2005).

Nos seus primórdios, a medicina se ocupava em classificar, organizar um campo nosológico, hierarquizando a doença em famílias, gêneros e espécies. Frier (apud FLORA, 2006) frisava que “*o conhecimento das doenças é a bússola do médico; o sucesso da cura depende de um conhecimento exato da doença*” (p. 206).

Esta medicina considerava o hospital um lugar artificial, onde a doença poderia se perder da sua origem; o lugar natural da doença era o da vida de família. Assim, os médicos que tratavam à domicílio adquiriam um conhecimento e experiência únicos ao defrontarem-se com os fenômenos naturais das doenças. O médico ali estava para descobrir a doença, encontra-la dentro do doente, como um criptograma. Para Flora (2006), desta mesma forma, o doente ali se configurava como um “acidente” da doença, um objeto do qual ela se apossava temporariamente. Assim, o exame clínico baseava-se em estabelecer relações entre os sintomas e seus antecedentes, de forma a descobrir a verdade escondida, já presente no corpo do doente, e poder assim pronunciar um nome: o da doença.

Favoreto (2005) também refere que a trajetória da medicina nos dois últimos séculos mostra um desenvolvimento que afasta o médico do sofrimento como objeto de cuidado, legitimando a atenção na doença e a racionalidade biomédica que sustenta a história da medicina. As idéias de cuidado e integralidade se perdem dentro de um conhecimento fragmentado, especializado e reducionista, impedindo a relação de cuidado ao reduzir ao máximo a experiência de sofrimento ao domínio biológico.

Foucault (1989) ilustra esta questão dizendo que no séc. XIX, o médico assume o personagem de “mestre da loucura” frente a um paciente sofrendo de loucura – aquele que conseguia fazê-la se manifestar em sua verdade quando ela se escondia, quando permanecia soterrada e silenciosa, e aquele que a dominava, a acalmava e a absorvia depois de a ter sabiamente desencadeado.

Corroborando com isso, Seminotti (2001) afirma que o diagnóstico médico clássico utilizado para descobrir a etiologia da doença, avaliar as conseqüências na estrutura e funcionamento do corpo, assim como para classificar a doença, é de natureza generalizada e impessoal. Como resultado, o médico tende a transmitir um diagnóstico geral baseado exclusivamente na probabilidade estatística, e não faz menção ao aspecto social e subjetivo específico e individual do paciente – porém, ao paciente que padece da doença, nada significa quantos pacientes padecem da mesma doença ou sua probabilidade de recuperação. Como indivíduo ele se restabelece ou morre.

Melo e Brant (2005) observam que “o médico preocupa-se com o diagnóstico e esquece-se do ‘porta-dor” (p. 17), sendo o sintoma um sinônimo de doença, ao invés de representar um sinal ou tentativa de resolução do problema.

A atitude do médico foi se cristalizando, como personagem que foi moldado através de, pelo menos, três séculos. Seu papel social está associado ao de um observador neutro, que volta sua atenção para a doença e seus múltiplos disfarces. No papel de investigador, que vai atrás de pistas para identificar o mal que acomete o sujeito, incorre, por vezes, no erro de esquecer da pessoa por trás da doença.

Outra poderosa influência que herdou foi o condicionamento a somente aceitar o crível do empírico, da percepção – e a valorização do conhecimento extraído da morte e consubstanciado na anatomia patológica. Aqui cabe a menção ao comentário de Foucault de que “*o cadáver aberto e exteriorizado é a verdade interior da doença, é a profundidade exposta da relação médico-paciente*” (FOUCAULT, 2004). Nesta frase cabem os principais efeitos da história da clínica sobre a prática médica: a habilidade da percepção, do olhar clínico; o conhecimento racional da doença em toda sua crueza orgânica; e a atitude neutra de observador e pesquisador dos fenômenos patológicos do ser humano.

Nascimento e Braga (2004) constataram em seu estudo com enfermeiros e médicos do PSF do Ceará sobre saúde mental, que a doença mental é vista pelos profissionais médicos como um distúrbio patológico e emocional que prejudica a vida

normal, sem, no entanto, considerar o processo saúde-doença mental que envolve diversas variáveis, como o psicológico, o cultural e o social. A doença mental se configura como uma entidade nosológica, que pode ser diagnosticada através dos meios que a constitui, os quais apontam para um desvio dos tecidos orgânicos.

O Dr. Michael Balint efetuou uma investigação nos anos 50 sobre a questão da relação do médico com seu paciente e a doença. A constatação de Balint foi de que ainda existia a clivagem entre a ciência médica e a prática no consultório. As escolas preparatórias (faculdades) habilitam os profissionais a diagnosticar patologias no âmbito das suas especialidades, marca registrada da cultura da prática e aprendizagem acadêmica no âmbito hospitalar. Para os profissionais da atenção básica, os pacientes se apresentam dentro do seu contexto maior, na sua família e na sua comunidade: os problemas que elas trazem aparecem sob a forma de “uma doença da pessoa inteira” (FLORA, 2006), e os ensinamentos oriundos da medicina hospitalar, nestes casos, não ajudam o médico a enfrentar a pessoa dentro do seu contexto de vida (o tópico sobre a formação médica será apresentado adiante).

Os casos de saúde mental analisados por Flora revelam que algumas pessoas não conseguem enfrentar as dificuldades que se encontram nas suas vidas, e “fogem” através de uma doença. Porém, os médicos, influenciados pelos especialistas, procuram primariamente um problema orgânico, mesmo que as evidências apontem para uma questão de sofrimento psíquico. Estes profissionais, carregados da cultura clínica discutida, se sentem mais seguros no terreno das patologias orgânicas do que das alterações funcionais – sobretudo, acreditam que a doença física é mais grave e séria que uma doença somática, mental ou que gere sofrimento psíquico.

Para combater essa visão, Alonso e Finale (2006) colocam como exemplo a depressão, que apresenta uma alta prevalência no âmbito da atenção primária, tendo um impacto social e sobre a funcionalidade física superior ao de doenças como a hipertensão ou diabetes; se associa a uma elevada morbidade e mortalidade por suicídio, e em geral se apresenta de forma crônica e recorrente. Os autores consideram que, apesar destes dados, a depressão é uma doença infradiagnosticada e infratratada, principalmente na atenção primária, paradoxalmente, onde de forma inicial e mais freqüente são atendidos os pacientes que padecem deste tipo de transtorno.

O procedimento resultante das dificuldades enfrentadas pelo profissional médico é dominado pelo receio de focar-se em uma “neurose” e diagnosticar um transtorno mental, deixando passar alguma doença física – conseqüentemente, esta ansiedade dá lugar a duas estratégias médicas: exames complementares e referência a especialistas.

Estas estratégias são normalmente tomadas para aqueles “casos difíceis”, quando o paciente “chora muito” e ainda por cima, “não tem nada”. A rotina de exames complementares é levada à exaustão, até que se encontre algum sinal físico acidental, que é responsabilizado pelo quadro apresentado. Assim, o médico induz o paciente a organizar-se em torno do resultado encontrado, de forma a convencê-lo da utilidade de uma prescrição medicamentosa para seu alívio, embora não seja esta a atitude necessária para tal (FLORA, 2006).

O outro recurso utilizado pelo médico nesta situação é a de encaminhar o paciente para um especialista, para que este desenvolva um diagnóstico mais preciso (ao que Flora se refere como a “perpetuação da relação professor-aluno”). Nas situações em que o paciente aparece com algo atípico, é usual esta prática, que acaba por gerar uma diluição de responsabilidade – o paciente é encaminhado de profissional para profissional, sem que ninguém assuma responsabilidade por ele.

Estes dois vieses do encaminhamento se tornam mais graves quando estamos tratando do atendimento da atenção básica: primeiro porque temos que considerar que no SUS ainda é difícil a questão da referência – contra-referência, como um sistema que nem sempre é resolutivo e muitas vezes demorado. Em seguida é importante lembrar as diretrizes que constituem a Atenção Básica, que inclui que as equipes do nível primário devem responsabilizar-se pelos pacientes e seu acompanhamento longitudinal.

Como resultado destas intervenções, nos deparamos com um paciente com uma demanda de sofrimento psíquico não identificado, que incomoda o médico na medida em que seu diagnóstico não mostra nenhuma doença identificável, e que, portanto, o obriga a enfrentar os problemas psicológicos da pessoa. Sentindo-se despreparado para tal, a angústia e pressão tornam-se crescentes, podendo inclusive o profissional sentir-se culpado: seus exames mais criteriosos não mostraram nada e o tratamento que instituiu não traz o alívio esperado.

O paciente, por outro lado, quer nomear aquilo que sente, entender porque sente-se assim, e porque o medicamento não funciona. Diante desta demanda,

recebe a resposta de que não tem nada; ou seja, sua oferta é rejeitada e fica com seu problema não resolvido (FLORA, 2006).

E até que ponto ele consegue ter domínio sobre sua “necessidade de saúde”? Pinheiro et al (2005) respondem a esta questão dizendo que os modelos explicativos predominantes para definir demandas apresentam um traço em comum: a redução do sujeito ao biológico da doença, desconsiderando o contexto onde se insere, e cujas respostas só podem ser elaboradas a partir dos conhecimentos especializados advindos de racionalidades. Desta forma, as demandas em saúde não se configuram como tal, a não ser quando identificadas por um interlocutor qualificado, que determina “em nome do conhecimento técnico” sua mais adequada conformação – a doença – e assim oferece a melhor forma de responder à elas.

Flora (2006) cita um comentário de Balint: “*nós pensamos que certas pessoas que, por uma razão ou por outra, não podem enfrentar os problemas de suas vidas, se livram ficando doentes*” (p. 212). É tarefa do médico ter discernimento sobre que casos ele deve tratar uma doença física e quais ele deve ajudar a pessoa a enfrentar suas dificuldades de vida. Só que para tal, o profissional não pode dar-se por satisfeito com um interrogatório sobre as questões de saúde da pessoa; é necessário um diagnóstico aprofundado, contemplando a pessoa como um todo, integral, o que requer uma habilidade de cuidado do médico, já comentado: a escuta. Afinal, o cuidado integral é o que preconiza a atenção à saúde mental na atenção básica...

O médico que trabalha na atenção primária tem condições, pelas próprias características do trabalho do médico de família nas UBS ou PSF, de acompanhar o curso da história de vida do paciente e sua família, de forma a poder contextualizar uma eventual doença mental. Flora (2006) interpreta essa condição baseado no pensamento de Balint, como “*bem administrar o ‘fundo mútuo de investimento’, isto é, todas as experiências e a confiança compartilhadas entre o médico e o paciente que foram acumuladas, às vezes, durante anos de convívio*” (p. 212). Nesse contexto, diz o autor, o melhor medicamento é o remédio médico: o doutor em si mesmo é a melhor “medicação” para estes casos, e podem ser decisivos para a cura naqueles episódios em fase inicial de desorganização. Muitos casos, se encaminhados nessa fase, podem dispensar ajuda de psicólogos ou psicoterapia posterior, pois o médico aprende a se servir de si mesmo como instrumento terapêutico, tal como o bisturi se apresenta para um cirurgião.

E como fica a relação médico-paciente?

Segundo Traverso-Yépez e Morais (2004), quanto mais o médico enfatiza o órgão doente e não a pessoa, menos chance terá de entender os sintomas do paciente, justificando, assim, a necessidade de que este profissional tenha uma adequada formação psicoterapêutica. As práticas relacionadas com o processo saúde-doença, longe de se reduzirem a uma evidência orgânica e objetiva, estão intimamente relacionadas com as características de cada contexto sócio-cultural e também com a forma como cada pessoa experimenta subjetivamente esses estados. O interessante é perceber, porém, que nas práticas cotidianas do atual sistema de saúde, baseado no modelo biomédico hegemônico, continua-se negligenciando essa complexidade ao focar a doença e desconsiderar o valor da experiência subjetiva do paciente.

Foucault (2004) refere que à pura essência nosológica da doença, o doente acrescenta perturbações, disposições, sua idade, seu modo de vida e toda uma série de acontecimento que figuram como acidentes em relação ao núcleo essencial. Para conhecer a verdade do fato patológico, o médico deve abstrair o doente: *“é preciso que quem descreve uma doença tenha o cuidado de distribuir os sintomas que a acompanham necessariamente, e que lhe são próprios, dos que são apenas acidentais e fortuitos, como os que dependem do temperamento e da idade do doente”* (p. 7).

Encontramo-nos então com um paradoxo: a pessoa doente representa um fato exterior em relação ao que sofre; a leitura médica somente deve considerá-lo para poder colocá-lo entre parênteses. Sobre isso constata Foucault que *“não é o patológico que funciona, com relação à vida, como uma ‘contranatureza’, mas o doente com relação à própria doença”* (2004, p.7). Daí a posição paradoxal: quem deseja conhecer a doença deve subtrair o indivíduo com suas qualidades singulares. O autor faz referência a Zimmermann, que dizia que o curso da maioria das doenças são fixadas por leis imutáveis que logo se descobrem, se o curso da doença não é interrompido ou perturbado pelo doente. Neste contexto, o indivíduo que sofre diante do seu médico, é apreciado como um elemento negativo; não há a consideração de que um transtorno não se dá fora de um temperamento, vivacidade ou vida social.

A visão explicitada por Foucault não se refere especificamente à transtornos mentais; mas fazendo o paralelo do pensamento do autor com as questões de doença mental, intensificam-se estas falhas na interação com o paciente e sua vida. Ao deparar-se com um problema orgânico, questões de toda sorte devem ser consideradas para um bom diagnóstico e tratamento; quando se trata de uma questão psicológica, de sofrimento mental, ainda mais relevantes se fazem estes questionamentos, para que o profissional possa construir uma noção de contexto no qual possa entender o que se passa com o indivíduo que lhe pede ajuda.

Esta desconsideração da subjetividade e da experiência de vida do paciente implica também uma série de conseqüências negativas para o relacionamento médico - paciente. De fato, essa relação está quase sempre alicerçada na crença de que é somente o profissional de saúde, e não (ou também) o próprio usuário, que sabe a respeito do seu estado de saúde ou doença. A comunicação entre estes tende a ser insatisfatória, tanto pela limitação de tempo e conseqüente falta de disponibilidade que a maioria desses profissionais enfrenta por ter que conciliar diferentes atividades, quanto pela insuficiente preparação para escutar e dialogar com o paciente.

Outro aspecto que prejudica a comunicação entre eles é o uso que o profissional faz da linguagem técnica, difícil de ser compreendida pelo usuário leigo, sobretudo de baixa instrução. Para Traverso-Yépez e Morais (2004), ao citar Boltanski, uma possível explicação para esse “desencontro” pode ser o caráter de classe dessa relação, a conseqüente existência de diferentes conhecimentos e experiências e, portanto, de diferentes processos de significação, estilos de comunicação e abordagens que profissionais e usuários possuem no que se refere às práticas de saúde.

Outra explicação pode ser dada por Pinheiro et al (2005), ao fazerem referência ao fenômeno considerado nos últimos 40 anos como medicalização. Este pode ser entendido de duas formas: por um lado, o ocultamento de aspectos usualmente conflitivos das relações sociais, pela sua transformação em “problemas de saúde”; e por outro, a expropriação da capacidade de cuidado das pessoas em geral, em especial os membros da camada mais popular, fazendo-as dependentes do cuidado dos profissionais, em particular (ou quase exclusivamente, para alguns) do médico.

A principal conseqüência verificada em virtude do distanciamento observado na relação entre profissional e paciente é o denominado “baixo comprometimento” do

paciente com o seu tratamento, imposto, na maioria das vezes, de forma verticalizada. O interessante é que, apesar de óbvio, os profissionais, geralmente, têm dificuldade de entender o porquê desse baixo comprometimento. A comprovação de que esse modelo de atendimento possui limitações pode ser percebido, tanto pelas constantes críticas e reclamações dos usuários, como por sua baixa resolubilidade, já que fica cada vez mais clara a complexidade do processo de adoecer, bem como a necessidade de o paciente comprometer-se com os cuidados com a sua saúde. Esse reconhecimento vem implicando a necessidade crescente do resgate da subjetividade e da relação dialógica entre o profissional e o usuário do serviço. Essa proposta parte da convicção de que, entre profissional e paciente, não existe um que não sabe, mas dois que sabem coisas distintas; decorrendo daí a necessidade de “*superar essa visão antropocêntrica e individualista do modelo vigente, acreditando que o agir do profissional de saúde deveria ser forçosamente mais humilde, baseado na escuta, no diálogo e não na imposição de ‘receitas’*” (TRAVERSO-YÉPEZ, 2001, p. 54). A necessidade de humanização da relação profissional - paciente, com base no desenvolvimento de uma relação empática e participativa, é uma prioridade.

Seminotti (2001) menciona que o indivíduo em sofrimento deseja encontrar em seu médico, além de sua perícia, uma disponibilidade afetiva durante a consulta, que seja comunicativo e demonstre estar atento às suas queixas, valorizando os sintomas apresentados dentro de uma visão biopsicosocial; e que, além disso, seja claro e honesto quanto às informações a seu respeito.

Desse ponto de vista, é necessário que o médico ofereça seus conhecimentos e habilidades técnicas, mas também a possibilidade de fomentar uma relação com o paciente que apóie os objetivos do tratamento. Para a autora, a melhor forma de estabelecer uma relação terapêutica satisfatória com os pacientes é a consciência do médico de que deve *saber falar* com seus pacientes e, em determinadas situações, *saber calar para poder escutar*. Segundo Jennings, “*um homem que sabe escutar pode ouvir inclusive coisas que ainda não foram ditas*” (apud SEMINOTTI, 2001, p. 131).

Além da escuta, o ato de olhar o paciente é, antes de tudo, um ato expressivo que intervém decisivamente na comunicação entre o médico e a pessoa doente. Ao médico se ensina a explorar os reflexos do paciente e auscultá-lo, mas não se ensina a olhá-lo, pois o olhar implica levar em consideração a pessoa que busca o

atendimento médico. Para os estudantes que formam-se médicos a arte do olhar deveria ser um dos primeiros conhecimentos adquiridos na formação, assim como a arte da palavra e do silêncio.

Flora (2006) reflete sobre o olhar do médico, o olhar que abre o segredo da doença para que esta seja visualizável; o olhar que observa, evita intervir – é mudo e sem gesto. O olhar do clínico é puro, ligado a um silêncio que lhe permite escutar a teoria.

E. A FORMAÇÃO DO MÉDICO

CARVALHO, GARCIA e ROCHA (2006) relatam que nos últimos anos tem ocorrido uma mudança no ensino de graduação das profissões de saúde no Brasil, baseadas na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – LDB, buscando qualificar a formação e contribuir para a melhoria da assistência prestada aos usuários do SUS. No caso da formação em medicina, a resolução institui princípios, fundamentos e condições para a formação dos médicos, preconizando, entre outras coisas, que cada profissional deve *“assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde”*, e que seja capaz de pensar criticamente, analisar os problemas da sociedade e procurar soluções para os mesmos.

No artigo 3º, recomenda que o profissional médico egresso da faculdade deve ser um profissional de formação humanista, generalista, crítica e reflexiva, capacitado para atuar no processo saúde-doença em todos os níveis de atenção, desenvolvendo ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde *“na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano”* (BRASIL, 2005^a).

O Aprender SUS recomenda que aos profissionais da saúde seja viabilizado a interação ativa do aluno com a população e outros profissionais desde o início, propiciando ao estudante a oportunidade de trabalhar sobre problemas reais, assumindo *“responsabilidades crescentes como agente prestador de cuidados compatíveis com seu grau de autonomia”* (BRASIL, 2005b).

Em contraste com o preconizado por estas iniciativas, Vinent e Jústiz (1997) destacam que as faculdades de medicina enfatizam a aprendizagem das capacidades diagnósticas e curativas para o atendimento de pacientes,

prevalecendo a prática realizada nos hospitais. Em contrapartida, ressaltam os autores, os conhecimentos necessários para avaliar os problemas da comunidade e desenvolver a atenção básica, priorizando a promoção da saúde e prevenção de doenças, continuam sendo insuficientes dentro do sistema educacional. Sendo assim, a prática profissional da atenção médica deve ser considerada como objeto de transformação por parte das instituições formadoras, dentro das condições que se praticam os serviços de saúde.

Apesar das considerações de diversos autores, o processo de formação do médico ainda é conduzido pela reprodução do modelo biomédico que subsidia a trajetória da medicina e sua aplicação na clínica. Os estudantes não são educados para lidar com as dimensões de sofrimento intrínsecas no processo de adoecimento. Para Favoreto (2005), o médico se mostra cético ao tentar minimizar, durante a consulta, as questões de subjetividade, ou então, tenta controlá-las com efeitos placebo ou psicofisiológico.

Os médicos são habilitados para lidar com distúrbios orgânicos; quando se deparam com as dificuldades emocionais de seus pacientes, encontram-se despreparados para abordá-las. Os especialistas-professores dos médicos nas escolas de Medicina inclinam-se a diagnosticar patologias no âmbito de suas especialidades, até porque, uma das grandes diferenças entre este tipo de atendimento e o realizado na atenção básica, é que os pacientes não são acompanhados longitudinalmente. As doenças descritas pelos “rótulos” da medicina hospitalar, nestes casos, não ajudam o médico que atende na atenção básica a compreender os verdadeiros problemas com os quais de defronta (FLORA, 2006). O profissional médico que se propõe a trabalhar na atenção básica encontra-se em seu consultório com pacientes que apresentam problemas sob a forma de “uma doença da pessoa inteira”, e nesse momento se enfrenta com a precariedade de sua formação no relativo a visualizar a pessoa com um todo.

Na Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS - www.famed.ufrgs.br), o currículo do curso inclui uma disciplina que aborda a prática na atenção básica: Métodos de Abordagem em Saúde Comunitária (mais conhecida como MASC), que conta com uma carga horária de 45 horas no curso todo, contra milhares de horas de clínica, bioquímica, histologia, patologia, farmacologia, entre tantas outras, sem contar as 225 horas de cada internato, em medicina intensiva, trauma, emergência...

Em outra grande universidade do Estado do Rio Grande do Sul, a Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS - www.pucrs.br), o currículo não se diferencia tanto. Não há disciplina de MASC, mas conta com duas cadeiras de Saúde Coletiva, no IV e V níveis (não é disponibilizada a carga horária), as quais apresentam vários níveis de cuidado dentro da APS, cada uma por separado (ex. APS: orientações alimentares para a população brasileira, APS: prevenção e tratamento do tabagismo, APS: doenças sexualmente transmissíveis, hepatites e HIV...)

Somado a isto, se constata que a formação médica sempre foi e continua sendo prioritariamente realizada no hospital universitário, preparando o profissional para atuar neste âmbito. Mas o que nos mostra a realidade? Vemos ilustrada nos gráficos abaixo:



Gráfico 1. Estimativas da prevalência e problemas de saúde na população e o papel dos médicos, hospitais e universidades na provisão do cuidado médico (TAKEDA, 2004)

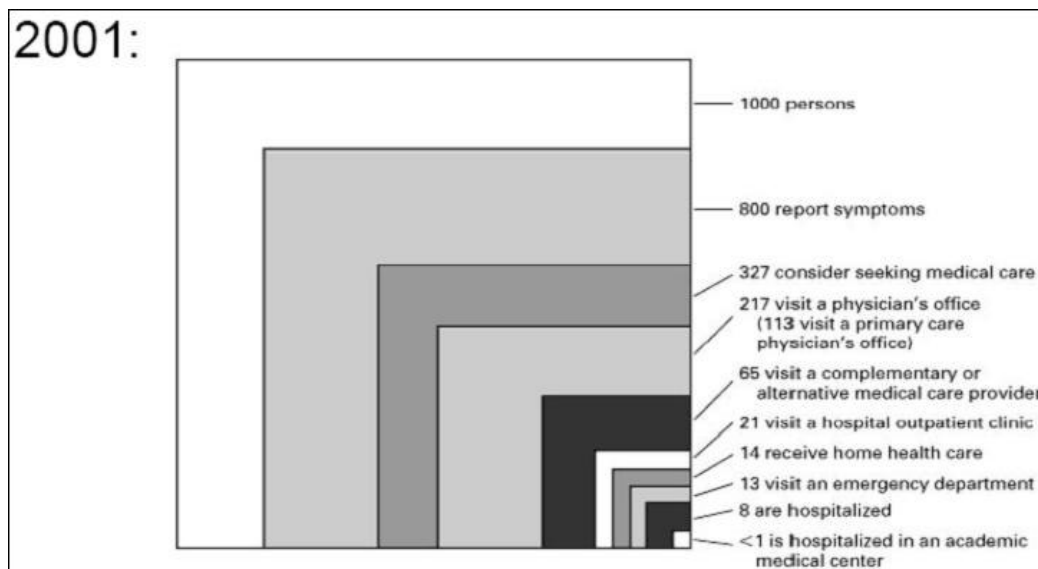


Gráfico 2. Estimativas da prevalência e problemas de saúde na população e o papel dos médicos, hospitais e universidades na provisão do cuidado médico (TAKEDA, 2004)

O gráfico 1 ilustra o clássico estudo realizado por White (TAKEDA, 2004) sobre a distribuição de cuidado no Sistema de Saúde, no qual se demonstrou que, após um período médio de um mês, em uma população de 1.000 pessoas, 750 terão sintomas ou problemas de saúde. Destas, a maioria lidará com seus problemas por conta própria, mas 250 consultarão um médico na atenção primária. Destas, cinco serão encaminhadas para um especialista, e nove, hospitalizadas. Das nove, somente uma será internada em um hospital de alta complexidade: os hospitais universitários.

Quarenta anos depois, o estudo foi repetido, como demonstrado no gráfico 2. A metodologia utilizada foi similar, e incluiu crianças; as proporções se mantiveram as mesmas (TAKEDA, 2004).

Em um período de 40 anos, as questões de saúde para os pacientes não mudaram; a formação médica também não. Os estudantes continuam aprendendo e se especializando para tratar agravos à saúde que correspondem ao encontrado em uma de cada 1000 pessoas, no período de um mês.

Levando em consideração os dados apontados por Flora anteriormente, de que pelo menos um quarto dos pacientes que se consultam na atenção básica apresenta questões da ordem do psicológico, e comparando com os achados relatados nesses estudos, nos deparamos com a realidade de que: pelo menos 245 pessoas (24,5%)

entre 1000 se apresentam na Unidade Básica ou no PSF com uma demanda de sofrimento psicológico em um mês.

Continuando com os currículos avaliados, encontramos na UFRGS somente duas disciplinas de psicologia médica (entre elas, a relação médico-paciente), que somam um total de 105 horas. Além disso, há as opções de estágio de Psiquiatria (152hs), e Internato em Psiquiatria (225hs). Isto é tudo em “saúde mental” que se apresenta para o estudante de medicina. Na PUCRS não encontramos nenhuma disciplina sobre tal questão, e os internatos não estão especificados.

Pustai (2006) refere que, à medida que a formação médica se direciona para a separação de partes, fragmentando a intervenção sobre um órgão ou sistema orgânico, pode-se fazer a pergunta: por que há a necessidade de haver conexão com a vida, com o humano? Para o autor, essa pergunta perde o sentido quando feita a um profissional que se especializou em uma parte, e formou-se com o objetivo de aprofundar todo seu conhecimento em uma área específica. Para este médico, essa é a ordem natural das coisas, pois ele atua com um olhar fragmentário, “*no limite da fuga tecnológica*” (p. 105).

Logo que inicia sua jornada acadêmica no hospital universitário, o estudante de medicina se dá conta de que existe um modelo de treinamento que se baseia o contato precoce com as especialidades e sub-especialidades. As disciplinas da área clínica vão compondo diversos focos em partes específicas, que geram a soma de vários focos nas partes, que se supõem deveriam constituir uma visão geral da medicina e do tratamento do ser humano.

Na entrada do período de formação clínica especificamente, o aluno percebe que aquele processo o força a formar-se focando a parte. Nos estágios, o aluno se dá conta de que existem rotinas e regras estabelecidas, que ficam claras no sentido de identificar o local da especialidade com o seu foco de interesse. Nesse contexto, o aluno torna-se um instrumento pressionado a se manter no foco e a não desviar-se para outras áreas (PUSTAI, 2006).

Referente a isto, Ronzani e Ribeiro (2003) levantam algumas características da prática médica, baseada na formação profissional, através de constatações de Minayo, tais como pouca valorização conceitual do processo saúde/doença e seus determinantes; enfoque pragmático e funcionalista da medicina como se ela fosse uma ciência universal, atemporal e isenta de valores; valorização das ciências

sociais como acessório ou complemento na prática e na teoria médicas, considerando-as como ciências normativas e com finalidade adaptativa e funcional.

A limitação que esse fator impõe à prática médica frente à saúde mental fica implícita no documento do Ministério de Saúde sobre saúde mental e atenção básica (BRASIL, 2003) de que

existe um componente de sofrimento subjetivo associado a toda e qualquer doença (...). Podemos dizer que todo problema de saúde é também – e sempre – mental, e que toda saúde mental é também – e sempre – produção de saúde (p. 3).

Gómez Sancho (1998) afirma que, na realidade, os estudantes médicos não são devidamente preparados para enfrentar-se com os sentimentos, pensamentos e necessidades, tanto dos pacientes, como as suas próprias. Como exemplo, citamos González-Barón, Gómez Sancho, Araujo, Gonçalves e Freitas (apud SEMINOTTI, 2001), que declaram que muitos médicos relatam que um dos piores momentos de suas vidas aconteceu enquanto informavam a existência de uma doença incurável para seu paciente. A falta de formação nesta área pode favorecer que o médico se sinta angustiado para falar sobre a impossibilidade da cura ou da morte, já que não recebem o treinamento psicológico necessário para tratar de forma adequada estas situações. Esta falha na formação resulta numa dificuldade para os médicos em aceitar os próprios limites e admitir as limitações da profissão, gerando inclusive uma tendência à onipotência.

Flora (2006) faz uma reflexão sobre estas questões, questionando-se o porquê da evitação dos médicos em explorar as emoções de seus pacientes. Para ele, baseado nos estudos de Balint, que duraram mais de cinco anos, quando uma pessoa está doente fisicamente, o profissional está em uma situação distante da sua condição, pois encontra-se saudável; não por isso não se solidariza com o paciente. Porém, no caso de que o paciente apresente-se em um estado de infelicidade frente ao mundo, o médico pode sentir-se pessoalmente implicado, devido a seus próprios problemas. Procura, então, evitar situações que poderiam levá-lo a examinar os seus conflitos pessoais.

O mesmo autor continua sua reflexão acima dos estudos de Balint, referindo que o pesquisador propõe que para que haja uma mudança de personalidade e atitude no profissional médico, é necessário o desenvolvimento de sensibilidade diante dos problemas emocionais de seus pacientes, de forma a compreendê-los melhor. Outra forma de transformação seria ajudá-los a aprender a empregar esta

compreensão de modo a obter um efeito terapêutico; para isso, deve aprender a perceber e a tolerar os fatores emocionais de seus pacientes, que antes rejeitava ou ignorava, além de aceita-los como dignos de sua atenção.

O objetivo final da educação deve ser a capacitação para que o médico tome consciência de toda sua responsabilidade terapêutica, cerceando-lhe qualquer rota de fuga; como método, pode-se usar grupos nos quais ele compara sua maneira de tratar os pacientes com a de outros colegas, ou utilizar o grupo para demonstrar que toda terapia necessariamente implica um tipo específico de interação entre o paciente e o médico. Preparado desta forma, o profissional habilita-se para impedir, com uma intervenção precoce, o paciente a “organizar” sua doença em torno de qualquer sinal físico de pouca importância (FLORA, 2006).

Uma vez que a identidade profissional é formada também a partir de sistemas de referência e instituições através de um processo de compartilhamento de crenças, a reforma curricular passa de ser um processo estático a constituir uma forma de mudança cultural, iniciada por uma reavaliação de práticas e crenças dos formadores de opinião (professores), uma vez que a organização informal é uma importante fonte de influência da formação da identidade do aluno. A formação deve ser vista de forma contextualizada e mais ampla. O currículo não pode mais ser visto como um conjunto neutro de conhecimentos; ele faz parte de um momento sócio-histórico, sendo selecionado a partir de determinadas ideologias (RONZANI e RIBEIRO, 2003).

F. MOVIMENTOS DE MUDANÇA NA ABORDAGEM DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

Nas últimas décadas, no Brasil, presenciamos um conjunto de iniciativas políticas, científicas, sociais e jurídicas que têm lutado para transformar a compreensão cultural e a relação da sociedade com as pessoas que apresentam transtornos mentais. Estas iniciativas recebem incentivo para uso de recursos extra-hospitalares, no sentido de prezar a manutenção do portador de transtorno mental em seu meio familiar e comunitário.

Brêda e Augusto (2001) citam Campos ao colocar que um projeto de reinserção social desta parcela da população, portadora de sofrimento psíquico, exige que a rede básica de saúde esteja habilitada a interromper a “ciranda infernal” de crise-

internação-crise. A Declaração de Caracas, redigida em 1990, reforça a idéia da reestruturação da atenção psiquiátrica vinculada à Atenção Primária, permitindo a promoção de modelos substitutivos concentrados na comunidade e integrados em suas redes sociais, preponderando a manutenção do doente em seu meio social. Algumas destas iniciativas serão contempladas aqui, de forma a ilustrar os campos de abrangência que estão sendo criados que poderão acolher um profissional bem capacitado para cuidar do indivíduo com sofrimento mental.



O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF)

No Brasil a origem do PSF remonta à criação do PACS em 1991, como parte do processo de reforma do setor da saúde, desde a Constituição, com intenção de aumentar a acessibilidade ao sistema de saúde e incrementar as ações de prevenção e promoção da saúde. Em 1994, o Ministério da Saúde lançou o PSF como política nacional de atenção básica, com caráter organizativo e substitutivo, fazendo frente ao modelo tradicional de assistência primária baseada em profissionais médicos especialistas focais.

Percebendo a expansão do Programa Saúde da Família que se consolidou como estratégia prioritária para a reorganização da Atenção Básica no Brasil, o governo emitiu a Portaria Nº 648 de 2006 (BRASIL, 2006), onde fica estabelecido que o PSF é a estratégia prioritária do MS para organizar a Atenção Básica — que tem como um dos seus fundamentos “*possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade*”, reafirmando os princípios básicos do SUS: universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade - mediante o cadastramento e a vinculação dos usuários.

Para o MS, a estratégia utilizada pelo Programa Saúde da Família (PSF) visa à reversão do modelo assistencial vigente. Por isso, sua compreensão só é possível através da mudança do objeto de atenção, forma de atuação e organização geral dos serviços, reorganizando a prática assistencial em novas bases e critérios. Sendo assim, há necessidade de deslocar o foco dos procedimentos para a produção de cuidados, e este parece ser também o ponto central daquilo que o Ministério da Saúde denomina “mudança do objeto de atenção” (MATUMOTO et al, 2005).

Uma das características dos profissionais que atuam no PSF, especialmente o médico de família, é que ele trabalha (ou deveria trabalhar) encima desse novo

objeto de atenção, ou seja, os seus pacientes dentro de uma visão integrada dele e da sua comunidade, os movimentos que nela ocorrem, seus personagens importantes. Seu desafio é o de ampliar suas fronteiras de atuação visando uma maior resolubilidade da atenção, onde a Saúde da Família é compreendida como a estratégia principal para mudança deste modelo.

A mudança do objeto de atenção começa especificando qual será o objeto de atenção: no caso dos profissionais, o MS estipula suas atribuições, centrando-as nos indivíduos e suas comunidades, e no cuidado integral às famílias.

A Portaria nº 648/06 coloca entre as atribuições comuns a todos os profissionais: “-realizar o cuidado em saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros); - garantir a integralidade da atenção por meio da realização de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e curativas; - realizar a escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo; - responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros serviços do sistema de saúde”.

Além de todas estas diretrizes para o trabalho dos profissionais atuantes no PSF, ainda encontramos, mais especificamente do médico de família, as atribuições: “- realizar assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) aos indivíduos e famílias em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade; - encaminhar, quando necessário, usuários a serviços de média e alta complexidade, respeitando fluxos de referência e contra-referência locais, mantendo sua responsabilidade pelo acompanhamento do plano terapêutico do usuário, proposto pela referência” (BRASIL, 2006).

Assim sendo, o médico que atua no nível de atenção básica, têm suas atribuições relacionadas ao vínculo com as necessidades de saúde da população. Este profissional deve apresentar determinadas características para realizar sua prática, as quais encontramos explicitadas pela WONCA Europa (Organização Mundial de Médicos de Família. Cuidando de Pessoas) (WONCA, 2002), em um documento no qual a organização apresenta seis competências centrais deste

profissional, e suas respectivas habilidades, das quais vamos comentar algumas de relevância para o tema.

O primeiro grupo de competências se relaciona à “Atenção aos Cuidados Primários” – dentro deste, encontramos algumas habilidades, dentre as quais, ‘Estabelecer o contato primário com os pacientes, lidando com problemas não selecionados’. Este primeiro contato é de extrema relevância para os pacientes que se encontram em sofrimento psíquico, pois, por se sentirem fragilizados, se não encontram uma aproximação e sentimento de confiança no médico, podem evitar falar de sentimentos e sofrimentos, gerando alguma demanda que não corresponde ao que sentem.

Seguida desta habilidade, encontramos “cobrir o conjunto de problemas de saúde”. Esta habilidade é a mais deficitária que enfrentamos neste contexto, como vêm sendo discutido até agora. Mesmo mostrando-se como uma habilidade necessária para o médico de família, que deve enfrentar qualquer problema, não importando a natureza deste, o cuidado ao sofrimento mental é dificultoso, pois quase não se encaixa dentro deste grupo de “problemas”; é como se estivesse em outras competências, fora das do médico. Esta questão está diretamente relacionada com a próxima habilidade: “tornar disponível ao paciente o serviço apropriado dentro do sistema de saúde; agir como defensor do paciente”. Ou seja, o paciente em sofrimento psíquico geralmente gera uma solução de alta resolubilidade se o médico se dispõe a escutá-lo e agir de acordo com o que o paciente expressa. Muitas vezes, esta simples ação já é uma solução em si (“o remédio médico”, como Flora referia anteriormente). Atuando assim, também é possível que o profissional se dê conta de que o transtorno está fora de seu alcance, talvez muito crítico – nessa situação, ele deve encaminhar o paciente de forma que ele possa ser atendido de acordo com suas necessidades.

O segundo grupo de competências traduz-se pela “habilidade para o atendimento centrado no paciente”. Este grupo traz as diretrizes para o melhor atendimento dos pacientes que aqui consideramos; a primeira, se refere a “adotar uma abordagem centrada no sujeito, ao lidar com os pacientes e problemas, considerando o contexto circunstancial dos pacientes”. Ao contrário do que a literatura mostra que ocorre na prática, a WONCA propõe que o foco de atenção do médico deve estar no indivíduo como um todo, um ser integral, que existe dentro de um contexto circunstancial. O choro, que às vezes é considerado “imotivado”, ou os

famosos “hagazões” (ou seja, histerismo), surgem de dentro de uma pessoa que está em sofrimento, e que está carregada por uma história de vida, de personagens atuantes, condições de qualidade de vida específicas. Da mesma forma se deve considerar aquele que tem um problema gástrico crônico, ou aquele que está com cefaléia, talvez “dor no coração” (com a mão apontando para o lado esquerdo do peito...).

Por isso mesmo [os sintomas] são a porta de entrada que permite ao médico acesso ao paciente [...]. Por isso, um determinado sintoma ou sinal ganha mais valor propedêutico dentro de um modelo de análise compreensiva. Isso implica conhecer a vida do paciente e descobrir seus modelos de referência culturais, religiosos, étnicos, etc. Somente assim, o médico pode compreender verdadeiramente seu paciente, revertendo esse conhecimento em favor do próprio paciente (PUSTAI, 2006, p. 56).

Remetemos-nos diretamente para a sexta e última competência que encontramos no documento, que se refere ao “processo de trabalho holístico”, apresentando uma habilidade importante que muito se relaciona com o trabalho com saúde mental: “usar o modelo bio-psico-social levando em consideração a dimensão cultural e existencial do paciente”. Em situações que o médico se depara com uma demanda de sofrimento psíquico, especialmente, ele deve mostrar uma atitude cuidadora que abranja questões que transcendem o indivíduo, pois nesses casos as dimensões pessoais e de forma de vida influenciam em muito o estado mental do paciente.

Fazer uso do documento do WONCA nos serve para focar as características esperadas do médico de família no seu âmbito de trabalho. De uma forma mais complexa, estas diretrizes completam as atribuições propostas pelo MS para este profissional na prática do PSF. Nos deparamos com características importantes não só para toda a prática clínica, mas especialmente algumas têm grande valor para o trabalho em saúde mental. O PSF se constitui hoje como uma estratégia que visa modificar a prática de saúde no âmbito da atenção primária, o que contribui para que o médico possa ampliar sua prática.

Segundo a Portaria nº 648, o PSF, e conseqüentemente o médico de família, “configura-se como o primeiro contato da população com o serviço local de saúde, onde se garanta resolubilidade na sua complexidade tecnológica, assegurando-se referência e contra-referência com os diferentes níveis do sistema quando é requerida maior complexidade para resolução dos problemas identificados”. Daí a

importância de que este profissional tenha a formação necessária para lidar com qualquer demanda que se apresente, sem desconsiderar as de saúde mental. Devido ao surgimento dos CAPs, este texto da Portaria pode ser mal interpretado, levando o médico a encaminhar aos Centros os pacientes em sofrimento mental, desconsiderando as atribuições colocadas anteriormente referentes à sua responsabilidade de lidar com estes indivíduos como com qualquer outro, e à necessidade de responsabilização desta pessoa no seu processo saúde-doença.

Apesar da relevância deste tema, raros são os trabalhos que o abordam: dentre eles, encontramos alguns que confirmam que, apesar das modificações propostas pelo MS e outras instâncias governamentais, as mudanças não são significativas. Brêda e Augusto (2001) fazem referência a um estudo de Oliveira, em 1998, sobre o atendimento médico em um Centro de Saúde, no qual observou que a conduta mais freqüente dos médicos em relação ao adoecimento psíquico era a prescrição de benzodiazepínicos, qualquer que fosse o problema. Outro estudo que também é relatado pelos autores é o de Danese, em 1998, que se deparou com uma comunidade que faziam uso constante de psicofármacos e que, ao considerar o posto de PSF da sua região, não o identificavam como um lugar onde pudessem ir em busca de auxílio. Diante do descuido (“descuidado”) da equipe de saúde, a população se voltava para a religião para o enfrentamento dos problemas – a constatação foi de que os pacientes estavam em busca não somente do alívio dos sintomas, mas explicações significativas e tratamento psicossocial da doença, enquanto o serviço se mostrava em conflito cultural com eles, utilizando tratamentos tecnicamente fixos.

Amaral (2000) também constatou que a rede básica de Campinas (SP) não tem contribuído para a redução de internações e maior resolubilidade nas questões de saúde mental. A autora aponta como principais causas a inserção insuficiente da equipe de saúde na comunidade, a falta de uso de recursos de saúde mental e ausência de articulação intersetorial. A questão da formação dos profissionais não foi apontada na pesquisa de Amaral, mas aqui adicionamos a estas fragilidades do sistema a debilidade da capacidade médica para colocar em prática ações de saúde mental.

A conclusão a que chegam Brêda e Augusto (2001) é que existe uma dicotomia no PSF, entre o modelo biomédico e o modelo popular de atenção, e que, apesar do

programa ser uma nova proposta de organização da atenção à saúde, não supera o modelo biomédico dominante. Desta forma, o modelo dominante cada vez aparece mais, e as mudanças ficam no papel, enquanto o total de Equipes de Saúde da Família implantadas em 2007 soma 27.324, tendo uma cobertura populacional de 46,6% da população brasileira, o que corresponde a cerca de 87,7 milhões de pessoas – cabe perguntar aqui: com suas demanda atendidas?

Também aqui é importante fazer referência a outra política implantada pelo Governo Federal com relação aos PSF e UBS – os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Segundo a Portaria nº 154/2008 (BRASIL, 2008), os NASF foram criados considerando: a Lei nº 8.080, que dispõe sobre as ações de saúde destinadas a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social; os princípios e as diretrizes propostos no Pacto Pela Saúde; a Regionalização Solidária e Cooperativa firmada no Pacto Pela Saúde; a Política Nacional de Atenção Básica; e considerando o fortalecimento da estratégia Saúde da Família que preconiza a coordenação do cuidado a partir da atenção básica organizada pela estratégia Saúde da Família.

O objetivo da criação dos NASF é ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica. A responsabilização compartilhada entre as equipes SF e a equipe do NASF na comunidade prevê a revisão da prática do encaminhamento com base nos processos de referência e contra-referência, ampliando-a para um processo de acompanhamento longitudinal de responsabilidade da equipe de Atenção Básica/Saúde da Família, atuando no fortalecimento de seus atributos e no papel de coordenação do cuidado no SUS (BRASIL, 2008).



OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)

O Ministério da Saúde, em sua Portaria 336, define que os Caps devem “responsabilizar-se (...) pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território” e “(...) desempenhar o papel de regulador

da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território” (BRASIL, 2004). Segundo a portaria, a organização da demanda e da rede de cuidados deve ser realizada sob coordenação do gestor local; ainda, deve coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território, supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial e realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental e medicamentos excepcionais, dentro de sua área assistencial.

Os Caps configuram-se como um serviço que inverte a lógica da hierarquização ao agregar os diferentes níveis de atenção em uma só unidade. Os centros são definidos como serviços territoriais, corroborando com a prerrogativa do SUS da regionalização dos serviços.

A clínica no território não se restringe à remissão de sintomas, mas ocupa-se da existência dos sujeitos e de suas possibilidades de habitar o social. Por isso, a assistência nesses serviços tem um caráter intensivo e suas ofertas terapêuticas são diversificadas e ampliadas para dar sustentação cotidiana às dificuldades acarretadas pela doença mental grave. Amaral (1997) refere que esta mudança implica o abandono da busca da cura da doença mental, buscando uma reinvenção da saúde. Desta forma, passa-se de valorizar o diagnóstico clínico e as causas do transtorno, a valorizar como objeto de intervenção a “existência –sofrimento dos pacientes” e suas formas de expressão.

Conforme Alves e Guljor (2005), o CAPS é o serviço que o Ministério da Saúde considerou oficialmente como estratégico para a substituição dos hospitais psiquiátricos. São serviços abertos diariamente, contando com uma equipe multiprofissional que constitui um apoio para os serviços de atenção básica na área da saúde mental. Além disso, os CAPS aplicam em sua prática “uma preocupação com o suporte a uma população excluída do exercício de uma contratualidade social. Esse projeto (...) introduziu a noção de ‘acolhimento’” (GULJOR, 2003, apud ALVES e GULJOR, 2005, p.230). Assim, dentro da atual política de saúde mental do Ministério da Saúde, os CAPS são considerados dispositivos estratégicos para a organização de uma rede de atenção em saúde mental.

Ainda que o tratamento dos transtornos mentais mais graves esteja baseado em cuidados intensivos de especificidade de equipamentos como os Caps, a

Atenção Básica tem um papel importante no processo de reinserção social dos usuários com estes transtornos, já que também está imersa no território e é, afinal, um espaço de produção de saúde em geral, tanto para os usuários, quanto para suas famílias (FIGUEIREDO, 2006).

Tomando como princípios que a clínica e a reabilitação psicossocial são mais eficazes quando operadas no território existencial onde as pessoas vivem e que o Caps é o serviço de referência para a doença mental grave, então quanto mais territorial seja o Caps, menos a Atenção Básica se encarregará das demandas de maior gravidade.

Contudo, ao tomarmos o Caps como ordenador da rede, como propõe o Ministério, não estaríamos reiterando o foco nesse equipamento e o seu isolamento em relação àquela rede ampla e entrelaçada de saúde que almejamos?

Nesse caso, o ideal, para Figueiredo (2006), está em trabalhar com uma rede multicêntrica, em que o Caps agencia as demandas em saúde mental, mas na qual cada um dos atores sociais e serviços envolvidos na atenção se envolvem de acordo com o andamento do Projeto Terapêutico de cada usuário. Uma rede que permita o entrelaçamento das ações e das relações. Além disso, é na Unidade Básica de cada região onde os usuários dos Caps são assistidos em seus problemas de saúde em geral, e sabemos o quanto ainda é necessário desmistificar a doença mental no imaginário dos profissionais de saúde e qualificá-los para lidar com essa demanda.

APOIO MATRICIAL

O apoio matricial define-se como um arranjo organizacional que visa outorgar suporte técnico em áreas específicas às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde para a população e co-responsabilizar-se pelos casos, que pode ser por discussões conjuntas de caso, intervenções conjuntas junto às famílias e comunidades ou atendimentos conjuntos.

A expressão Interconsulta Psiquiátrica tem sido empregada de forma genérica, substituindo o termo Psiquiatria de Consultoria e Ligação, para indicar o conjunto de atividades realizadas por profissionais de saúde mental junto a diversos serviços do Hospital Geral. Embora a Interconsulta proponha a integração entre a equipe médica e os profissionais de saúde mental (que na verdade não deveriam constituir-se como dól núcleos diferentes), o que ocorre é a manutenção do esquema tradicional dos encaminhamentos e das guias de referência e contra-referência, com atuação

isolada de ambos os lados e demandas esporádicas de trabalho conjunto (FIGUEIREDO, 2006).

É precisamente essa lógica centrada no encaminhamento ao especialista que o Apoio Matricial pretende superar na rede básica de saúde, através de modificações na estrutura organizacional que repercutam em reformulação do processo de trabalho tradicional. A proposta é que as Equipes de Referência sejam responsáveis por ampliar a assistência, promovendo vínculo e responsabilização pelos pacientes, para desviar a lógica de encaminhamentos desnecessários.

O apoio matricial baseia-se na idéia de que os profissionais das equipes de saúde possam aprender a lidar com os sujeitos em sua totalidade, abrangendo suas dimensões subjetiva e social, mas que possam ser acompanhados, nessa tarefa, por alguém especializado que lhes dê suporte para compreender e intervir nesse campo.

O Apoio Matricial da saúde mental seria esse suporte técnico especializado, em que conhecimentos e ações, historicamente reconhecidos como inerentes à área 'psi', são ofertados aos demais profissionais de saúde de uma equipe. É um encontro entre profissionais de saúde mental e a equipe interdisciplinar de saúde na composição de um espaço de troca de saberes, que auxiliem a equipe a ampliar sua clínica e a sua escuta, a acolher a dor psíquica.

Figueiredo (2006) cita Passos & Barros, para quem a transdisciplinaridade é uma das grandes apostas do Apoio Matricial. Dessa maneira, coloca-se a saúde mental na rede básica com o papel fundamental de contribuir com seus saberes para aumentar a capacidade resolutiva da equipe local. Construir, junto com os outros profissionais de saúde, um raciocínio integral sobre cada caso e contribuir na invenção de possíveis caminhos a percorrer na prática terapêutica.

O apoio matricial não supõe que a assistência especializada dos profissionais de saúde mental não deva continuar existindo; mas que esta seja ofertada como uma opção terapêutica, para aqueles casos em que se identifica claramente a necessidade de uma atenção própria de outro núcleo profissional. Mas, nessa perspectiva, não há diluição de responsabilidades. Quando um paciente utiliza uma oferta especializada da saúde mental, ele não se desvincula da sua Equipe de Referência. Esta continua como co-responsável pelo desdobramento de seu Projeto Terapêutico (FIGUEIREDO, 2006).



DE VOLTA PRA CASA

O Programa "De Volta Para Casa", criado pelo Ministério da Saúde, é um programa de reintegração social de pessoas acometidas de transtornos mentais, egressas de longas internações, que tem como parte integrante o pagamento do auxílio-reabilitação psicossocial.

Esta estratégia vem ao encontro de recomendações da OPAS e OMS para a área de saúde mental com vistas a reverter gradativamente um modelo de atenção centrado na referência à internação em hospitais especializados por um modelo de atenção de base comunitária, consolidado em serviços territoriais e de atenção diária.

Este Programa atende ao disposto na Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, a qual, mais especificamente em seu artigo 5º, determina que os pacientes há longo tempo hospitalizados, ou para os quais se caracterize situação de grave dependência institucional, sejam objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida.

O objetivo deste programa é contribuir efetivamente para o processo de inserção social dessas pessoas, incentivando a organização de uma rede ampla e diversificada de recursos assistenciais e de cuidados, facilitadora do convívio social, capaz de assegurar o bem estar global e estimular o exercício pleno de seus direitos civis, políticos e de cidadania.

Os documentos que regulamentam o Programa de Volta para Casa são a Lei n.10.708, de 31 de julho de 2003 e a Portaria nº 2077/GM, de 31 de outubro de 2003 (http://portal.saude.gov.br/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=20500).

O benefício consiste no pagamento mensal de auxílio-pecuniário, no valor de R\$ 240,00 (duzentos e quarenta reais) ao beneficiário ou seu representante legal, se for o caso, com duração de 01 (um) ano. Poderá ser renovado, a partir da avaliação de equipe municipal e de parecer da Comissão de Acompanhamento do Programa De Volta Para Casa (CAP-SES e CAP-MS), e tem como objetivo apoiar e acompanhar o beneficiário no seu processo de reabilitação psicossocial.



SAÚDE MENTAL E ECONOMIA SOLIDÁRIA

Esta estratégia do Governo Federal considera as iniciativas de geração de trabalho e renda como parte integrante das ações de reabilitação/reinserção social dos usuários de serviços de saúde mental. O Grupo de Trabalho (GT) Interministerial de Saúde Mental e Economia Solidária identifica como iniciativa de geração de trabalho e renda solidários as experiências que (entre outras): -possibilitem o processo de emancipação das pessoas com transtornos mentais; - favoreçam a participação de pessoas da comunidade; - incentivem a autogestão e a participação democrática; - permitam a inclusão em redes de comercialização, rede de oportunidades, fóruns de economia solidária; - busquem o aprimoramento das habilidades profissionais e das técnicas de gestão, produção e/ou comercialização; - atuem como multiplicadores locais das proposições de inserção social pelo trabalho; - fortalecer a contratualidade social das pessoas com transtornos mentais, promovendo sua efetiva participação na vida social.

Para tal, o GT propõe a necessidade de considerar que a inserção no trabalho das pessoas com transtornos mentais e/ou com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas, compreendida como exercício de direitos, constitui uma das estratégias fundamentais nos projetos e processos de produção de autonomia e de fortalecimento da contratualidade na perspectiva de inclusão social. Igualmente, é necessário promover a articulação com as iniciativas e as políticas públicas de desenvolvimento local e de trabalho, renda e desenvolvimento, e a inserção no território e na cidade e apoiar a criação e/ou fortalecimento da organização de usuários em formas Associativas (BRASIL, 2006a);

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os nossos objetivos com este trabalho envolviam uma tentativa de compreender as questões que permeiam o trabalho do médico na APS, quando confrontado com paciente com demanda de doença mental e sofrimento psíquico. No decorrer do texto, exploramos os temas que poderiam jogar uma luz sobre estes questionamentos, de forma a clarear teoricamente o que vemos no nosso cotidiano na atenção básica.

Esta revisão se fez importante no momento em que visualizamos constantemente essa dificuldade do profissional médico em levar adiante os tratamentos e acompanhamentos dos pacientes com sofrimento mental. O que constatamos, nas UBS e PSF hoje, é uma situação de extremo sofrimento; não só de pacientes, mas também dos profissionais que lidam com eles.

O que vimos é que a trajetória que o profissional médico percorreu o formou e o transformou; assim como a história da saúde mental também fez com os pacientes que padecem de sofrimento psíquico. A união desses dois personagens resultou em uma novela na qual o paciente e o médico revezam os papéis, ora vilões e ora heróis. O médico de família, aquele que atua na atenção primária, quando procurado como solução para o sofrimento, ocupa o papel de salvador – herói. O paciente que se apresenta com dores, incômodos, sofrimentos indefinidos, que choram, desabafam com seu médico, mas não apresentam uma demanda orgânica, se transformam então em vilões. Sua demanda é difusa, gera sentimentos negativos e pouco familiares para o médico, o deixa confuso. Durante a formação deste, ninguém lhe ensinou a lidar com isso; ele procura em vão explicar fisicamente o que ocorre com aquela pessoa, e ao não ter sucesso, se frustra.

E tudo isso é “culpa” do médico? O que está por trás dessa conduta? Durante a faculdade, o sistema de saúde público não é apresentado devidamente ao profissional em formação. A graduação tem um enfoque individualista e privatista, que prepara o médico para especializar-se, para atuar na área hospitalar ou particular. Nesse pacote, também aprendem com seus professores como portar-se nessas situações, onde procurar os problemas, que exames são os mais adequados para tais diagnósticos, quais são os diagnósticos que se encontram no CID.

Nesse longo tempo de formação, onde os estudantes são constantemente pressionados a realizar diversas tarefas, não há lugar para o sofrimento. Nem deles, nem dos pacientes que atendem. A pessoa-paciente não é apresentada para o

médico. O que lhe é apresentado é uma doença, dentro de uma cápsula. Ver o sofrimento dos outros também gera sofrimento no médico, e ao não ter onde depositar esses sentimentos, o profissional é disciplinado a não tê-los, escondê-los, não senti-los. Como se viu no decorrer do trabalho, o paciente com sofrimento psíquico traz uma carga de sentimentos de insatisfação com a vida, familiares e trabalho que não são estranhos ao profissional, e por isso mesmo facilita uma identificação, muitas vezes dolorosa.

O profissional médico está incluído dentro de uma cultura médica e clínica que o captura, ensinando-lhe as “verdades” sobre a saúde. A questão é que essa cultura médico-centrada é tão forte, e vem de tão longa data, que predomina não só nos sistemas de saúde, mas também na sociedade como um todo. Assim, os outros profissionais tampouco se questionam sobre a atuação do médico, e muitas vezes também tem dificuldades para lidar com a demanda de doença mental.

O médico de família, profissional que recentemente têm-se incluído no sistema como atuante na APS, traz na sua formação uma visão mais integrada dos pacientes dentro de suas famílias e comunidades. Estes profissionais encabeçam a mudança de perspectiva médico-paciente, na qual as enfermidades e transtornos são tratados de forma mais abrangente, em conexão com várias estâncias da saúde. Para os pacientes de saúde mental essa mudança é essencial, pois, como vimos, o sofrimento mental se desenvolve dentro de uma trama de vivências e contextos que prejudicam ou favorecem o adoecimento. Ao trabalhar com familiares, comunidade e demais profissionais da rede, o médico pode sentir-se apoiado na jornada do tratamento, acolhendo com mais resolubilidade as pessoas com estas demandas.

Por outro lado, não podemos deixar de lado o “porta-dor” que aqui nos referimos. Nessa dinâmica, o paciente tem muito a dizer, e também muito a contribuir ou prejudicar seu desenvolvimento. Ele deve ser considerado como ator principal nesse contexto, como narrador de sua história e personagem atuante dentro do seu entorno. Trazer a família para o serviço e poder vê-lo através de outros olhos também contribui para que o médico não se sinta sozinho nesse caminho, assim como para que possa visualizar o problema que está enfrentando.

A relevância disso é que o médico luta não somente com seu despreparo acadêmico para tal, mas também contra uma cultura da loucura, que enclausura o paciente numa dinâmica ainda mais enlouquecedora. O paciente, que está em sofrimento, também se vê confuso com o que sente, muitas vezes não entende o

que se passa, nem ao menos consegue verbalizar isso. Ainda mais, já ouve dos familiares e conhecidos que “está louco”, “é um vagabundo... só fica em casa...”, “é um fracote, só sabe chorar...”, “o médico já disse que não tem nada de errado com ela!” – isso é habitual que os pacientes com demanda de doença mental escutem. Isso é habitual que se escute no serviço sobre os pacientes. Paciente, médico e comunidade devem trabalhar juntos para desmistificar a doença mental, e valorizar a criação de espaços de promoção de saúde, de forma a prevenir esses agravos.

Considerando isso, como já dissemos anteriormente, a cultura médico-centrada está tão difundida que às vezes também nos deparamos com situações nas quais o profissional está bem preparado para acolher o paciente, mas este não enxerga essa atuação como algo benéfico para ele. Quando a pessoa padece de sofrimento psíquico, muitas vezes está desorientada, sem compreender bem o que se passa com ela. O médico é a pessoa que ela mais confia que vá livrá-lo dessa sensação tão desconfortável. Muitas vezes, ao fazer a escuta, o médico sensível percebe que a questão é de fundo emocional, e que na verdade a escuta é o tratamento adequado para essa pessoa. Essa atitude, não conhecida pelo paciente e muitas vezes desvalorizada, o faz pensar que não está sendo levado em consideração, pois não lhe foi pedido exames adicionais, nem lhe prescreveram nenhuma medicação para aliviar o sofrimento.

Os pacientes e suas famílias também demandam que o médico “faça seu trabalho”, e peça algum exame, faça alguma constatação, lhe dê algum remédio. Não raro vemos esse mesmo médico, que está disponível para a escuta atenta, desistir de tal por causa de pressões desse tipo. Também devemos considerar aqui que não só isso o desencoraja: as consultas com tempo limitado, os formulários a serem preenchidos, os números a serem alcançados o colocam contra a parede, e desvaloriza o trabalho de acolhimento e escuta - que muitas vezes toma mais tempo e atenção - colocando-o novamente dentro do sistema clínico tradicional.

Enfrentamos-nos aqui com uma cultura muito intensa, que é diariamente fortalecida pelas universidades que formam anualmente milhares de profissionais médicos. Fizemos referência a documentos que enfatizam a mudança no sistema educacional das faculdades de Medicina, de forma a preparar melhor o profissional que atuará na APS. A saúde muitas vezes depende da educação das pessoas para acontecer; são dois domínios que andam juntos, e acreditamos que, na discussão sobre a formação médica, tenhamos enfatizado suficientemente essa questão.

Muitos estudantes são “convertidos” durante a graduação em profissionais insensíveis (a si mesmo e aos outros), interessado em tecnologias de ponta, e que muitas vezes enxergam a APS (ainda) como medicina para pobres.

Aqui fazemos referência ao livro de Foucault, “Microfísica do Poder” (1989), no qual o autor faz uma viagem histórica no processo de desenvolvimento da medicina e do hospital, principalmente centrando-se nos séculos XVII e XVIII. Naquela época, coloca ele, a medicina era profundamente individualista. No referente à sua intervenção, o médico trabalhava com a noção de crise, que consistia no momento em que se afrontavam, no doente, a natureza sadia do indivíduo e o mal que o atacava. A cura era um jogo entre a natureza, a doença e o médico.

Mais centrado nas mudanças no séc. XVIII, Foucault comenta que o sistema epistemológico da época estava baseado no modelo da botânica; ou seja, existia a exigência de a doença ser compreendida como um fenômeno natural. Desta forma, a cura é dirigida por uma intervenção médica que se endereça não mais à doença no momento da crise, mas ao que a circunda: o ar, a água, a temperatura ambiente, a alimentação, etc.

No decorrer da leitura, entende-se que esta explanação do autor objetiva introduzir a história do hospital, e explicar porque a intervenção dirigida ao meio foi importante para a implantação deste. Também, entendemos hoje, ele descreve como o médico foi se tornando um agente de controle do ambiente, dentro de uma visão higienista.

O paralelo que aqui traçamos é que a trajetória que ocorreu de forma significativa há três séculos atrás, por razões e objetivos diferentes, de certa forma nos lembra o caminho que tentamos percorrer hoje com a atuação médica no sistema de saúde. É como se novamente estivéssemos tentando tirar o médico do seu casulo organicista, de olhar na crise, para o olhar para fora, para o ambiente, a comunidade, a família dos pacientes que lhe procuram.

Percorremos uma trajetória desde os primórdios da clínica e da medicina como disciplina, passando pelas suas implicações para o cuidado da saúde mental e englobando os aspectos relativos à APS. Nessa caminhada, vimos que o profissional médico vem há gerações passando por transformações, desde a idéia popular sobre ele, como ele próprio se vê e entende as suas atribuições. Dentro do sistema de saúde, também vimos essa evolução, e por isso decidimos encerrar o trabalho com as novas perspectivas sobre a saúde mental. O maior desafio é

colocar em prática as propostas governamentais, com profissionais capacitados, com a participação da população, e, acima de tudo, o cuidado ao paciente em sofrimento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALONSO, Ignacio Zarragoitia; FINALE, Agustin. La Depresión en Atención Primaria de Salud Mental. **Rev. Hosp. Psiquiátrico de la Habana**, v. 3, n. 2, 2006.

ALVES, Domingos S.; GULJOR, Ana Paula. O cuidado em saúde mental. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo (orgs). **Cuidado** – as fronteiras da integralidade. 2 ed. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2005, p. 221-240.

AMARAL, Marcia A. Atenção à saúde mental na rede básica: estudo sobre a eficácia do modelo assistencial. **Rev. Saúde Pública**, v. 31, n. 3, p. 288-95, 1997.

BRASIL, Ministério da Saúde/ Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **Portaria nº 189**, de 19 de Novembro de 1991.

BRASIL, Ministério da Saúde/ Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **Portaria nº 224**, de 29 de Janeiro de 1992.

BRASIL, Ministério da Saúde/ Secretaria Executiva. **Legislação em saúde mental**. 3ª ed. revista e atualizada, 2004.

BRASIL. Ministério da Educação/Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 2.101, de 3 de novembro de 2005: Institui o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde. In: **Diário Oficial da União**, 2005a. Disponível em: <<http://www.abemeducmed.org.br/promed/do1-111.pdf>>. Acesso em: jan. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde/Ministério da Educação. **Pró-saúde**: Programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde. Brasília, 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental e atenção básica**: o vínculo e o diálogo necessários. Mimeo 2003. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes.pdf>. Acesso em dez. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério do Trabalho e Emprego. **Relatório Final do Grupo de Trabalho Saúde Mental e Economia Solidária**. Instituído pela Portaria Interministerial nº 353, de 7 de março de 2005. Brasília, 2006a, 33p. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/REL_GT1.pdf. Acesso em mai. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648, de 28 de março de 2006**. Brasília, 2006b, 26p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF**. Brasília, 2008.

BRÊDA, Mércia Z.; AUGUSTO, Lia G. S. O cuidado ao portador de transtorno psíquico na Atenção Básica de Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, 2001.

BÜCHELE, Fátima et al. A interface da saúde mental na atenção básica. **Cogitare Enfermagem**, v. 11, n. 3, p. 226-33, set/dez 2006.

CARVALHO, Sérgio Resende; GARCIA, Rosana Aparecida; ROCHA, Daniel Carvalho. O ensino da Saúde Coletiva no curso médico da Unicamp: experiências inovadoras junto a unidades básicas de saúde. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.10, n.20, p.457-72, jul/dez 2006.

FAVORETO, César A. O. A velha e renovada clínica dirigida à produção de um cuidado integral à saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo (orgs). **Cuidado – as fronteiras da integralidade**. 2 ed. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2005, p. 205-220.

FIGUEIREDO, Mariana Dorsa. **Saúde Mental na Atenção Básica: Um Estudo Hermenêutico-Narrativo Sobre o Apoio Matricial na Rede Sus-Campinas (SP)**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2006.

FLORA, Fernando A. M. A origem histórica da Clínica e suas implicações sobre a abordagem dos problemas psicológicos na prática médica. **Rev. Bras. Méd. Fam. e Com.**, v. 2, n. 7, out/dez. 2006.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. 8 ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1989.

_____. **O nascimento da clínica**. 6 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.

LACERDA, Alda; VALLA, Victos V. As práticas terapêuticas de cuidado integral à saúde como proposta para aliviar o sofrimento. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo (orgs). **Cuidado – as fronteiras da integralidade**. 2 ed. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2005, p. 91-117.

MACHADO, Felipe R. S.; PINHEIRO, Roseni; GUIZARDI, Francini L. As novas formas de cuidado integral nos espaços públicos de saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo (orgs). **Cuidado – as fronteiras da integralidade**. 2 ed. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2005, p. 57- 74.

MATUMOTO, Silvia et al. Supervisão de equipes no Programa de Saúde da família: reflexões acerca do desafio da produção de cuidados. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.9, n.16, p.9-24, 2005.

MELO, Marlene B.; BRANT, Luiz C. Ato médico: perda da autoridade, poder e resistência. **Psicologia, Ciência e Profissão**, v. 25, n. 1, p. 14-29, 2005.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 3ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

NASCIMENTO, Adail A. M.; BRAGA, Violante A. B. Atenção em saúde mental: a prática do enfermeiro e do médico do Programa Saúde da Família de Caucaia – CE. **Cogitare Enfermagem**, v. 9, n. 1, p. 84-93, 2004.

PINHEIRO, Roseni; GUIZARDI, Francini L. Cuidado e integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo (orgs). **Cuidado** – as fronteiras da integralidade. 2 ed. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ - ABRASCO, 2005, p. 21-36.

PINHEIRO, Roseni et al. Demanda em saúde e direito à saúde: liberdade ou necessidade? Algumas considerações sobre os nexos constituintes das práticas de integralidade. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de. **Construção Social da Demanda**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ – CEPESC – ABRASCO, 2005, p. 11-31.

PUSTAI, Odalci José. O Sistema e Saúde no Brasil. In: DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. e cols. **Medicina Ambulatorial**: condutas de atenção primária baseadas em evidências. Porto Alegre: Artmed, 2004, p. 69-75.

_____. **A ordem de-vida para o médico pensar o paciente: uma ontologia espinosana de ser humano na medicina**. Tese (Doutorado em Educação). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2006.

RONZANI, Telmo Mota; RIBEIRO, Mário Sérgio. Identidade e Formação Profissional dos Médicos. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v.27, n. 3, set./dez. 2003.

SAMPAIO, R.F.; MANCINI, M.C. Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v. 11, n. 1, p. 83-89, jan./fev. 2007.

SEMINOTTI, Rosane P. **La relación médico paciente. El afrontamiento del paciente terminal: el médico pediatra**. 2001. 357 f. Tese (Doutorado em Psicologia). Universidade Autônoma de Madri. Madri, 2001.

TAKEDA, Silvia. A organização de serviços de atenção primária à saúde. In: DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. e cols. **Medicina**

Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. Porto Alegre: Artmed, 2004, p. 76 – 87.

TÄNKÄ, V. **O relacionamento médico-paciente.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.

TRAVERSO-YÉPEZ Martha. A interface Psicologia Social e Saúde: perspectivas e desafios. **Psicologia em Estudo**, n. 6, p. 49-56, 2001.

TRAVERSO-YÉPEZ, Martha; MORAÍS, Normanda Araújo de. Reivindicando a subjetividade dos usuários da Rede Básica de Saúde: para uma humanização do atendimento. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 80-88, jan-fev, 2004.

VINENT, Meinardo Zayas; JÚSTIZ, Félix Rodríguez. Utilización de los intereses, necesidades y conocimientos de los médicos de la familia como instrumento evaluativo de su práctica social. **Rev. Cubana Med. Gen. Integr.**, v.13, n.6, nov-dez, 1997.

WONCA EUROPE. The European Definition of General Practice/Family Medicine. Eletronic Version. Noordwijk, 2002.