

**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL**

**ENCAMINHAMENTOS DE USUÁRIOS AO AMBULATÓRIO DE PSIQUIATRIA
ELABORADOS POR MÉDICOS DE FAMÍLIA: ANÁLISE EM QUATRO
MUNICÍPIOS DO LESTE DE MINAS GERAIS**

Felipe de Medeiros Tavares

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – área de concentração em Política, Planejamento e Administração em Saúde, do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Orientador: Prof. Dr. Kenneth Rochel de Camargo Júnior

Rio de Janeiro-RJ

2008

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

C A T A L O G A Ç Ã O N A F O N T E
U E R J / R E D E S I R I U S / C B C

T231 Tavares, Felipe de Medeiros.

Encaminhamentos de usuários ao ambulatório de psiquiatria, elaborados por médicos de família: análise em quatro municípios do leste de Minas Gerais / Felipe de Medeiros Tavares. – 2008.

131f.

Orientador: Kenneth Rochel de Camargo Júnior.

Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Programa Saúde da Família (Brasil) – Teses. 2. Saúde mental – Teses. 3. Cuidados médicos ambulatoriais – Teses. 4. Protocolos médicos – Teses. I. Camargo Júnior, Kenneth Rochel de. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. III. Título.

CDU 613.86

Folha de Aprovação

Aluno: Felipe de Medeiros Tavares

Título da Dissertação: ENCAMINHAMENTO DE USUÁRIOS AO AMBULATÓRIO DE PSIQUIATRIA ELABORADOS POR MÉDICOS DE FAMÍLIA: ANÁLISE EM QUATRO MUNICÍPIOS DO LESTE DE MINAS GERAIS

Aprovada em 28 de Abril de 2008.

Orientador: Prof. Dr. Kenneth Rochel de Camargo Júnior
Instituto de Medicina Social

Prof. Dr. Carlos Eduardo Freire Estellita-Lins
Fundação Oswaldo Cruz

Prof^a. Dra. Maria Inês Nogueira
Instituto de Medicina Social

Prof^a. Dr^a. Roseni Pinheiro
Instituto de Medicina Social

“O remédio mais usado em medicina é o próprio médico, que, como qualquer medicamento, deve ser conhecido na sua posologia, modo de usar e nos seus efeitos colaterais.”

Michael Balint

Ao meu pai, Mário Tavares, pelo exemplo de vida dedicada à coletividade.
À minha amada Rachel Lisboa, pelo companheirismo, incentivo e tolerância.

Agradecimentos

Ao estimado professor e amigo Júlio de Mello Filho, entusiasta da Psicossomática, que muito me incentiva e estimula para a prática de uma medicina mais humana. Agradeço por ter acreditado nos meus sonhos.

Ao professor Kenneth Rochel Camargo Júnior, mestre querido e admirado por muitos, por ter me acatado como seu orientando. Como nos afirma Deleuze: “no momento em que atingimos a idade adulta, nossos mestres são aqueles que nos tocam com uma novidade radical, aqueles que sabem inventar uma técnica artística ou literária e encontrar as maneiras de pensar que correspondem à nossa modernidade, quer dizer, tanto às nossas dificuldades como a nossos entusiasmos difusos.”

À professora Roseni Pinheiro, pelos excelentes momentos que nos proporcionou nos ricos debates estabelecidos em suas aulas. Você me mostrou que é possível ser muito mais que um “bio” médico !

À professora Maria Inês, pelas valiosas contribuições.

Aos colegas do IMS, pelas preciosas dicas e pela rica convivência que vocês me proporcionaram.

A todos os meus professores, da alfabetização à pós-graduação, que por toda a minha vida sempre foram muito dedicados.

À Maristela, Janaína e Beatriz, grandes irmãs, que sempre investiram parte das suas energias na minha formação, acreditando que um dia o “irmãozinho” chegaria lá...

À família Lisboa Silva, que me acolheu em todos os sentidos em Minas e na vida.

Ao Dr. Henrique, ao Luis Arthur e à Rosângela , pelas primorosas observações na revisão do texto.

Aos colegas de profissão que contribuíram com sua participação nas entrevistas.

Aos nossos pacientes, pela confiança.

Aos gestores de saúde dos municípios em que desenvolvemos o estudo, pelas portunidades que têm proporcionado no processo de ampliação dos serviços de saúde mental.

À diretoria do CISMIRECAR, representada pelo Sr. José Ronaldo, que está empenhado na reformulação das políticas de saúde do Leste Mineiro nos últimos anos, e que permitiu o desenvolvimento do estudo na região. Agradeço pelas oportunidades e pela confiança.

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

TABELAS

Tabela 1 – Tempo de formação dos médicos entrevistados -----	82
Tabela 2 – Encaminhamentos de Caratinga -----	104
Tabela 3 – Distribuição de encaminhamentos dos médicos do PSF à psiquiatria, por município, no período de Julho de 2006 a Julho de 2007-----	106

Tabela 4 – Dados sobre os encaminhamentos nos municípios de Entre Folhas, Inhapim e São Sebastião do Anta -----	106
---	-----

Tabela 5 – Número de médicos de família identificados nos encaminhamentos----	107
---	-----

Apresentação

1– Introdução -----	15
----------------------------	-----------

2 - Políticas de Saúde Mental no Brasil-----	18
---	-----------

3 – Formação Médica e a Prática no Programa Saúde da Família -----	33
---	-----------

3.1 – Considerações sobre a Estratégia Saúde da Família -----	33
---	----

3.2 – Biomedicina e a Estratégia Saúde da Família -----	35
---	----

4.– Atendimento em Psiquiatria -----	44
---	-----------

4.1 – Os Protocolos de atendimento em Saúde Mental-----	48
---	----

5– O Encaminhamento ao Psiquiatra-----	55
---	-----------

6 – Descrição do Campo-----	63
------------------------------------	-----------

6.1- O Programa Saúde da Família nos municípios estudados-----	63
--	----

6.2- Serviços de Saúde Mental no Leste de Minas Gerais-----	67
---	----

7 – Trajetória Metodológica-----	72
---	-----------

7.1 – Local da pesquisa-----	72
------------------------------	----

7.2 – Entrevista com médicos do PSF-----	73
--	----

7.3 – Análise dos encaminhamentos-----	75
--	----

8 – Apresentação e Discussão dos Resultados-----	79
---	-----------

8.1 – Entrevistas-----	79
------------------------	----

8.2 - Análise dos encaminhamentos-----	93
--	----

9 - Conclusão -----	108
----------------------------	------------

Bibliografia-----	115
--------------------------	------------

ANEXO I – Mapa Rodoviário do Leste de Minas Gerais.-----	126
--	-----

ANEXO II – Instrumento de referência e contra-referência de Caratinga-MG-----	127
---	-----

ANEXOS III e IV – Instrumento de referência e contra-referência de Inhapim-MG---	128 e 129
--	-----------

ANEXO V – Termo de consentimento livre e esclarecido -----	130
--	-----

ANEXO VI – Termo de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) -----	131
--	-----

RESUMO

As políticas de saúde mental e saúde da família são consideradas estratégias de reorganização da prática assistencial em saúde. Ambas ainda se encontram em fase de implantação, e pretendem se opor ao modelo tradicional de saúde que se baseia no atendimento individualizado e praticado majoritariamente por médicos.

O ambulatório de psiquiatria foi recrutado como um dos primeiros dispositivos das políticas de saúde mental substitutivos à internação psiquiátrica. A interlocução entre os membros das equipes de saúde da família e saúde mental tem sido estimulada pelo Ministério da Saúde, por intermédio das equipes matriciais, Centros de Atenção Psicossocial e Núcleos de Apoio à Saúde da Família.

Nesse âmbito, este estudo procura analisar como os médicos de família de quatro cidades do Leste mineiro vêm agindo com relação ao atendimento de usuários com transtornos mentais, e para isso procedemos à análise dos encaminhamentos que estes médicos realizavam para o ambulatório de psiquiatria. Fizemos, também, entrevistas semi-estruturadas com os médicos de família que atendem nos municípios estudados.

Concluimos que a dificuldade dos médicos em lidar com aspectos subjetivos do adoecimento constitui-se num desafio a ser contornado para que as suas práticas se ampliem para além dos limites da racionalidade biomédica, de modo que o PSF se estruture como uma política revolucionária de saúde. O vínculo frágil desses profissionais não permitiu que criassem laços comunitários.

Os protocolos de atendimento em saúde mental não eram conhecidos pelos médicos de família participantes do estudo. Da mesma forma, a falta de padronização dos instrumentos de referência e contra-referência dificultou a comunicação entre os profissionais.

Palavras-chave: saúde mental; saúde da família; serviços ambulatoriais de saúde; protocolos clínicos.

ABSTRACT

The mental health and family health politics are both considered a great skill for the reorganization of the health assistance practices. These practices are still on implantation and intend to overcome the traditional health model which is based on the individual clinical practice of physicians.

The psychiatry ambulatory was recruited as one of the first mechanisms from the mental health politics to substitute the psychiatry hospitals. The communication between the membership of family and mental health staff has been encouraged by the Health State Department Ministry. In this way, this study analyses how family physicians from the countryside of Minas Gerais are acting about the people who have mental disorders. For this, we analysed the guidelines from those physicians to the psychiatry ambulatory and also interviewed them (with non-structured interviews).

We concluded that it is a challenge to overcome the practice of physicians, that saw difficulties on working with subjective aspects of illness.

Also, the clinical guidelines on mental disorder are not well-known by the physicians interviewed. Fragile and transitory link between those physicians and the community was also observed. Non-standardization of reference *versus* against-reference instruments made the communication between the professionals difficult.

Key-words: mental health; family health; clinical protocols; ambulatory care.

Lista de Abreviaturas e Siglas

ABRASCO – Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
ABP – Associação Brasileira de Psiquiatria
AP – Ambulatório de Psiquiatria
APAC – Autorização para procedimento de alta complexidade
Bireme – Biblioteca Virtual em Saúde
CA – Clínica Ampliada
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CAPS Ad – Centro de Atenção Psicossocial - Álcool e Drogas
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
CERSAM – Centro de Referência em Saúde Mental
CID-10 – Classificação Internacional de Doenças – 10º versão (1993)
CIS MIRECAR – Consórcio Intermunicipal de Saúde da Micro-Região de Caratinga
CMS – Conselho Municipal de Saúde
CONSAÚDE – Consórcio Intermunicipal de Saúde da Micro-Região do Vale do Rio Doce
DECS – Descritores em Ciências da Saúde
EC – Espaços de Convivência
EP – Emergências Psiquiátricas
ESF – Equipe de Saúde da Família
GT – Grupos Terapêuticos
HDA – História da Doença Atual
HD – Hipótese Diagnóstica
IMS – Instituto de Medicina Social
INSS – Instituto Nacional de Seguridade Social
MS – Ministério da Saúde
OC – Oficinas Comunitárias
OMS – Organização Mundial de Saúde
OT – Oficinas Terapêuticas
PSF – Programa Saúde da Família
PMC – Prefeitura Municipal de Caratinga
RAISM - Rede de Atenção Integral à Saúde Mental de Sobral

RP – Reforma Psiquiátrica

SAMU – Serviço de Atendimento Médico de Urgência

SES – Secretaria Estadual de Saúde

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SRT – Serviços Residenciais Terapêuticos

TMC – Transtornos Mentais Comuns

UERJ – Universidade do Estado do Rio de Janeiro

UNEC – Centro Universitário de Caratinga

Apresentação

O meu interesse por este tema iniciou-se durante a graduação, quando fazia estágios em serviços de Psicologia Médica e Psiquiatria, em diferentes contextos. Surgiu então o interesse pelos aspectos psíquicos do adoecimento humano. Àquela época, observei que muitos casos atendidos pelo Psiquiatra se deviam a problemas do cotidiano, transformados em “problemas médicos”. Tal experiência fez com que eu me dedicasse ao estudos destes aspectos do adoecimento, e encontrei embasamento teórico para tal no campo da Medicina Psicossomática. Realizando estágios em ambulatórios de psiquiatria e em instituições manicomiais, observei o *modus operandi* da integração das propostas de Saúde Mental na Atenção Básica.

Em Janeiro de 2006 iniciei atendimento nos ambulatórios de psiquiatria em sete municípios do Leste de Minas Gerais (Caratinga, Inhapim, Entre Folhas, Vargem Alegre, São Sebastião do Anta, Ubaporanga, Imbé de Minas). Observei que a procura por atendimento psiquiátrico é bastante elevada nestes municípios, de modo que em todos eles, com exceção de Caratinga, sou o único médico que presta atendimento em psiquiatria.

Assim, inserido neste contexto, em conversas informais com os colegas, notei que a rotatividade entre médicos do Programa Saúde da Família dos respectivos municípios é elevada, por distintos motivos apontados por eles - alegavam o fato de os municípios serem distantes dos grandes centros, ou aguardavam uma vaga na Residência Médica enquanto faziam um “caixa” como médicos de família.

Nota-se que, em distintos contextos, existem dificuldades no estabelecimento do vínculo (considerado um dos pilares da estruturação das equipes de saúde da família), sendo este muitas vezes inexistente. A noção de vínculo tornou-se

deturpada, questão relevante principalmente quando se observa que existe uma lacuna conceitual na formação médica, qual seja, a limitação do modelo biomédico em lidar com a demanda de sofrimentos psíquicos, cujas consequências são negativas ao usuário e também ao sistema de saúde.

Inserido no contexto de atendimento em que tenho de lidar com os encaminhamentos oriundos dos médicos de família, considerei importante o estudo das questões contidas no processo de referenciamento de um usuário ao ambulatório de psiquiatria, dada a elevada quantidade destes encaminhamentos.

Como esta pesquisa foi realizada no cotidiano de instituições, espera-se que a mesma possa ser útil para a identificação dos parâmetros utilizados pelo médico de família quando este elabora um encaminhamento ao ambulatório de psiquiatria.

Introdução

A Saúde Mental constitui um campo em constante desenvolvimento no âmbito do Sistema Único de Saúde. A década de 90 ficou marcada pela criação dos serviços substitutivos à hospitalização psiquiátrica, visando o incremento da resolutividade em saúde mental. Destarte, criaram-se redes de cuidados compostas pelos ambulatórios de saúde mental (psiquiatria; psicologia), os centros de atenção psicossocial (CAPS), os serviços residenciais terapêuticos (SRT), as oficinas comunitárias/ terapêuticas (OF e OT), os grupos psicoterapêuticos (GP), espaços de convivência (EC), emergências psiquiátricas (EP), leitos psiquiátricos em hospitais gerais, dentre outras atividades de base comunitária visando-se a (re)integração psicossocial do usuário. (Amarante, 2001; Brasil, 2004).

Segundo estimativas do Ministério da Saúde (MS) referentes à demanda por serviços de Saúde Mental, 3% da população necessita de cuidados contínuos, por possuir transtornos mentais severos e persistentes, 9% da população requer cuidados eventuais, estes últimos por possuírem transtornos menos graves (totalizando aproximadamente 20 milhões de habitantes somente no Brasil).

Estudo realizado nos EUA na década de 80 (ECA-Epidemiologic Catchment Area) revelou que 40 a 60% dos casos de saúde mental são atendidos por médicos generalistas, aspecto corroborado por trabalhos posteriores. Pesquisas brasileiras apontam que 38 a 56% dos pacientes atendidos em ambulatórios de clínicos gerais são portadores de transtornos mentais (Mari, 1987; Villano, 1995).

Nos ambulatórios, a prevalência de transtornos mentais chega a 60%, e as pesquisas indicam que os médicos generalistas subestimam a presença de transtornos mentais em seus pacientes (Blat, 2006). Mari (ibidem) observou que

numa amostra de clínicos gerais, 22 a 79% deles não foram capazes de identificar a presença de distúrbios psiquiátricos entre seus pacientes. A prevalência de transtornos mentais na população geral atinge de 30 a 60% nos ambulatorios gerais, sendo que as consequências de tal subestimação pelos clínicos incluem persistência do sofrimento do usuário, elevação dos custos e complicação de enfermidades clínicas (Blat, *op cit*, 2006).

Cerca de 30% dos pacientes vistos por um médico sofrem de depressão, de modo que 60% procuram tratamento inicialmente com um clínico geral. Consiste num desafio especial para o médico clínico trabalhar com doença somática e transtornos psicológicos simultaneamente. A depressão, em muitos casos, é mascarada e os pacientes apresentam apenas queixas somáticas. (grifos nossos. OMS, 2000).

Das situações demandadas aos ambulatorios de atenção primária¹, as mais frequentes são os Transtornos Mentais Comuns (TMC), tais como quadros depressivos e quadros de ansiedade menos graves, relacionados a fatores sociais e econômicos desfavoráveis (Fortes, 2004). O aparecimento cada vez mais freqüente de situações de sofrimento psíquico nas unidades de atenção primária correlaciona-se com baixa escolaridade, dificuldades sócio-econômicas, conflitos familiares, subemprego e desemprego.

De acordo com Joubert (2006), em apresentação proferida no 8º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva:

¹ Neste texto, os termos “atenção primária” e “atenção básica” serão tomados como sinônimos, cujo significado é: “assistência sanitária essencial baseada em métodos e tecnologias práticas, cientificamente fundados e socialmente aceitáveis, postos ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade mediante a sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam suportar, em todas e cada etapa do seu desenvolvimento, com um espírito de auto-responsabilidade e autodeterminação”. (consulta ao ‘Descritores em Ciências da Saúde’, da biblioteca virtual em saúde – BVS – disponível em: <http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decserver/>).

“apesar da tendência em ‘patologizar’ ou ‘medicalizar’, a maioria dos problemas mentais sofridos pelas populações (por exemplo, ansiedade, depressão, violência, abuso de drogas, estresse pós-traumático) não são necessariamente provenientes de doenças orgânicas.”

Segundo o MS, 56% das equipes de saúde da família referiram realizar “alguma ação de saúde mental”, sendo as ESFs consideradas importantes recursos principalmente pela proximidade com a comunidade.

Para Silva Filho (1985), o ambulatório de psiquiatria apareceu como um dispositivo articulador dos novos conteúdos de ensino com as novas regras de cuidados com os doentes mentais.

“o ambulatório deve ser visto como um dispositivo: um conjunto teórico-prático inserido na estrutura assistencial, tendo no contexto histórico e social do Brasil efeitos diretos e indiretos, procurando estabelecer os seus critérios de funcionamento, as condições de sua difusão e sua importância na constituição de uma nova identidade profissional para os psiquiatras.” (Silva Filho, *op cit*, p. 305).

Assim, já não se concebe cotidianamente uma prática em saúde mental isolada de outras disciplinas e saberes, tampouco centrada na psiquiatria. Observa-se, na literatura, escassez de trabalhos acerca do processo de encaminhamento no âmbito do Programa Saúde da Família, de modo que o presente estudo torna-se relevante neste contexto.

2 - Políticas de Saúde Mental no Brasil

Os indivíduos portadores de transtornos mentais foram, durante determinadas épocas, considerados uma ameaça para a sociedade, sendo excluídos por meio da internação em instituições manicomiais, as quais possuíam o papel de manter a ordem social. No século XV, eles eram chicoteados em público, expulsos das cidades, proibidos de entrar nas igrejas. O asilo, naquele tempo, consistia num espaço moral da exclusão (Foucault, 2005).

No atendimento manicomial, o sujeito considerado “louco” era excluído do convívio social para que pudesse ser observado sem as interferências do meio externo. Destarte, o manicômio emerge como local de controle e disciplina, por exercer uma função normalizadora, conforme nos mostra Foucault (2005). Posteriormente, no século XVIII, ganha o status de local de cura. Para Amarante (1995), o asilo consistia num espaço de exclusão, sonegação e mortificação das subjetividades.

Durante dois séculos o modelo asilar predominou, sendo o Hospital Psiquiátrico elemento central no funcionamento das políticas de saúde mental, de modo que houve, inclusive, significativa expansão do número de leitos psiquiátricos no século XX. O modelo se esgotou principalmente após a 2ª Guerra Mundial, quando percebeu-se que este era inadequado como dispositivo de intervenção técnica, ao mesmo tempo em que a psiquiatria, sozinha, já não comportava os aspectos ligados à loucura. Somente nos anos setenta do século XX é que emergiram novos atores no campo da saúde mental, que passam a defender uma

política de saúde mental centrada no usuário, cujo cuidado prestado pelos serviços substitutivos deveria levar em consideração o acolhimento, o vínculo e a integralidade, e o usuário passa a ser visto como um indivíduo com direito ao exercício da cidadania. O processo ocorreu em diversos países e chegou ao Brasil nos anos setenta por influência dos ideais do psiquiatra italiano Franco Basaglia (Araújo, 2006).

As iniciativas de modificação das práticas institucionais psiquiátricas no Brasil ficaram conhecidas como Reforma Psiquiátrica, surgindo numa conjuntura política de redemocratização. Para Amarante (2001), a reforma seria:

“processo histórico de reformulação crítica e prática, que tem como objetivos e estratégias o questionamento e elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria” (...). [Possui como um dos seus princípios], “uma crítica conjuntural ao subsistema nacional de saúde mental, mas também – e principalmente – uma crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas, dentro de toda a movimentação político-social que caracteriza a conjuntura da redemocratização”. (Amarante, *op cit*, p. 87).

Para este mesmo autor, a Reforma também pode ser compreendida como um processo social complexo de transformação estrutural da visão da sociedade sobre a loucura (Amarante, 2005).

Esta reformulação do modelo de atendimento em saúde mental possui como marco inicial a deflagração de denúncias contra irregularidades na assistência prestada nas instituições manicomiais do Rio de Janeiro, em meados dos anos setenta. Surge, em 1978, o Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM),

que reivindica melhores condições salariais e formação de recursos humanos na área de saúde mental, critica o autoritarismo das instituições bem como o modelo médico centrado nas terapêuticas biológicas, e, ainda, reivindica melhorias nas condições de atendimento prestado (Amarante, 2001).

Outros setores até então distantes do ideal reformista aderem ao movimento, dentre eles a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), prevalecendo o repúdio ao uso da instituição psiquiátrica como instrumento de repressão.¹

Em 1987, no congresso de Trabalhadores de Saúde Mental de Bauru – SP, é lançado o lema “Por uma Sociedade sem Manicômios”, quando cria-se o dia nacional de luta antimanicomial (18 de Maio). A partir deste episódio, ocorre uma ampliação neste movimento, com ênfase no aspecto social, e não somente técnico (Amarante, 1995).

Outro marco no movimento de Reforma do modelo foi a Declaração de Caracas, que exortou os governos regionais a adotarem modificações na prestação do cuidado em saúde mental:

“A Declaração de Caracas foi assinada em 1990, e os dois grandes objetivos que seus signatários se comprometeram a promover – a superação do modelo do hospital psiquiátrico e a luta contra todos os abusos e a exclusão de que são vítimas as pessoas com problemas de saúde mental - foram adotados como as grandes metas mobilizadoras de todos os movimentos de reforma de saúde mental ocorridos na América Latina e Caribe, a partir de 1990.” (Brasil, 2005).

¹ Para um aprofundamento dessa discussão, vide Amarante, 2001.

As equipes de atendimento, outrora centralizadas no médico psiquiatra, passam a agregar novos atores: psicólogos, assistentes sociais, pedagogos, oficinairos, recreadores, enfermeiros, favorecendo assim que outros aspectos ligados aos transtornos mentais, que não somente o orgânico possam ser abordados.

Surgem os “serviços substitutivos”, no contexto da desinstitucionalização², com intensa criação de redes de cuidados regionalizadas e territorializadas, tais como ambulatórios de psiquiatria e psicologia, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Oficinas Comunitárias (OC), Leitos Psiquiátricos nos Hospitais Gerais, Centros de Convivência, Clubes de Lazer.³ O processo de desinstitucionalização dos pacientes asilados e cronicados consiste justamente na criação e potencialização desses serviços substitutivos.

Em 2001, a OMS recomendava as seguintes ações no âmbito da saúde mental:

- a)- proporcionar tratamento na atenção primária;
- b)- garantir acesso aos medicamentos psicotrópicos essenciais;
- c)- garantir a atenção na comunidade (evitando internações nos hospitais psiquiátricos);
- d)- educação em saúde;
- e)- envolvimento das comunidades, famílias e usuários nas decisões políticas, programas e serviços;

² Este termo agrega o significado de desospitalizar e desconstruir o ultrapassado modelo. Para Amarante (1995), “desinstitucionalização significa tratar o sujeito em sua existência e em relação com suas condições concretas de vida. Isto significa não administrar-lhe apenas fármacos ou psicoterapias, mas construir possibilidades. O tratamento deixa de ser a exclusão em espaços de violência e mortificação para tornar-se criação de possibilidades concretas de sociabilidade e subjetividade. (...) A desinstitucionalização é um processo ético, de reconhecimento de uma prática que introduz novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos”. (p. 494).

³ Para um aprofundamento sobre o funcionamento de cada um desses dispositivos, acessar: www.saude.gov.br/saudemental.

- f)- estabelecimento de políticas, programas e legislação nacionais;
 - g)- formação de recursos humanos;
 - h)- monitorizar a saúde mental na comunidade (informação, indicadores de saúde mental);
 - i)- apoiar a pesquisa na área de saúde mental
- (OMS, 2001)

Nos anos 90, com a implantação dos PSFs, a Saúde Mental (SM) passa a se integrar com a Atenção Básica, uma vez que grande parte dos problemas em saúde mental pode ser resolvido neste nível de assistência, por meio do matriciamento⁴ (Nunes, 2007). Os CAPS são os dispositivos estratégicos para a organização da rede de atenção em SM, necessários nos municípios com mais de 20 mil habitantes. Naqueles com população inferior, imperiosa se faz a existência de uma equipe de apoio matricial em SM. O Ministério da Saúde preconiza que a assistência na rede básica deva ser realizada através do apoio matricial às equipes da atenção básica. O apoio matricial da saúde mental às equipes de AB constitui-se num arranjo que visa dar suporte técnico, onde a equipe de SM compartilha situações de atendimento com a equipe de AB responsável por determinado território. Cria-se assim uma co-responsabilização pelos casos, que se materializa através de atendimentos

⁴ A definição de matriciamento do Programa Paidéia, elaborado por Gastão Wagner Campos, em Campinas, merece ser reproduzida: “Entendemos por matriciamento a construção de momentos relacionais onde se estabelece troca de saberes entre os profissionais, de diferentes serviços de atenção, envolvidos no cuidado dos usuários. Tem por objetivo garantir que as equipes das UBS e UR vinculem-se aos pacientes e responsabilizem-se pelas ações desencadeadas no processo de assistência, garantindo a integralidade da atenção em todo o sistema de saúde. Esta proposta de matriciamento exige uma reformulação do modelo assistencial vigente nos ambulatorios de especialidades, o qual está focalizado no atendimento individual ou em atividades de grupo e na própria especialidade, e não no sujeito “como um todo”. É necessário garantir espaços nas agendas dos especialistas, onde eles matriciarão as equipes das UBS’s, proporcionando capacitação em serviço, através da discussão de casos e de consultas conjuntas ou, através da organização de mutirões e de seminários”.

(disponível em: <http://www.campinas.sp.gov.br/saude/especialidades/matriciamento.pdf>)

conjuntos, intervenções comunitárias e junto às famílias, bem como discussões conjuntas sobre determinados casos.

“a responsabilização compartilhada dos casos exclui a lógica do encaminhamento, pois visa aumentar a capacidade resolutiva de problemas de saúde pela equipe local.” (Brasil, 2003, p.4)

Em Janeiro de 2008, o Ministério da Saúde deu início aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs), cujo objetivo 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”. (Brasil, 2008). A saúde mental passou a ser relevante na abordagem das equipes dos NASFs.

Em nosso trabalho, descreveremos a relação do ambulatório de psiquiatria com a rede de cuidados da atenção básica (PSF). Segundo Oliveira et al. (2006), os serviços ambulatoriais realizam atendimento de referência ambulatorial especializada, com consultas, medicação e acompanhamento de Equipe Especializada em Saúde Mental: psiquiatra, psicólogo, assistente social, enfermagem e terapeuta ocupacional. O MS reconhece que, embora não disponha de dados estatísticos, os sofrimentos psíquicos menos graves são objeto de trabalho dos ambulatórios e da atenção básica (transtornos psicossomáticos, dependência de benzodiazepínicos, ansiedade, depressão).

As ações de saúde mental, conforme o MS, devem obedecer o modelo de redes de cuidado, com base no território e integrando-se a outras políticas de saúde que convirjam para o estabelecimento de vínculos e acolhimento.

São princípios da articulação entre SM e AB:

- noção de território;
- organização da atenção à saúde mental em rede;

- intersectorialidade;
- reabilitação psicossocial;
- multiprofissionalidade/interdisciplinaridade;
- desinstitucionalização;
- promoção da cidadania dos usuários;
- construção da autonomia possível de usuários e familiares.

(Brasil, 2003, p. 4)

Estimula-se, assim, a prática da interdisciplinaridade e a ampliação da clínica, onde dimensões outras, que não somente a biológica, possam ser incorporadas às práticas dos sujeitos.

(...) urge estimular ativamente, nas políticas de expansão, formulação e avaliação da atenção básica, diretrizes que incluam a dimensão subjetiva dos usuários e os problemas mais graves de saúde mental.”

(Brasil, *op cit*, p. 3)

No caso dos municípios onde não houver CAPS, a equipe matricial deverá ser composta pelos seguintes membros (MS, 2003, *op cit*, p. 5):

Médico psiquiatra ou médico generalista com capacitação em saúde mental;

Dois técnicos de nível superior (psicólogo, enfermeiro, assistente social, terapeuta ocupacional, etc.);

Auxiliares de enfermagem;

Nos municípios com menos de 20 mil habitantes, a equipe matricial poderá ser mais simples, composta por um médico generalista com capacitação em saúde mental e um técnico de saúde mental de nível superior.

São responsabilidades compartilhadas entre as equipes de saúde mental e atenção básica, consoante o MS:

- a. Desenvolver ações conjuntas, priorizando: casos de transtornos mentais severos e persistentes, uso abusivo de álcool e outras drogas, pacientes egressos de internações psiquiátricas, pacientes atendidos nos CAPS, tentativas de suicídio, vítimas de violência doméstica intradomiciliar;
- b. Discutir casos identificados pelas equipes da atenção básica que necessitem de uma ampliação da clínica em relação às questões subjetivas;
- c. Criar estratégias comuns para abordagem de problemas vinculados à violência, abuso de álcool e outras drogas, às estratégias de redução de danos, etc. nos grupos de risco e nas populações em geral;
- d. Evitar práticas que levem à psiquiatrização e à medicalização de situações individuais e sociais, comuns à vida cotidiana;
- e. Fomentar ações que visem à difusão de uma cultura de assistência não manicomial, diminuindo o preconceito e a segregação com a loucura;
- f. Desenvolver ações de mobilização de recursos comunitários, buscando construir espaços de reabilitação psicossocial na comunidade, como oficinas comunitárias, destacando a relevância da articulação intersetorial (conselhos tutelares, associações de bairro, grupos de auto-ajuda, etc);

- g. Priorizar abordagens coletivas e de grupos como estratégias para atenção em saúde mental, que podem ser desenvolvidas nas unidades de saúde, bem como na comunidade;
- h. Adotar a estratégia de redução de danos nos grupos de maior vulnerabilidade, no manejo das situações envolvendo consumo de álcool e outras drogas. Avaliar a possibilidade de integração dos agentes redutores de dano a essa equipe de apoio matricial;
- i. Trabalhar o vínculo com as famílias, tomando-a parceira no tratamento e buscar constituir redes de apoio e integração.

(Brasil, 2003, p. 5).

Em 2006, o 8º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, realizado no Rio de Janeiro, foi palco de intensos debates no âmbito da saúde mental. Dentre eles, destaque para aspectos referentes ao funcionamento das redes em saúde mental (Pitta, 2006; Tófoli, 2006), as quais são compostas pelos CAPS, nas suas várias modalidades, bem como os demais dispositivos de desinstitucionalização e as escolas, ONGs e PSFs. O desafio é garantir acesso ao cuidado, estendendo-o à Atenção Básica e inclusive aos serviços de atendimento médico de urgência (SAMU). Em 2006 o país já contava com 1123 CAPS, 426 residências terapêuticas, mais de 2000 beneficiários do “Programa de Volta para Casa”. Àquela época, ainda dispúnhamos de 40.000 leitos psiquiátricos.

A legitimação referente à Reforma em Saúde Mental teve importante avanço a partir da promulgação da Lei 10216 em 2001⁵. Ademais, vêm crescendo os repasses financeiros para os projetos de assistência extra-hospitalar em saúde mental. Enquanto os gastos com internações psiquiátricas em 1997 atingiam 93% do montante de recursos destinados à Saúde Mental, em 2005 os recursos diminuíram

⁵ Esta Lei trata da proteção e direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial. Propõe-se a extinção progressiva do modelo psiquiátrico clássico, com a substituição deste por outras modalidades de cuidado.

para 54%, conquanto os gastos extra-hospitalares atingiram naquele ano 45% do total de recursos (Pitta 2006)⁶.

Para Amarante (2005), a reforma consiste numa crise de modelo epistemológico no âmbito da crise paradigmática de todas as ciências. O autor preconiza que as dimensões da reforma psiquiátrica enquanto processo social complexo estariam assim subdivididas: dimensão teórico-conceitual, dimensão técnico-assistencial, dimensão jurídico-política e dimensão sócio-cultural, e as suas premissas podem ser resumidas no quadro a seguir:

Dimensões da reforma psiquiátrica consoante Amarante (2006)	
dimensão teórico-conceitual	<p>-Crise paradigmática da ciência moderna</p> <p>* a ciência como produtora de Verdade</p> <p>*o mito da neutralidade dos saberes ditos científicos</p> <p>*o papel do técnico - aquele que executa as ciências, operadores do saber prático</p>
dimensão técnico-assistencial	<p>A construção / invenção de novos serviços, estratégias e dispositivos</p> <p>A transformação do papel e da função dos técnicos, dos usuários, familiares e comunidades</p>
dimensão jurídico-política	<p>Códigos civil, penal e sanitário</p> <p>Conceito de periculosidade inimputabilidade</p> <p>Irresponsabilidade civil</p> <p>Custódia e tutela</p>

⁶ Apresentação disponível em: <http://www.saudecoletiva2006.com.br/portugues/painel2208.php>

	Sofrimento psíquico e trabalho Educação Direitos sociais e humanos Cidadania
dimensão sócio-cultural	Um novo lugar social para a loucura que não seja sinônimo de erro, irresponsabilidade, incapacidade, insensatez, desatino, defeito Inclusão, solidariedade e cidadania (Amarante, 2006)

Um dos princípios da Reforma é organizar o tratamento em rede assistencial nos três níveis de atenção, dentre os quais o ambulatório de psiquiatria foi recrutado como um dos dispositivos substitutivos ao manicômio. Nesse âmbito, os CAPS firmam-se como os articuladores dos serviços comunitários de saúde mental, onde o PSF torna-se a base da referência e contra-referência. (Vieira, 2006).

Preconiza-se que a integralidade deva pautar as ações em saúde na contemporaneidade, uma vez que ela expressa um atributo das boas práticas em saúde. A integralidade, para Pinheiro e Mattos (2001, 2005), deve ser compreendida no seu sentido mais amplo, de modo que as práticas em saúde se dêem no âmbito da subjetividade. A prática da integralidade no campo da saúde mental materializa-se na negação do isolamento, na humanização das práticas e integração dos serviços, visando à assistência integral do usuário. Vínculo e acolhimento são fundamentais para a materialização dessas práticas. (Araújo, 2006).

No município de Sobral-CE, existe uma Rede de Atenção Integral à Saúde Mental de Sobral – RAISM, bastante exitosa, sendo composta por um CAPS II, um CAPS Ad, SRT, Ambulatório macro-regional de psiquiatria e USFs. O serviço de saúde mental de Sobral constitui um modelo para diversos municípios brasileiros. (Tófoli, 2006).

Nesta rede, os medicamentos psiquiátricos são distribuídos nas próprias UBS, sendo que as situações sob responsabilidade compartilhada pelas ESF são: transtornos mentais comuns; sofrimento psicossocial; transtornos mentais severos estabilizados; relação profissional-paciente. (Tófoli, *op cit*).

O RAISM produziu importantes avanços no âmbito da “Atenção Compartilhada na Atenção Básica”:

- Maior efetividade
- Maiores mudanças clínicas
- Instrumento de educação permanente
- Aproximação entre psiquiatras e médicos de família

(Tófoli, 2006)

As parcerias de integralidade em Saúde Mental no território de Sobral incluem os alcoólicos anônimos, grupos de terapia comunitária, grupos de atividade física e massoterapia.

O autor identificou dificuldades com relação à formação de recursos humanos para o trabalho de integralidade em Saúde Mental, quais sejam, psiquiatras e psicólogos excessivamente voltados para a doença mental e para o trabalho em hospital ou ambulatório e falta de psiquiatras. Ressalta a inexistência de uma política

nacional de saúde mental na atenção básica apesar das experiências isoladas bem-sucedidas.

Amarante (2006) coloca como desafios atuais da Reforma Psiquiátrica não somente a ampliação do número de CAPS, como também de todos os novos dispositivos e recursos, além da ampliação da clínica em oposição a uma ampliação restritamente medicalizadora. Deve-se garantir, outrossim, que todos os recursos financeiros outrora destinados às internações sejam dirigidos para os serviços substitutivos. O autor defende que os processos (na RP) devem ser construídos sempre com a participação de diferentes atores (usuários, familiares e comunidade).

Durante o Congresso de Saúde Coletiva de 2006, um grupo de participantes do movimento reuniu-se em defesa da RP, em virtude das reações provocadas por declarações de membros da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) com duras críticas ao processo de reestruturação da assistência psiquiátrica vigente.

Este mesmo evento produziu o “Manifesto em Defesa da Política de Saúde Mental e do Processo de Reforma Psiquiátrica do Brasil”.⁷ Diz o manifesto:

“A reforma psiquiátrica vem convertendo serviços antes centrados exclusivamente no hospital psiquiátrico, para uma atenção em saúde mental com as seguintes características:

- serviços coerentes com os avanços internacionais prescritos na Organização Mundial da Saúde e na Carta da ONU de 1991 (Proteção das Pessoas Portadoras de Transtorno Mental e Desenvolvimento da Assistência à Saúde Mental);
- serviços coerentes com a legislação do SUS, de uma atenção integral à saúde, de acesso universal, de base territorial, com equidade, integralidade, participação e controle social, princípios cuja

⁷ Disponível em <http://www.abrasco.org.br/grupos/arquivos/20071226134149.pdf>.

origem está na forte mobilização dos segmentos sociais ligados à saúde e que foram aprovados na Constituição Federal de 1988;

- serviços abertos na comunidade e integrados à atenção básica em saúde, que hoje atende cerca de 100 milhões de habitantes no país;
- novas modalidades de formação e exercício profissional em saúde mental abarcando as contribuições das diferentes disciplinas, com a democratização do trabalho nas equipes multiprofissionais, visando dar conta da complexidade e das várias dimensões do sofrimento psíquico, do desenvolvimento da subjetividade e da qualidade de vida, num movimento de autonomia e emancipação.”

O documento ressalta os inúmeros avanços que se consolidaram desde os anos setenta, quando 97% dos recursos destinavam-se às internações psiquiátricas, sendo que, atualmente, 50% vão para as atividades substitutivas. O manifesto atribui os ataques das entidades classistas a uma tentativa de retrocesso no SUS. No encerramento do Congresso, elaborou-se uma moção de apoio à Reforma Psiquiátrica.⁸

A relação entre Saúde Mental e Atenção Básica configura-se por meio de um modelo de base comunitária, no território próximo às pessoas, isto é, o lugar onde os indivíduos vivem, trabalham, se relacionam. Neste modelo, devem ser buscados os recursos oriundos da própria comunidade, quando então a maior parte da demanda em saúde mental passa a ser abordada no âmbito do PSF. Vieira (2006) aposta na integração entre as estratégias (PSF e SM):

“ambos se complementam e caminham num mesmo sentido conceitual e operacional: autonomia e participação. (...) definem o processo saúde-doença de forma integral e apresentam novas

⁸ Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/grupos/arquivos/20061020114151.pdf>.

formas de cuidado, que visam a melhoria da qualidade de vida das pessoas a partir de um processo participativo”. (Vieira, 2006, p. 20).

Não pretendemos, aqui, esgotar toda a discussão que envolve os avanços conquistados pela Reforma Psiquiátrica. Uma abordagem mais detalhada de outros aspectos da RP ultrapassa os objetivos deste trabalho; para análises aprofundadas, ver Amarante (2001, 2005, 2006).

Passemos agora ao debate sobre a Estratégia Saúde da Família.

3 - Formação Médica e a Prática no Programa Saúde da Família

3.1- Considerações sobre a Estratégia Saúde da Família

A Estratégia Saúde da Família bem como a Saúde Mental, são ambos programas que pretendem romper com o *establishment* do modelo biomédico, consistindo em estratégias de reorientação do modelo assistencial tradicional. O Programa Saúde da Família consiste num modelo de reorientação da atenção básica que visa a promoção, a prevenção e a assistência à saúde, elegendo a família e o seu espaço social como núcleo básico de abordagem do atendimento à saúde, rompendo portanto com o paradigma anterior, centrado no atendimento médico individual (Favoreto, 2002; Guglielmi, 2006; Silva e Souza, 2001).

O PSF teve início em 1994, a partir do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que já existia desde 1991 com bons resultados no tocante à redução da mortalidade infantil no estado do Ceará. O “Programa Médicos de Família”, de Niterói-RJ¹, também inspirou o PSF.

O MS preconiza que cada ESF seja constituída por, no mínimo, 1 médico, 1 enfermeiro, 2 auxiliares/técnicos de enfermagem e 4 agentes comunitários de saúde (ACS). Conforme a realidade local, outros profissionais podem ser incorporados à equipe, que fica responsável pelo atendimento de uma clientela adscrita, que varia entre 2450 a 4500 pessoas.

Na definição do MS,

¹ Inspirado no modelo de Cuba, o programa propõe: “uma mudança do modelo de atenção vigente e proporcionar assistência integral à saúde da população, com ênfase nas atividades de prevenção e de promoção. O meio adotado para atingir tais objetivos foi a utilização de médicos generalistas e o investimento na capacitação e na educação continuada desses profissionais, que devem ser capazes de resolver cerca de 70% dos problemas de saúde de sua área de abrangência. Além disso, a equipe de saúde também deve atuar no plano coletivo, com um ‘olhar integral’ sobre o indivíduo, sua família, a comunidade e as questões ambientais, sociais e econômicas que influenciam o estado de saúde da população da área de cobertura, tais como educação, abastecimento de água, esgotamento sanitário, coleta de lixo, processo de urbanização etc” (Terra, 1988, p. 4). As equipes deste programa não dispunham do agente comunitário, sendo compostas pelo médico, enfermeiros, auxiliares e supervisores clínicos nas áreas de pediatria, clínica, tocoginecologia, cirurgia, saúde mental, epidemiologia, enfermagem e serviço social (Silva e Souza, 2001; Terra, 1998).

“A Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais freqüentes, e na manutenção da saúde desta comunidade. A responsabilidade pelo acompanhamento das famílias coloca para as equipes de saúde da família a necessidade de ultrapassar os limites classicamente definidos para a atenção básica no Brasil, especialmente no contexto do SUS.”²

A Unidade Básica de Saúde (UBS) constitui-se na porta de entrada do sistema local de saúde, estando vinculada a serviços que dêem suporte e garantam a referência e contra-referência. Atualmente, existem cerca de 26000 equipes de saúde da família no país, contudo nem todas funcionam conforme o previsto. A proposta do PSF, visto que se constitui num modelo assistencial baseado na prevenção de doenças e na promoção da saúde, é dar mais racionalidade e eficiência ao SUS, ao resolver 85% dos problemas de saúde da comunidade, desafogando os hospitais.³

Os profissionais recebem remuneração diferenciada, ainda que os vínculos empregatícios sejam frágeis, fazendo com que a permanência do profissional seja curta, principalmente do médico. Este fato causa prejuízo no estabelecimento do vínculo com a população (Silva e Souza, 2001; Silveira, 2004).

² ver referências bibliográficas (Brasil, 2004 [?]; 2003; s.d).

³ <http://www.saude.gov.br>

O programa pretende modificar o conteúdo das práticas médicas no sentido da humanização, incorporando-se componentes sociológicos, antropológicos, epidemiológicos e psicológicos. O confronto aparece na medida em que o PSF tem como referência a **saúde**, enquanto a medicina referencia a **doença**. A proposta do PSF é não basear-se somente na demanda espontânea, com ênfase na medicina curativa, nos atendimentos individuais e tampouco no saber centrado no médico. Isso requer então a formação de recursos humanos diferenciados, capazes de abordar o sofrimento humano num contexto amplo, que englobe aspectos outros que não somente o biológico (Favoreto, 2002; Silva e Souza, 2001).

Oportuna se faz, neste ensejo, uma discussão acerca da racionalidade médica dominante em nosso meio - a biomedicina, à luz das concepções de Camargo Jr. e do grupo de pesquisas Racionalidades Médicas do IMS-UERJ.

3.2 – Biomedicina e a Estratégia Saúde da Família

Os debates sobre a incorporação dos aspectos subjetivos do adoecimento na prática médica ganham espaço na Saúde Coletiva, uma vez que o modelo biomédico predominante mostra-se insuficiente para a atuação do médico de família. A Estratégia Saúde da Família pressupõe (ao menos idealmente) que o médico faça um atendimento integral ao paciente, incorporando aspectos psíquicos e sociais do adoecimento, não permanecendo limitado ao organicismo.

A Biomedicina (Medicina Ocidental Contemporânea), surgiu no momento em que a medicina se tornou anátomo-clínica, no século XVIII, com a incorporação da anatomia patológica ao arsenal técnico-científico da medicina. A atuação médica passou, a partir de então, a se focalizar principalmente no corpo, isto é, nas lesões e

nas doenças, onde estas últimas deixaram de ser vistas como um fenômeno vital passando à condição de expressão de lesões celulares. Tal concepção de doença passou a ser a categoria central do saber e da prática médica, então a lógica da intervenção médica passou a ser evitar, retardar a progressão ou minimizar o dano causado pelas doenças.⁴ Nesta racionalidade, a medicina recorre à cientificidade para conferir legitimidade às suas ações (Camargo Jr., 2005).

São problemas identificados em relação ao modelo biomédico, segundo Camargo Jr (2007): a insatisfação de usuários e dos próprios médicos, os custos elevados com tratamentos e exames (além do uso excessivo destes), formação inadequada de recursos humanos, competição entre os profissionais da área e desvalorização dos aspectos subjetivos do adoecimento humano. Nesse âmbito, a não-valorização da subjetividade choca-se com um dos princípios do PSF, conforme já discutido.⁵

“(...) entendemos que a subjetividade do adoecimento, isto é, a complexidade e a singularidade do sofrimento humano, e mais ainda, a sua dimensão fenomenológica, experiencial, nunca chegou a ser objeto das ciências biomédicas (...)” (Camargo Jr, 2006, p. 1095).

Favoreto (2002), analisando a prática médica no PSF, ressalta que o modelo biomédico “não é auto-suficiente para dar respostas que venham ao encontro de uma visão mais totalizante do adoecer humano e do cuidado em saúde” (p. 85). Para Silva e Souza (2001), os indivíduos procuram o médico delegando ao mesmo o poder de traduzir o sofrimento, que é interpretado por ele em termos anátomo-

⁴ Como exemplificação do poderio do discurso das doenças, a própria aceção de “saúde mental”, de acordo com a OMS faz referência à ausência de doença: “É o estado de bem-estar no qual o indivíduo percebe as próprias habilidades, pode lidar com os estresses normais da vida, é capaz de trabalhar produtivamente e está apto a contribuir com sua comunidade. **É mais do que ausência de doença mental**” (consulta ao DECS; grifos nossos).

⁵ Revelando-se iatrogênico, uma vez que a prática médica envolve elevado grau de subjetividade, e aqui o médico encontra grandes dificuldades quando não consegue traduzir o sofrimento em algo amparado pelo conhecimento científico.

fisiológicos. A biomedicina, assim, ofusca boa parte das dimensões da subjetividade que aparecem a cada encontro entre o médico e o usuário: aspectos relacionados ao próprio adoecimento bem como as reações do indivíduo quanto à terapêutica e situações de vida. (Schraiber, 1993).

Assim, a biomedicina traduz-se num sistema em que a ênfase recai sobre a doença e não sobre o doente, há uma centralização do atendimento, que ocorre no ambiente hospitalar, e a política é curativista.

No rol de técnicas terapêuticas desta racionalidade, inclui-se a medicamentosa, a cirúrgica, a física e a dietética, sendo as duas primeiras mais valorizadas pelos médicos pelo fato de serem de domínio exclusivo da categoria (Camargo Jr., 2005).⁶

As razões pelas quais esse modelo ainda se sustenta, se devem, entre outras coisas, pelo poder do complexo médico-industrial em determinar os rumos da prática médica, representado principalmente pela indústria farmacêutica, a qual financia as principais pesquisas científicas em nosso meio (Luz, 2004).

As instituições de ensino médico do país encontram-se pautadas pelo modelo biomédico, com a formação médica se estruturando a partir do estudo anátomo-patológico, esquadrihando o indivíduo doente em partes e supervalorizando o objetivismo em detrimento da subjetividade, conforme pode-se verificar nos estudos sobre o saber médico na contemporaneidade. Um dos conflitos da medicina reside justamente nas teorias generalizantes que se contrapõem à prática pautada na individualidade.

O médico recém-formado, ao iniciar sua prática, vê-se diante de um grande desafio que é abordar o sofrimento do usuário na sua integridade, pois teve um ensino baseado na objetividade da apresentação dos sinais e sintomas. Sente-se

⁶ Assim como são mais valorizados os exames complementares caros e complexos, em detrimento da semiologia. Aqui reside um outro paradoxo desta racionalidade, já que o eixo semiológico, menos legitimado socialmente, é o que predomina na prática cotidiana do médico (Camargo Jr, 2005).

confuso e, conseqüentemente irritado, quando não consegue enquadrar uma “queixa principal” conforme aprendera na Semiologia (Guedes, 2007). Camargo Jr. (1990) verificou que os manuais de medicina falam na necessidade de ver o paciente como um todo, porém isto nunca é colocado em prática. Observou, no estudo das práticas médicas no ambulatório de Medicina Integral, que os médicos não davam oportunidade para que os pacientes falassem sobre situações de sofrimento psíquico.

“(…) quando os pacientes tentavam abordar assuntos outros que não suas doenças, os médicos, seja lá por que razão for, impediram que o ‘desabafo’ se desenvolvesse.” (Camargo Jr, 1990, p. 104).

Assim, este mesmo autor (2003, 2007) defende um modelo no qual a subjetividade possa ser abordada, e, para tanto, o campo da Saúde Coletiva dispõe de inúmeras maneiras novas de se pensar o adoecimento, tais como a proposta da Clínica Ampliada (Campos, 2007), a integralidade e a produção do cuidado visando a transformação do modelo tecnoassistencial (Pinheiro, 2005). Ao mesmo tempo, as práticas “alternativas” se propagam rapidamente no meio médico, justamente porque abordam o indivíduo como um todo, além de algumas delas constituírem-se em práticas cuja linguagem é de mais fácil acesso⁸.

Para a produção do cuidado em saúde e uma abordagem integral do indivíduo doente, Favoreto (2002) sugere:

“são necessárias reflexões e atitudes que incorporem outros saberes e novos atores que transcendem o saber anátomo-clínico e epidemiológico – como os das ciências sociais, da pedagogia, da psicologia e da psicossomática – para uma compreensão mais crítica

⁸ Esta é uma das razões pelas quais os “curandeiros” ou “tratadores” fazem tanto sucesso entre a população rural na região em que realizamos o estudo de campo.

e ampliada da dinâmica social, cultural e política, evidenciada no cotidiano das comunidades. Também é necessário, o desenvolvimento continuado e contextualizado de novas posturas e habilidades técnicas mais coerentes com a noção de cuidado em saúde, capaz de produzir maior autonomia e bem-estar às pessoas que procuram os serviços de saúde.”

(Favoreto, 2002, p. 110-11).

Dentre as propostas de transformação da racionalidade médica ocidental, muito se discute sobre o modelo “biopsicossocial”, que agrega três domínios teóricos que supostamente traduzem o homem como um todo (biológico, psicológico e social). Para Camargo Jr (2005), contudo, tal discurso mostra-se controverso, na medida em que na prática permanece subordinado ao discurso biológico:

“a pretensa totalidade é usualmente expressa condensando-se todos os termos em um só, como se a mera justaposição de discursos pudesse, por si só, abolir a fragmentação inerente ao próprio modelo de desenvolvimento disciplinar característico da modernidade. Agregue-se a isso o fato de que os termos “psico” e “social” não passam de referências genéricas, subordinadas ao primado do discurso biológico.” (Camargo Jr., op cit, p. 185)

Poucos profissionais que trabalham nas ESF do país formaram-se com uma visão ampliada acerca do processo de adoecimento.⁹ A maior parte das Faculdades de Medicina orienta o ensino para uma prática privada e para a formação de futuros especialistas. Isso pode ser verificado pelo reduzido número de médicos

⁹ Daí o elevado nível de estresse (*burn-out*) observado nas equipes.

generalistas que lecionam nas escolas médicas: no ciclo clínico, as disciplinas costumam ser ministradas por especialistas.¹⁰

Ciente da necessidade de reformular o ensino médico e o de outros profissionais de saúde, com vistas a capacitar o aluno para o trabalho na atenção básica, o Governo Federal lançou, em 2005, o programa “Pró-Saúde” (Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde), cujos objetivos são¹¹:

“Objetivo Geral: Incentivar transformações do processo de formação, geração de conhecimentos e prestação de serviços à população, para abordagem integral do processo de saúde doença, tendo como eixo central a inserção dos estudantes na rede pública de serviços de saúde.

Objetivos Específicos:

I - reorientar o processo de formação em medicina, enfermagem e odontologia de modo a oferecer à sociedade profissionais habilitados para responder às necessidades da população brasileira e à operacionalização do SUS;

II - estabelecer mecanismos de cooperação entre os gestores do SUS e as escolas de medicina, enfermagem e odontologia, visando tanto à melhoria da qualidade e resolubilidade da atenção prestada ao cidadão quanto à integração da rede pública de serviços de saúde à formação dos profissionais de saúde na graduação e na educação permanente;

¹⁰ A graduação em medicina ainda é, na maior parte das instituições de ensino do país, dirigida para a formação de profissionais sem preocuparem-se com a realidade social e sanitária local. O curso médico é desenvolvido dentro das salas de aula e laboratórios, e, ao final, num hospital universitário ou conveniado para a realização do internato.

¹¹ vide referências (Brasil, 2005).

III - incorporar no processo de formação da medicina, enfermagem e odontologia a abordagem integral do processo saúde-doença e da promoção de saúde;

IV - ampliar a duração da prática educacional na rede pública de serviços básicos de saúde.”

(Brasil, 2005).

Esse processo encontra-se interligado com a proposta de assistência em Saúde Mental na atenção primária, na medida em que um de seus eixos é a produção de conhecimentos segundo as necessidades do SUS. Pretende diversificar os cenários de práticas “para que o aluno seja um gerador de reflexão e não de imitação”, nas palavras de Chazan (2007).

No eixo “cenários de práticas”, destacamos o item “maior ênfase no nível básico com possibilidade de referência e contra-referência”, bem como o item que trata da inserção precoce do aluno interagindo com a comunidade. O Pró-Saúde pretende, assim, despertar um espírito crítico com análise da prática clínica.¹²

No contexto da incorporação de novos saberes à prática outrora restrita à biomedicina, surge também a Clínica Ampliada (CA), que consiste numa proposta de uma nova clínica, que permita lidar melhor com a singularidade do sujeito doente, sem abrir mão da “categoria doença”. Para Souza Campos (1997, 2005, 2007a, 2007b), a concepção epistemológica e organizacional da CA baseia-se na construção do trabalho clínico segundo um “neo-artesanato”, isto é, a ampliação do objeto de trabalho da clínica. Agregaria-se então, além das doenças, os problemas de saúde, enfim, as situações que ampliam o risco ou a vulnerabilidade das

¹² Em Caratinga existe uma Faculdade de Medicina, que formou sua primeira turma em fins de 2007. Naquele curso os alunos recém-ingressados têm a oportunidade de conhecer o funcionamento do PSF no mesmo município. Na instituição, lecionamos a disciplina “Trabalho de Campo”, onde os alunos participam ativamente das atividades comunitárias.

peessoas. Para o autor, a ampliação fundamental consiste na consideração dos sujeitos, o que ele denominou “clínica do sujeito”. Ademais, propõe a ampliação da autonomia do usuário, no sentido da sua capacidade em lidar com sua própria rede/sistema de dependências. A CA também propõe-se a lidar com as pessoas na sua dimensão social e subjetiva, incorporando elementos da história de vida de cada sujeito, identificando fatores de risco e de proteção, valorizando o poder terapêutico da escuta e da palavra, o poder de educação em saúde e do apoio psicossocial. A proposta é que a clínica possa incorporar conhecimentos de distintas áreas:

“para que essa reforma seja possível na prática, a clínica necessitará de recorrer a conhecimentos já existentes em outras áreas, sobre o funcionamento do sujeito quando considerado para além de sua dimensão orgânica ou biológica. A prática clínica necessita de uma nova semiologia e de uma nova terapêutica: parte desses conhecimentos pode ser buscada na saúde coletiva, na pedagogia, psicologia, antropologia, ciências sociais e políticas e, até mesmo, em noções de Gestão e de Planejamento.” (Campos, 2007a, p. 853)

Para a efetiva constituição da CA, a estruturação do vínculo profissional de saúde *versus* paciente é imperioso, de modo que devem ser adotados todos os dispositivos para facilitar esta interação.

O autor identificou os seguintes empecilhos para a estruturação da Clínica Ampliada (2007a):

- excesso de demanda;
- profissionais com múltiplos empregos;
- inserção dos profissionais nos hospitais e nos ambulatórios de um modo que a atenção ao mesmo paciente não é compartilhada pela mesma equipe durante todo o processo terapêutico;

- aumento do número de especialidades em saúde, fragmentando o processo terapêutico e com isso elevando o número de profissionais que intervêm num mesmo caso.

A necessidade de incorporação de uma certa capacidade de lidar com a subjetividade e de conhecimentos de psicologia na clínica médica não é nova. O próprio Balint já falava da importância de se utilizar a psicologia na clínica, e posteriormente este conceito foi trabalhado pelo movimento da psicossomática (Mello Filho, 2001).

4 - Atendimento em Psiquiatria

Os ambulatórios surgiram como um primeiro dispositivo substitutivo à internação nos manicômios, por volta da década de 70. Embora não exista uma padronização quanto ao funcionamento dos ambulatórios no âmbito da Reforma Psiquiátrica, o que se observa no cotidiano das instituições, é que o ambulatório

contribui satisfatoriamente para o tratamento e desestigmatização da doença mental no ambiente comunitário.

A existência de um ambulatório de psiquiatria no mesmo espaço físico destinado às demais especialidades¹, permite que o indivíduo portador de transtorno mental seja visto, frequente um ambiente heterogêneo, circule entre outros usuários.

Ademais, a presença do psiquiatra no mesmo ambiente dos demais profissionais de saúde, contribui para a implantação da interconsulta, favorecendo assim uma aproximação com os demais trabalhadores dos serviços de saúde, pois muitos ainda vêem este profissional com certo receio ou mesmo indiferença (Mello Filho, 2001).

No ambulatório de SM, imperiosa se faz a presença do psicólogo, o qual lida com psicoterapias individuais ou grupais, e do assistente social. Ressaltamos que as características do atendimento prestadas por estes profissionais não serão objeto de discussão em nosso estudo.

O atendimento psiquiátrico pode, por outro lado, contribuir para reforçar a medicalização na medida em que se constitui na única alternativa disponível num determinado local para a abordagem dos conflitos psíquicos. O paciente cai novamente na rede de medicalização quando lhe são prescritos psicofármacos como única alternativa de tratamento.² Ainda assim, a demanda por aumento do número de consultas é algo marcante na região em que desenvolvemos a pesquisa, sendo a fila de espera uma consequência da repressão da demanda.

Cruz Filho (1983) identifica um processo de psiquiatrização crescente a partir do momento em que os distúrbios e conflitos passam a ser objeto de ação da psiquiatria quando o foco muda do confinamento para a penetração nos espaços

¹ Referimo-nos aos Postos de Saúde tradicionais.

² Aqui, aspectos institucionais podem contribuir para esta situação, em virtude, por exemplo, da falta de tempo disponível para uma psicoterapia.

comunitários. A expansão dos serviços de ambulatorio psiquiátrico contribui para o aumento do consumo de psicofármacos, instrumentos mais utilizados no arsenal terapêutico da psiquiatria. Ocorre, portanto, acúmulo de capital na indústria farmacêutica. (Cruz Filho, 1983, p.18; p. 85).

Outras críticas à atuação do psiquiatra observadas na literatura são: reforço à cisão mente-corpo; baixa resolutividade do tratamento psiquiátrico; dificuldade de acesso; falta de vagas; uso de medicamentos em demasia pelo psiquiatra; falta de comunicação sobre os casos que lhe são encaminhados. Há ainda descrença com relação aos tratamentos psiquiátricos; crenças de que o encaminhamento ao psiquiatra causará problemas na relação médico-paciente e com os familiares (Botega, 1989).

O ambulatório, para alguns teóricos da reforma psiquiátrica, já não mais se constitui no único elemento norteador das políticas de assistência em saúde mental, nos dizeres dos reformistas que elaboraram a linha-guia de saúde mental de Minas Gerais:

“(...) os ambulatórios de saúde mental já não são serviços preconizados pela Reforma Psiquiátrica. Isso não retira a importância do atendimento ambulatorial, ou seja, do atendimento diário, semanal ou mensal dos portadores de Saúde Mental (sic) que não requerem uma assistência tipo permanência-dia ou noite. O que se modifica é a lógica desse atendimento, assim como o espaço de sua realização: deve fazer-se preferencialmente na unidade básica de saúde, seja pela equipe do PSF, nos casos mais simples, seja pela equipe de Saúde Mental, nos casos mais complexos.” (MG, 2006, p.65).

Todavia, este mesmo documento reforça as potencialidades do ambulatórios nos pequenos municípios;

“Por outro lado, geralmente em municípios menores, costuma haver ambulatórios de Saúde Mental que podem funcionar ou mesmo já

funcionam de uma outra maneira. São (ou podem tornar-se!) serviços ágeis e acolhedores, que constituem uma referência importante para a população. Nestes casos, além dos atendimentos individuais, costumam realizar oficinas, grupos e outras atividades com os usuários; acolhem casos mais graves, muitas vezes evitando a internação; atuam em equipe; têm uma relação mais viva e próxima com a cidade (...) em suma, dentro das limitações de sua estrutura física e recursos humanos, funcionam mais como um CAPS e/ou Centro de Convivência do que como um ambulatório, no sentido estrito da palavra.“

(MG, op cit, p. 65)

O profissional de saúde mental (psiquiatra, psicólogo), ao receber um paciente encaminhado pelo clínico, avalia a relação médico-paciente, vez que isso faz parte da sua abordagem, desencadeando muitas vezes insegurança, hostilidade, desconfiança e temor do médico assistente de ser considerado incompetente por não estar resolvendo casos emocionais (Botega, 2006).

O MS orienta que os municípios com população inferior a 20 mil habitantes elaborem uma rede de cuidados em Saúde Mental a partir da atenção básica, pois não se justifica a implantação de serviços de Saúde Mental complexos nesses municípios, tais como Centros de Atenção Psicossocial. Assim, a equipe de saúde mental torna-se responsável pelos serviços de supervisão e capacitação das equipes de Saúde da Família de maneira permanente.

Os usuários dos serviços de Saúde Mental agora estão mais próximos da comunidade, o que exige, dentre outros aspectos, uma reconfiguração das posturas clínica, ética e cultural dos profissionais de saúde, dos gestores, bem como da própria comunidade.

4.1 - Os protocolos de atendimento em saúde mental

Os protocolos de atendimento na atenção básica vêm ganhando destaque entre os profissionais que atuam na área. São elaborados por uma equipe multidisciplinar e visam maior eficiência da atuação profissional.

Já são amplamente utilizados pelas sociedades médicas visando à homogeneização da prática profissional, ao mesmo tempo em que constituem-se em valiosos métodos de aperfeiçoamento e educação continuada.

Contudo, os protocolos³ médicos baseiam-se nas evidências disponíveis conforme a estrutura do método científico/ medicina baseada em evidências, cabendo ao profissional uma certa plasticidade na sua aplicação com base na sua prática profissional. Já os documentos desenvolvidos no âmbito da saúde pública, se estruturam de acordo com a visão dos diferentes atores envolvidos no processo, sendo destinados, da mesma forma, a todos os profissionais envolvidos no cuidado, inclusive o médico.

No estado de Minas Gerais, a SES elaborou diversos protocolos dirigidos aos distintos níveis de complexidade, sendo os seguintes protocolos (ou “linhas-guia”) disponíveis aos profissionais de saúde: “Atenção à Saúde do Adulto”; “Hanseníase”; “Atenção à Saúde do Adulto”; “Hipertensão e Diabetes”; “Atenção à Saúde do Adulto”; “HIV / AIDS”; “Atenção à Saúde do Adulto - Tuberculose”; “Atenção em Saúde Bucal”; “Atenção à Saúde do Adolescente”; “Atenção à Saúde do Idoso”; “Atenção em Saúde Mental”; “Atenção à Saúde da Criança”; “Atenção ao Pré-Natal”; “Parto e Puerpério”; “Protocolo de Assistência Hospitalar ao Neonatal”; “Protocolo de Febres Hemorrágicas”; “Protocolo Assistencial aos Portadores de Diabetes Mellitus Tipo 1 e Gestacional”.⁴

Periodicamente, os profissionais recebem treinamentos nos municípios-pólo, acerca destes protocolos. Entretanto, no período em que a pesquisa foi realizada, não houve nenhum encontro regional que discutiu especificamente a “Linha-guia de saúde mental”.

³ Sinonímia: consensos, *guidelines*, linhas-guia.

⁴ MG, 2006a.

Como se trata de um Estado com vasta cobertura territorial, possuindo o maior contingente nacional de municípios (são 853 no total) e significativas desigualdades regionais, a gestão em saúde no Estado está distribuída entre as Gerências Regionais de Saúde (GRS), sendo 28 as existentes no início de 2008. Compete às GRS:

- I - implementar as políticas estaduais de saúde em âmbito regional;
- II - assessorar a organização dos serviços de saúde nas regiões;
- III - coordenar, monitorar e avaliar as atividades e ações de saúde em âmbito regional;
- IV - promover articulações interinstitucionais;
- V - executar outras atividades e ações de competência estadual no âmbito regional;
- VI - implantar, monitorar e avaliar as ações de mobilização social na região.
- VII - exercer outras atividades correlatas.

(MG, 2006b)

Tais GRS possuem uma zona de abrangência, de modo que a GRS de Coronel Fabriciano, a qual pertencem todos os municípios em que o estudo foi desenvolvido, abrange no total 33 municípios⁵.

Existe, ademais, um protocolo regional de atendimento dirigido aos profissionais da atenção básica que trata sobre o modo de lidar com usuários portadores de transtornos mentais. Na região, encontramos somente um modelo de “Protocolo” sobre atendimento em saúde mental no PSF, denominado “Consaúde Mental”,

⁵ Até meados de 2006, as cidades pertenciam à GRS de Governador Valadares. A opção pela migração para Cel. Fabriciano se deu em virtude da sobrecarga daquela GRS.

sendo este organizado pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Aço (CONSAUDE, [2003 ?]). Portanto, não é um documento que se aplica aos municípios abrangidos pelo CISMIRECAR, objetos da pesquisa.

Este protocolo foi elaborado com base nas diretrizes de atendimento em saúde mental do município de Sobral, no Ceará (Tófoli, 2005), e contempla os seguintes aspectos:

- forma de lidar com o cliente portador de transtorno mental;
- medicamentos mais usados em psiquiatria;
- reconhecimento de um sujeito com transtorno mental;
- local de atendimento dos casos menos graves;
- casos que devem ser encaminhados ao serviço de saúde mental;
- funcionamento do “Consaúde Mental”.

Descreveremos a seguir as situações consideradas como sendo menos graves, que devem ser atendidos pela equipe do PSF conforme este manual (pág.6):

Casos a serem resolvidos pela ESF, conforme o manual “Consaúde Mental”:
- queixas físicas sem explicação médica (enxaquecas, queimação na cabeça, tonturas)
- problemas emocionais ligados a situações do dia-a-dia
- problemas de relacionamento familiar
- perda de contato social
- abuso ou dependência leve a moderada de bebidas alcoólicas
- ansiedade e depressão leves e moderadas (taquicardia, falta de ar, sensação de desmaio, suores frios)
- quadros psicóticos estabilizados

O manual do “Consaúde Mental” também orienta sobre os casos que podem ser encaminhados para determinados grupos:

Encaminhamentos
- consultas de acolhimento pela equipe do PSF: “conversas terapêuticas”

- grupos de caminhada
- grupos de AA na comunidade ou unidade de saúde
- grupos de queixas difusas ou de dependentes de benzodiazepínicos
- grupos comunitários (ex: idosos ou adolescentes)
- centros culturais na comunidade
- terapias comunitárias

Finalmente, o manual destaca as condições que requerem atendimento psiquiátrico de urgência.

Este documento não foi efetivamente trabalhado entre as equipes de saúde dos municípios consorciados, conforme relato dos próprios coordenadores daquela instituição. Destarte, um documento de grande relevância no âmbito das transformações na assistência a que se propõe reformular, pouca aplicabilidade prática possui em virtude da sua não abordagem junto aos profissionais das respectivas ESF dos municípios.

Em nossa pesquisa, encontramos um modelo de protocolo desenvolvido pela equipe do Núcleo de Estudos em Saúde Mental da Universidade Federal do Mato Grosso (NESM-UFMT), cujo documento é denominado “Saúde Mental na Saúde da Família”, que trata das diretrizes de atendimento para situações de sofrimento mental no âmbito do PSF. O documento propõe, dentre outros assuntos, que cada membro da equipe do PSF possui uma responsabilidade e atribuição com relação ao usuário portador de transtorno mental. Destacam-se também os formulários de “busca ativa” e “acompanhamento” dos casos de Saúde Mental pela equipe do PSF elaborados pelos autores do documento.

Os autores (Vieira, et al, 2006) propõem os seguintes “princípios gerais” para a abordagem de portadores de transtornos mentais no PSF:

- apoiar a família para que a mesma tenha condições de lidar de modo saudável com o indivíduo com sofrimento mental;

- trabalho em equipe, com relação ao reconhecimento do usuário bem como planejamento da assistência;

(Viera, op cit, p. 23)

Propõe-se as seguintes ações aos membros da ESF: ouvir, acolher, incluir, comunicar-se claramente e respeitosamente, propor realização de atividades em grupo na comunidade, estimular o autocuidado, informar.

Este manual sugere que a decisão de se prescrever um medicamento seja discutida com o médico psiquiatra dos serviços de referência.

Finalmente, o manual descreve quais são as atribuições de cada membro da ESF. Com relação ao objeto do presente estudo, qual seja, o médico de família, o manual orienta que o médico deve:⁶

- orientar, prescrever e acompanhar o uso de medicação psicotrópica, quando necessário
- discutir com o médico especialista (psiquiatra) do serviço de referência em saúde mental, o diagnóstico e a indicação de medicamento psicotrópico;
- acolher as pessoas, individualmente e na família;
- fazer diagnóstico sindrômico dos indivíduos com transtornos mentais;
- em situações de violência, assistir e proceder aos encaminhamentos para outros níveis de atenção no setor saúde e outros setores sociais competentes;
- avaliação das situações de conflito familiar, tomar decisões e encaminhamentos em questões que envolvem o sofrimento mental;
- desenvolver atividades individuais e grupais de atenção/educação em saúde que permitam expressar sentimentos e desenvolver autonomia (trabalho com grupos de usuários);
- incentivar a criação/ continuidade de grupos comunitários de auto-ajuda (familiares e de pessoas com transtornos mentais, AA, Al-anon);

⁶ Para maiores informações, vide Vieira et al, 2006, p. 48-52.

- promover e incentivar a organização e a participação de usuários e familiares em grupos e associações de defesa dos direitos das pessoas com transtornos mentais;
- participar de grupos e de movimentos sociais de expressão cultural relacionados à saúde mental. (Vieira et al, 2006, p. 50-52).

Em Campinas-SP, a equipe de Saúde desenvolveu um Protocolo de Saúde Mental caracterizado por reforçar um trabalho em equipe integrada e articulada. São diretrizes do protocolo, na perspectiva do apoio matricial:

1. reuniões semanais com as equipes do Paidéia-PSF (apoio para discussão de casos) e regulador de fluxo dos pacientes encaminhados pelos Agentes de Saúde Coletiva ou equipes do Paidéia/PSF.
2. projetos de atividades comunitárias que favoreçam a inclusão social e/ou promoção de saúde (hortas comunitárias, cuidadores ecológicos, caminhadas, alfabetização, centros de convivências, atelier de artes plásticas, teatro, música, passeios, frentes de trabalhos cooperativados, etc);
3. acompanhamento dos usuários em residências terapêuticas, abrigos infantis e de idosos;
4. disponibilidade para atividades itinerantes/equipe volante em diferentes unidades ou CAPS ou Oficinas;
5. reuniões mensais com usuários e familiares, para promoção de espaços associados.

(Adaptado da Prefeitura Municipal de Campinas, 2001)

O grande desafio é que a lista de espera ou outras formas de repressão da demanda se transforme e consiga ocupar os espaços coletivos de convivência.

A OMS desenvolveu em 2000 um manual dirigido aos clínicos gerais que aborda a prevenção e manejo de casos de tentativa de suicídio. Existe, ainda um manual para profissionais da atenção primária⁷.

⁷ Não serão objeto de análise neste estudo.

5 - O encaminhamento ao Psiquiatra

Os estudos acerca do processo de encaminhamento de usuários atendidos por clínicos gerais ao psiquiatra, são na maior parte desenvolvidos em Hospitais Gerais (Magdaleno Jr, Botega, 1991). Nos hospitais, estruturaram-se serviços de Interconsulta Psiquiátrica ou Psiquiatria de Ligação, quando o psiquiatra atua respondendo a pareceres demandados por colegas de outras especialidades. Muitas vezes o psiquiatra é requisitado para lidar com a ansiedade e angústia dos internos, residentes ou colegas.

Nem todos os pacientes encaminhados ao ambulatório de psiquiatria comparecem à consulta, pois uma série de aspectos estão envolvidos no processo de encaminhamento, tais como resistência por parte do paciente a consultar-se com um “médicos de loucos” e mesmo preconceito oriundo dos próprios médicos encaminhadores (Botega e Cassorla, 1991; Botega, 2006; Kerr-Corrêa, 1985).

Aspectos relacionados ao médico encaminhador influenciam na quantidade de encaminhamentos feitos por ele, tais como tipo de formação médica, senso de autonomia, grau de certeza e interesse por aspectos psicológicos da prática médica (Botega 2006; Kerr-Corrêa, 1985).

Diversos são os fatores que influenciam a decisão do médico clínico para o encaminhamento ao médico psiquiatra, tais como condições sociodemográficas e clínicas do usuário (por exemplo, situações de risco de vida, como tentativas de suicídio, alcoolismo); fatores relacionados ao meio social e aos serviços médicos (por exemplo: pressão familiar, diminuição da capacidade de trabalho do médico, conflitos sociais, pouco tempo do médico disponível¹ para consulta).

Observa-se que os conflitos da vida, traduzidos em problemas de saúde, que são então enquadrados no discurso da racionalidade biomédica, caracterizam parte desta demanda para atendimentos no ambulatório de psiquiatria (Camargo Jr. 2005). Ao mesmo tempo, há escassez de alternativas terapêuticas, tais como atendimento em grupo, atendimento com psicólogo, grupos de acolhimento multiprofissionais e atividades ocupacionais, principalmente nos municípios de pequeno porte em que o estudo está sendo desenvolvido. Tal demanda elevada poderia ser explicada, em parte, por uma deficiência no ensino médico, relacionada à dificuldade que este profissional possui para lidar com os conflitos emocionais do paciente, aspecto já discutido na seção anterior.

Vê-se aqui, de maneira mais explícita, as limitações do modelo biomédico vigente, que prioriza a formação técnica, em que as consultas são dirigidas à sintomatologia física, o recurso aos exames complementares é excessivo e há falta de um ambiente propício à escuta e ao vínculo terapêutico. Parte dos pacientes que são encaminhados à psiquiatria “escapam” dos preceitos do modelo biomédico, justamente por possuírem enfermidades que não podem ser diagnosticadas por meio de um exame físico ou complementar, mas sim, por uma relação que requer empatia, tolerância e paciência. (Camargo Jr, 2003).

¹ Nos referimos ao pouco tempo que o próprio médico dedica às suas consultas, que se tornam assim “automatizadas”.

“O processo de encaminhamento é, portanto, complexo, envolvendo, também, características pessoais do médico encaminhador, tais como idade, gênero, personalidade, especialidade, características do treinamento e da prática profissional. Fala-se em ‘limiar de encaminhamento’ influenciado pela formação médica, tolerância e interesse pelos aspectos psicológicos da prática médica” (Botega, 2006, p. 90).

Botega (1989) identificou, em entrevistas realizadas com médicos que encaminhavam pacientes para o psiquiatra em um Hospital Geral, a angústia do médico diante de um problema que foge da “área médica”. Observou, ademais, que a busca de uma “queixa principal” constituiu-se num aspecto imperioso para a estruturação do raciocínio médico. Muitos entrevistados referiram constrangimentos para lidar com aspectos ligados à esfera da sexualidade do paciente, embora deduzissem que uma parcela das manifestações de doenças físicas se devessem a conflitos naquela área. As dificuldades oriundas da relação médico-paciente, foram projetadas no outro (instituição, paciente). Pacientes “desafiadores”, que se recusavam à terapêutica, que estavam em fase terminal ou eram “somatoformes” mobilizaram reações variadas no médico, culminando muitas vezes no encaminhamento ao psiquiatra. O autor também identificou aspectos institucionais (“supra-clínicos”) que interferiam na conduta médica, como por exemplo, excesso de demanda, demora nas filas de espera, escassez de recursos diagnósticos e terapêuticos. (Botega, 1989, p. 100-132).

O currículo médico, na maior parte das instituições de ensino, dedica pouco tempo à abordagem dos aspectos psíquicos do adoecimento humano. Os fenômenos emocionais do paciente e mesmo do médico não são observados com a mesma importância dedicada aos aspectos organicistas. O profissional, após atravessar seis anos de estudos nos quais o ser humano é esquadrihado,

transformado em doenças, se vê agora diante de um ser em sofrimento na sua totalidade: o encaminhamento ao ambulatório de psiquiatria, por vezes, configura-se numa saída cômoda para que o clínico não tenha de lidar com os conflitos emocionais do paciente.

“(…) após seis anos quase exclusivamente de medicina biológica como objeto, o médico às vezes até consegue identificar, mas não tem capacidade de manipular técnicas para tratar ou encaminhar estas enfermidades diante das quais o estetoscópio e o microscópio se mostram impotentes. Será que preferimos mesmo manter esta incoerência: dizendo que a saúde é biopsicossocial, mas na prática só admitindo 60 horas para o objeto psíquico, das 5000 disponíveis na formação médica ?” (Mendonça, 1985 , p.92).

Ademais, Ferrari (1971) estudou as diferenças existentes entre o médico que encaminha e o psiquiatra (diferenças quanto a critérios de saúde, linguagem, modelo de ação, objetivos). Observou que os profissionais não-psi tem seu limite de ação restrito ao campo técnico, não excedendo os limites da sua área de atuação/especialidade.

Kerr-Corrêa (1985) após realizar um estudo sobre qualidade de ensino da psiquiatria na Faculdade de Medicina de Botucatu, reformulou o currículo médico, uma vez que constatou omissões e falhas na identificação e encaminhamento de sujeitos com sofrimentos mentais realizados por internos de medicina e residentes. O estudo ressalta que casos como alcoolismo somente são identificados pelos médicos não psiquiatras nas suas fases avançadas, quando há complicações clínicas significativas.

Mezey e Keller (*apud* Fortes, 2004) observaram que 45% dos médicos entrevistados numa pesquisa acreditavam que um paciente seu não gostaria de ser encaminhado ao psiquiatra.

No Programa Saúde da Família, o médico, muitas vezes recém-formado, atravessa uma crise de identidade quanto à profissão (Mello Filho, 2006), pois o estudante ingressa na Faculdade de Medicina imaginando que a exercerá livre de certas influências, atendendo num ambiente onde ele mesmo possa controlar o seu tempo e a quantidade de pacientes atendidos. Tal aspecto não corresponde à realidade, e, além disso, existe a interferência do complexo médico-industrial, pois a fonte de conhecimento científico é constituída em grande parte pelas informações transmitidas pelos propagandistas da indústria farmacêutica. Sobre este aspecto, Fagundes (2007) identificou que 68% dos médicos entrevistados acreditavam na influência direta da propaganda sobre a prescrição, e 14% prescreviam medicamentos em função do recebimento de prêmios. O médico, na verdade se vê diante de uma ocupação em que a remuneração é fixa, tendo de cumprir carga horária pré-determinada, e prestar atendimento a um contingente de aproximadamente 25 pacientes apenas durante o período da manhã, no caso de alguns PSFs. O poder de negociação do médico fica, portanto, restrito, e o exercício profissional torna-se cada vez mais dependente de decisões externas.

As representações dos médicos acerca dos serviços de saúde foi objeto de estudo de Queiroz, Merhy e Campos na rede pública de Campinas-SP (1992). Na pesquisa, os autores identificaram que somente um terço dos médicos entrevistados negavam a necessidade de supervisão e avaliação do trabalho médico por outros profissionais.

“(...) este fato evidencia que eles estão, majoritariamente, predispostos a aceitar instrumentos de controle sobre o seu trabalho, o que é estranho à tradição do liberalismo médico ou mesmo ao alto grau de autonomia que efetivamente desfrutaram (...) no entanto, verificou-se uma rejeição bem mais expressiva à idéia de uma

possível fiscalização das atividades profissionais do médico pelos pacientes ou pela comunidade.” (Queiroz, 1992, p.3).

Para Lefevre, o pensamento acerca da Promoção da Saúde encontra-se, outrossim, equivocado nos dias atuais, pois a saúde constitui-se numa soma de setores (habitação, renda, segurança, meio ambiente e etc), e está sendo vista e exercida apenas sob o ponto de vista biomédico (Lefevre & Lefevre, 2004).

Parte dos conflitos do cotidiano é silenciada, na medida em que se observa que o número de prescrições de benzodiazepínicos (“calmantes”) vem crescendo entre os clínicos. A dependência química de benzodiazepínicos³ constitui-se em importante problema de saúde na comunidade (Camargo Jr, 1990; Silva, 1985). O recurso à medicalização dos conflitos psicossociais pode ser verificado pelo elevado número de prescrições desses medicamentos feitas pelos clínicos que, aliás, são os maiores prescritores dessa classe medicamentosa.

Desse modo, existem dois tipos de pacientes que chegam ao ambulatório do psiquiatra: aquele que não recebeu abordagem prévia do clínico geral ou aquele que já veio ao ambulatório com o uso de um psicofármaco, geralmente um calmante.

De acordo com Botega (2006), algumas características podem ser observadas nos pacientes encaminhados ao psiquiatra:

“pacientes encaminhados ao psiquiatra em geral manifestam mais abertamente sua ansiedade, usam menos mecanismos de negação, expressam mais desejo de receber ajuda e têm mais capacidade de comunicar suas dificuldades em termos psicológicos.” (Botega, 2006, p.81).

³ Classe de medicamentos empregada para distúrbios da ansiedade, e que possui elevada capacidade de provocar dependência. Além disso, os efeitos colaterais mais comuns e perigosos são: sedação, diminuição da memória e concentração, agravamento da depressão e sintomas de abstinência.

Os encaminhamentos tendem a crescer na medida em que exista maior integração entre os serviços de psiquiatria e atenção primária, bem como quando é observado maior grau de resolutividade do atendimento psiquiátrico (Mello Filho, 1983). Paradoxalmente, alguns encaminhamentos são feitos de modo que o médico se livre do “paciente-problema”, ou mesmo em virtude da incapacidade do médico em lidar com aspectos psíquicos oriundos do adoecimento somático. Como exemplo, podemos citar os casos de Transtornos Depressivos com predomínio de sintomas somáticos, nos quais há ênfase na abordagem destes sintomas. Os clínicos não hesitam em solicitar exames complexos e dispendiosos, até porque o próprio médico valoriza este aspecto, como forma de legitimar a sua prática baseando-se em aspectos “científicos” (Camargo Jr, 2005b). O resultado é um aumento no custo do tratamento, como apontado por diversos autores (Brasil, 1995; Kirmayer, 2001).

Muitos pedidos de interconsulta surgem em momentos de conflito:

“a totalidade do processo de encaminhamento poderia ser concebida como um ritual de cura que se tornou parte integrante de nossa cultura. A opinião de um especialista notável é rodeada por expectativas de parte do médico que encaminha e de parte do paciente e de seus familiares.” (Botega, 2006, p.88).

Por vezes, a estratégia de intervenção médica quando se dispõe de pouco tempo para consulta, é transformar a negociação em imposição (o médico impõe o uso de medicamentos, impõe o encaminhamento ao especialista – Almeida, 1988). Nesse sentido, Camargo Jr. (2003), citando Foucault⁴, salienta o poder disciplinador da medicina:

⁴ Foucault trata do poder médico em “Vigiar e Punir” (1977).

“quer pelo mascaramento dos conflitos sociais pela sua redução a ‘problemas médicos’ quer pela normalização de corpos dóceis pelas práticas sanitárias, o que veio a ser denominado genericamente ‘medicalização’ revelou-se potente categoria para a pesquisa em ciências sociais na área da saúde” (Camargo Jr., 2003, p.50-1).

A tendência à proletarização da prática médica, observada por esse mesmo autor no Rio de Janeiro, também era uma realidade na região em que desenvolvemos o estudo: observa-se que os médicos pertencem majoritariamente aos serviços públicos, com precárias condições de trabalho (contratuais, ambientais), acumulando múltiplos empregos⁵. Tal aspecto favorece o encaminhamento ao ambulatório de psiquiatria, pois o clínico tem de atender a um número cada vez maior de indivíduos num espaço de tempo cada vez mais curto, o que não daria margem à escuta dos conflitos psíquicos tampouco à abordagem terapêutica dos mesmos.

Do mesmo modo, Camargo Jr (2003) aponta as limitações do poder médico determinadas pelas políticas salariais, enfatizando que a formação médica constrói técnicos e não produtores de conhecimentos, conforme pode ser observado pela ausência de instrumentos que forneçam crítica à qualidade dos trabalhos publicados em revistas especializadas. Esse aspecto, acrescento, concorre amiúde para a ocorrência de iatrogenias, falhas cometidas pelo médico que ocorrem devido a uma relação médico-paciente precária (Tavares, 2005).

⁵ Ver capítulo 2.

6 – Descrição do Campo

6.1 - O PSF nos municípios estudados

Muito se discute sobre os desafios para a implantação da Estratégia Saúde da Família, por se tratar de um programa inovador e impactante que requer mudanças de paradigmas (Favoreto, 2002).

Nos municípios estudados (Caratinga, Inhapim, Entre Folhas e São Sebastião do Anta), é marcante a expansão da Estratégia Saúde da Família, por meio da criação de diversas equipes, principalmente nos últimos anos, cujas coberturas populacionais situam-se acima dos 60%¹. Entretanto as Unidades de Saúde da Família (UBS) funcionavam em alguns casos nos mesmos ambientes físicos em que os atendimentos com especialistas eram realizados, convivendo assim lado a lado com o modelo tradicional. Isso reforçava a visão de que o PSF é mais um programa de saúde centrado no atendimento médico.

Outro aspecto a ser considerado é o fato das estruturas físicas destes locais propiciarem desencontros entre os membros da equipe. Os respectivos Centros de

¹ Dados obtidos junto às respectivas secretarias municipais de saúde.

Saúde abrigavam, em algumas cidades, toda a estrutura administrativa da Secretaria Municipal de Saúde mais o Centro Odontológico, atendimento com médicos das especialidades (Médico Pediatra, Médico Ginecologista/ Obstetra, Cirurgião Geral, Médico Psiquiatra), Clínico Geral, Psicólogo Clínico, Assistente Social (da Secretaria de Saúde). Torna-se, assim, um alvo fácil de distintas demandas (inclusive de atores políticos) por consultas, com todos os funcionários (principalmente médicos) envolvidos na prestação de serviços² à população.

Uma das vantagens do sistema percebida por nós foi o fato do prontuário ser unificado, compartilhando-se nele informações de todos os profissionais que lidavam diretamente com o usuário.

Quanto à participação dos profissionais de saúde no funcionamento dos serviços, observei que os médicos pouco ou nada intervinham na estrutura dos serviços, mantendo-se como prestadores de consultas clínicas individuais, não questionando diretamente para os gestores, em sua maioria, o funcionamento do sistema. Os médicos, ali, possuíam papel destacado na negociação dos próprios subsídios e formas de contratação.

As formas de contratação variavam entre os municípios, tal como ocorre noutras regiões do país³: em Caratinga, houve em 2006 concurso público para preenchimento das vagas dos médicos do PSF, tendo sido admitidos 10 médicos inicialmente. Durante os 3 primeiros anos, os mesmos são submetidos a estágio probatório, onde o desempenho da equipe do PSF e o cumprimento da carga horária de 8h/dia (7h-11h e 13h-17h) são itens indispensáveis ao bom desempenho do funcionário. A forma de contratação era em regime estatutário.

² Mormente o atendimento individual.

³ Guglielmi, 2006.

Nos municípios de Entre Folhas, Inhapim e São Sebastião do Anta, o médico do PSF é contratado em regime de prestador de serviços, via pessoa física ou pessoa jurídica (esta última, aliás, prática largamente difundida entre os gestores de saúde).

Esta forma precarizada de trabalho, visa a não vinculação empregatícia, de modo que o atendimento prestado ocorre ao sabor dos acontecimentos políticos (o trabalhador, neste tipo de contratação, não dispõe dos direitos trabalhistas constitucionais, como décimo-terceiro salário, férias remuneradas, fundo de garantia ou auxílio-doença). Tal aspecto corrobora, inclusive, para a elevada rotatividade entre os médicos do Programa Saúde da Família, conforme nos mostra Guglielmi (2006). Observa-se, ainda, a forma de contratação em “pacotes de serviços”, onde o médico do PSF tem de prestar atendimentos em outras Unidades de Saúde, tais como plantões nas emergências (prontos-socorros) e atendimento no Posto de Saúde como clínico geral, no modelo tradicional⁴.

Em alguns municípios a implantação do PSF vem repetindo o modelo outrora estabelecido dos Postos de Saúde. Verifica-se nos últimos tempos que as novas construções de UBS, conhecidas popularmente como “Postos de PSF”, são erguidas nos moldes dos postos de Saúde tradicionais.

Notou-se as seguintes variações de estruturas de UBS nos municípios:

Construções específicas para UBS, independentes das outras estruturas do sistema de saúde;

Imóveis alugados para abrigarem as UBS;

Imóvel abrigando duas equipes de saúde;

UBS funcionando no imóvel que centraliza todos os serviços da Secretaria de Saúde, incluindo gabinete do Secretário, Serviço de Epidemiologia e

⁴ Realizavam atendimento como Clínicos Gerais no modelo tradicional para populações geralmente não cobertas pelo PSF. Este médico, assim, convivía com a prática tanto no modelo tradicional quanto no PSF. Em alguns casos, o local de atendimento era o mesmo.

Vigilância Sanitária, Odontologia, Fisioterapia, Psicologia, Farmácia Básica, Pronto-Atendimento; Especialidades médicas (incluindo psiquiatria).

UBS recém-construídas (final de 2007), porém nos mesmos moldes dos Postos de Saúde, inclusive com funcionamento em regime de “plantão” após as 17h.

Inhapim, com 30 mil habitantes aproximadamente, contava com 6 equipes de Saúde da Família, sendo que as últimas duas foram inauguradas no decorrer do ano de 2007. Também existiam equipes na Zona Rural (inclusive nas mais distantes regiões, como num distrito situado a quase 90 km da sede municipal). Em Abril de 2008 estava previsto o início do funcionamento do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), que passaria a atender usuários dos municípios vizinhos (São Domingos das Dores, São Sebastião do Anta, Imbé de Minas). É o único município da região com meta de 100% de cobertura do PSF⁵.

São Sebastião do Anta possui cerca de 5 mil habitantes, com características semelhantes a Entre Folhas no tocante à economia, predominantemente monocultura cafeeira. Também existem duas equipes de Saúde da Família constituídas, com elevada rotatividade dos médicos.⁶

Em Caratinga, 80 mil habitantes, cuja economia gira em torno do setor de serviços e da agropecuária, existem dez ESF distribuídas na zona urbana bem como atendimentos nas zonas rurais. Por se tratar de um município com extenso território 1258,69Km² ⁽⁷⁾, também existe atendimento nos distritos, sendo realizados pelos médicos clínicos gerais ou pelos próprios médicos das ESF semanalmente. Na época da pesquisa, existiam 8 unidades ambulatoriais em funcionamento na zona rural naquele município.

⁵ Dados obtidos junto à Secretaria Municipal de Saúde.

⁶ No período em que desenvolvíamos a pesquisa, 6 médicos do PSF passaram por lá.

⁷ Portal *on line* da PMC.

6.2 - Serviços de Saúde Mental do Leste de Minas Gerais

O atendimento em Saúde Mental iniciou-se na região há cerca de 12 anos, por iniciativa do CIS MIRECAR, que implementou ambulatórios de psiquiatria em diversos municípios da região, então recém-emancipados, na sua maior parte, do município-pólo Caratinga. O médico psiquiatra, que antes atendia somente em Caratinga, passou a se deslocar até os municípios para prestar atendimento, evitando assim que os usuários tivessem de se locomover até o município-pólo.

O Centro de Atenção Psicossocial da Micro-Região de Caratinga (CAPS II) foi inaugurado em 2002, também por iniciativa do CIS MIRECAR em parceria com a Prefeitura Municipal de Caratinga (PMC). Tendo iniciado seus trabalhos na efervescência da Reforma Psiquiátrica, o CAPS adotou como lema o *slogan* do Movimento de Luta Antimanicomial, “Cuidar Sim, Excluir Não”.

O CAPS II da micro-região de Caratinga, atende cerca de 200 APACs/ mês. Os casos podem ser encaminhados diretamente pelos Clínicos dos PSFs ou pelos ambulatórios de Psiquiatria das 15 cidades que compõem o Consórcio da Micro

Região. Não há sistema de contra-referência do CAPS aos ambulatórios de psiquiatria, tampouco aos PSFs. Assim, quando um usuário é encaminhado ao CAPS, a equipe deste não comunica a quem referenciou informações sobre período de permanência, tipos de tratamentos realizados e frequência de visitas ao CAPS, somente mediante solicitação por escrito. Quando o usuário recebe “alta” do CAPS (o que ocorre dentro de no máximo 3-4 meses a partir do ingresso do usuário), o médico psiquiatra limita-se a escrever no receituário: “Alta do CAPS – acompanhamento ambulatorial.”

Além do CAPS II, Caratinga conta com a Associação de Amparo aos Doentes Mentais São Vicente de Paula (ASADOM), uma instituição que, na prática, funciona como um asilo psiquiátrico, mas que nunca obteve reconhecimento governamental. Possui estrutura asilar, com capacidade para cerca de 50 usuários, muitos deles “moradores” por anos, cujos laços familiares se desfizeram. Não há equipe médica na instituição, e apenas recentemente profissionais de enfermagem e serviço social iniciaram atendimento. Alunos dos cursos de Educação Física, Medicina, Nutrição e Psicologia do Centro Universitário de Caratinga (UNEC) realizam estágios supervisionados na ASADOM. Cerca de 30 usuários recebem atendimento no CAPS, e há perspectiva de que sejam criadas Residências Terapêuticas (RTs) no mesmo espaço geográfico em que se localiza a ASADOM. O processo de criação das RTs está sendo desenvolvido pela equipe do CAPS.

Os hospitais regionais, privados, (Casa de Saúde União; Hospital Nossa Senhora Auxiliadora – Caratinga; Hospital São Sebastião do Inhapim – Inhapim) não dispõem de emergência psiquiátrica, tampouco leitos psiquiátricos.

Na região, ainda vigora uma visão hospitalocêntrica e estigmatizante com relação à doença/saúde mental, de modo que muitos são os casos encaminhados

para internação em hospitais psiquiátricos (HP). Parte dessas internações ocorre sem o consentimento do médico psiquiatra dos respectivos municípios ou da equipe do CAPS. Os HP de referência são: Clínica São José (privado), de Leopoldina-MG e Hospital Galba Veloso (hospital público, de ensino)– Belo Horizonte-MG.

Embora não faça parte da rede de saúde mental formal, no Asilo de Inhapim, onde vivem 25 internos, prestamos atendimento psiquiátrico mensalmente.

Quanto à relação do ambulatório de Psiquiatria (AP) com os outros dispositivos de Saúde da região, observou-se que:

não houve diálogo regular da equipe do CAPS com os ambulatórios de Psiquiatria.

no período de 2006 a 2008, houve um único encontro técnico da equipe do CAPS com os médicos de família e profissionais do PSF.

Como médico psiquiatra dos ambulatórios, promovemos um encontro com os médicos de família da região, a fim de iniciarmos uma aproximação entre o PSF e os ambulatórios de psiquiatria. Observou-se interesse dos clínicos da região pelas questões referentes ao adoecimento mental, porém o evento foi pouco prestigiado. Debates nesse encontro aspectos clínicos relacionados ao diagnóstico em psiquiatria, políticas de saúde mental e manejo de psicofármacos.

Entre Folhas é um pequeno município que foi o ponto de partida para a pesquisa. Com população de aproximadamente 6 mil habitantes, foi emancipado em 1992, quando pertencia a Caratinga. Localizado na Vertente Ocidental do Caparaó, Minas Gerais, o município sobrevive graças às atividades agropecuárias, principalmente monocultura cafeeira, responsável por cerca de 70% da economia local.

Possui um posto de saúde estruturado com diversos tipos de atendimento em clínica médica e especialidades (ginecologia e obstetrícia, pediatria, cirurgião geral). Dispõe-se de um ambulatório de psiquiatria, funcionando desde 1996, por intermédio do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Micro-Região de Caratinga-MG – CIS MIRECAR) onde são realizados cerca de 50 atendimentos por mês, cujas consultas de 1ª vez são feitas mediante encaminhamento de outros profissionais, embora haja inúmeros casos demandados espontaneamente, o que acaba sobrecarregando o ambulatório.

O sistema de saúde local é constituído, ademais, por duas equipes de saúde da família (ESF), compostas por um médico generalista cada, além de enfermeiras, técnicas de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Cada equipe de saúde da família é responsável pelo atendimento de aproximadamente 800 famílias.

Não existe um sistema de referência/ contra-referência formalmente constituído no município, tampouco há informações disponíveis sobre número de encaminhamentos feitos ao ambulatório mensalmente. Somente dispõe-se dos dados referentes aos usuários que procuram atendimento no ambulatório. Tal situação ocorre nos demais municípios, com exceção de Caratinga.⁸

Um Serviço de Saúde Mental encontra-se em implantação na cidade de Entre Folhas, sendo sua equipe composta, além do médico psiquiatra, por uma pedagoga, uma monitora para as oficinas comunitárias, uma assistente social, uma enfermeira, além de estagiários dos cursos de enfermagem e serviço social e voluntários da comunidade. O Serviço de Saúde Mental de Entre Folhas era composto, até Março de 2006, apenas pelo ambulatório de psiquiatria. Os profissionais começaram a se

⁸ A demanda é crescente, não há vagas suficientes, os usuários precisam aguardar por várias semanas para conseguirem vaga. No dia da marcação das consultas para o ambulatório de psiquiatria, tornou-se rotina as enormes filas que se iniciam no início da madrugada.

reunir desde Janeiro daquele ano, visando a estruturação de uma farmácia básica de medicamentos psicotrópicos, pois esta era abastecida de modo irregular. As discussões evoluíram até a estruturação do referido Serviço.⁹

Houve diversos encontros entre os técnicos do serviço de saúde do município, culminando com a elaboração de um Programa de Saúde Mental, composto, além do ambulatório, pelas Oficinas Comunitárias (OC). Estas oficinas são realizadas diariamente, em dois turnos, contando com a colaboração de voluntários (“oficineiros”), uma pedagoga, assistente social e estagiária de serviço social. O município formulou protocolo de encaminhamento às oficinas, incluindo visitas domiciliares e cadastramento dos usuários. Estas últimas atividades eram realizadas pelos ACS.

Observamos que a demanda por cuidados em psiquiatria é grande, tanto em relação à quantidade quanto pelas motivações para a procura do ambulatório, dentre as quais, a crença de que o médico psiquiatra poderá fornecer um laudo para que o paciente receba auxílio-doença do INSS ou mesmo aposentadoria. Identifica-se que além da demora para conseguir uma vaga no ambulatório, existe grande espaçamento entre as consultas e centralização no psiquiatra em virtude da ausência de outros profissionais na equipe de saúde mental (Tavares, et al, 2006).

O ambulatório de Psiquiatria também atende a emergências, durante o período em que o psiquiatra se encontra na cidade. Dos 25 atendimentos realizados, 5 são destinados às “emergências”. Fora deste período, os casos “em crise” são atendidos pelo Clínico Geral ou Médico de Família, podendo imediatamente ser encaminhados ao Pronto Atendimento da Casa de Saúde União, hospital privado de referência, conveniado ao CIS MIRECAR. Tal unidade está localizada no município de

⁹ Conforme já dito, o Ministério da Saúde incentiva a criação de serviços de saúde mental menos complexos em municípios de pequeno porte.

Caratinga-MG (cidade-pólo). No caso de Inhapim, as emergências são atendidas no Hospital São Sebastião do Inhapim. O médico generalista costuma atender pacientes que freqüentam o ambulatório de psiquiatria apenas para renovar receitas de medicamentos.

7- Trajetória Metodológica

Seriam os encaminhamentos dos médicos da atenção básica para a psiquiatria feitos segundo os critérios preconizados pelos protocolos de atendimento? Essa foi a questão principal que orientou a pesquisa que descreveremos a seguir.

Pretendíamos analisar os critérios e formas de encaminhamento de usuários a partir dos médicos do PSF para atendimento no Ambulatório de Psiquiatria em municípios da região Leste de Minas Gerais. Nosso objeto foi sendo reconstituído ao longo da pesquisa. Para Minayo (1992), o objeto vai sendo definido e redefinido no processo da pesquisa, não sendo, portanto, algo pronto.

Optou-se pela realização de uma Pesquisa Qualitativa, pois esta modalidade de pesquisa, segundo Minayo (1992), é capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais.

A pesquisa qualitativa engloba a categoria do observador participante e da etnografia, recursos também utilizados para o desenvolvimento desta pesquisa. Procedeu-se à triangulação de métodos, ao vincularmos as informações colhidas

das entrevistas, dos encaminhamentos e das observações de campo (colhidas no 2º semestre de 2007).

7.1- Local da pesquisa

A pesquisa foi realizada em quatro municípios da região Leste de Minas Gerais: Caratinga, Entre Folhas, Inhapim e São Sebastião do Anta (Mapa – Anexo I).

Assim, os métodos utilizados nessa pesquisa foram os seguintes: entrevista com médicos do PSF e análise dos encaminhamentos elaborados pelos médicos de família para o ambulatório de psiquiatria/ médico psiquiatra.

7.2 - Entrevista com médicos do PSF

A entrevista semi-estruturada, como parte integrante da Pesquisa Qualitativa, inclui a interação direta entre pesquisador e os atores sociais, sendo complementada pela prática de observação participante. Neste tipo de entrevista, é elaborado um roteiro (Minayo, 1992, pg. 12).

Nesta modalidade de entrevista, o entrevistado permanece livre para fazer suas colocações, sem que haja indução de respostas. Assim, tais entrevistas permitem a construção de uma narrativa compartilhada, pois ao interlocutor é dada a oportunidade para que fale sobre questões subjetivas da sua prática cotidiana.

Estabeleceu-se inicialmente a realização de dez entrevistas, utilizando-se o critério de saturação teórica, interrompendo-se o número de entrevistas quando verificávamos que as falas se tornavam repetitivas. A proposta inicial foi entrevistar dez médicos do Programa Saúde da Família que atendem em quatro municípios da microregião de Caratinga (Caratinga, Entre Folhas, Inhapim e São Sebastião do

Anta - Leste de Minas Gerais), e que encaminham usuários para ambulatórios de Psiquiatria nas quais este entrevistador atende. Para minimizar o efeito de possíveis vieses, foi feita também uma entrevista com médico que atende numa cidade onde o entrevistador não atua. Pelo critério de saturação teórica, decidimos interromper na oitava entrevista por considerá-las suficientes.

O perfil dos grupos de médicos entrevistados foi o seguinte:

- a)- recém-formado (Médico generalista);
- b)- médico generalista com atuação há vários anos;
- c)- médico especialista em outra área e que trabalha no PSF (temporariamente ou não);

As entrevistas foram transcritas no diário de campo do entrevistador, não sendo gravadas tampouco filmadas. Os entrevistados assinaram um Termo de Consentimento ao final das suas respectivas participações. Este documento foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do UNEC (CEP-UNEC – Anexos V e VI).

A entrevista desenvolveu-se no próprio ambiente de trabalho dos médicos do PSF, no intervalo entre as consultas, antes ou após os atendimentos ambulatoriais. Comentava com os colegas que desejava “bater um papo” com eles e agendava o encontro com antecedência.

No roteiro, como parte fundamental da entrevista semi-estruturada, constaram os seguintes itens:

- abordagem do médico do PSF frente ao usuário portador de adoecimento psíquico;
- motivos do encaminhamento ao psiquiatra;
- o que era esperado de um atendimento psiquiátrico;
- transtornos mentais que são diagnosticados e tratados pelo médico do PSF;

- tipos de medicamentos psicotrópicos prescritos costumeiramente pelo entrevistado;
- consequências negativas do encaminhamento na visão do médico encaminhador.

7.3 - Análise dos Encaminhamentos

Além das entrevistas, analisou-se os pedidos por escrito de encaminhamentos elaborados pelos médicos de família para o ambulatório de psiquiatria/ médico psiquiatra, a fim de se observar o conteúdo dos mesmos. Foram analisados os pedidos de consulta¹ realizados no período de 12 meses, de Julho de 2006 a Julho de 2007 nas mesmas cidades em que as entrevistas foram feitas (Entre Folhas, Caratinga, São Sebastião do Anta e Inhapim).

Os encaminhamentos por escrito trazem uma representação concreta sobre o que está sendo feito pelos médicos encaminhadores. No processo de triangulação de métodos (entrevistas e análise dos encaminhamentos por escrito), aqui utilizado, haverá maior clareza para a compreensão do processo.

A maioria dos encaminhamentos não era anexada junto aos prontuários, de modo que houve grande dificuldade em mapear todos os encaminhamentos, além do fato de que eles se perdem em virtude da manipulação dos prontuários por inúmeros profissionais². Procedemos à análise de todo o material que estava

¹ Sinonímia para os pedidos de consulta, utilizados no presente trabalho: referência, encaminhamento, pedidos de encaminhamento, solicitação de atendimento.

² Os encaminhamentos são arquivados no prontuário de modo precário, muitas vezes sem um envelope.

disponível no período de Julho de 2006 a Julho de 2007, isto é, todos os prontuários que continham anexados os respectivos encaminhamentos.

A estratégia de análise destes encaminhamentos baseou-se em:

- a)- existência ou não de um protocolo específico de encaminhamento;
- b)- identificação de quem encaminhou ou ausência desta informação;
- c)- data do encaminhamento;
- d)- presença ou não de proposta de contra-referência por parte do médico encaminhador;
- e)- qualidade da informação fornecida no encaminhamento (como dados subjetivos do paciente; hipóteses diagnósticas; comorbidades clínicas; medicamentos em uso).

Não houve intenção de correlacionar os dados obtidos nos encaminhamentos com aqueles oriundos das entrevistas, pois trabalhou-se com grupos independentes.

8 - Apresentação e discussão dos resultados

“O outro doutor disse que era para eu procurar um psiquiatra”
(Fala de alguns pacientes quando chegam à psiquiatria).

Em relação aos médicos do PSF entrevistados, aquela foi a primeira oportunidade que tiveram para conversar com outro médico sobre as suas práticas como profissionais de saúde da família, particularmente com relação às estratégias de encaminhamento ao ambulatório de psiquiatria. Muitos estavam dialogando com um profissional do campo psi pela primeira vez.

Percebíamos que naquele momento estávamos praticando uma interconsulta, na medida que os colegas aproveitaram a situação para tirarem dúvidas e tecerem comentários sobre casos psiquiátricos atendidos por eles.

A dificuldade institucional se colocou no momento em que o encaminhamento foi concebido, na medida em que transpareceu que os médicos possuíam uma baixa expectativa quanto ao atendimento em psiquiatria. Desse modo, não ocorreu, na maioria dos pedidos de consulta, um investimento maior no processo de descrição da situação clínica dos usuários encaminhados¹.

¹ Nem todos acreditavam na possibilidade dos pacientes serem atendidos com rapidez a partir do momento em que eram encaminhados.

A articulação entre saúde mental e atenção básica possuía baixa institucionalização nos municípios estudados, quando consideramos as diretrizes de estruturação dos serviços de saúde mental do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006). Conseqüentemente, as formas e critérios de encaminhamento não estavam na pauta de debates das equipes de saúde da família. Conforme pudemos verificar nas entrevistas, os protocolos eram desconhecidos pelos médicos de família.

Observou-se que, no período pesquisado, ocorreu elevada rotatividade de médicos nos PSF's, fato também verificado por Guglielmi (2006) em Pernambuco. Em nosso estudo, as seguintes situações foram justificativas para o abandono do PSF: ingresso na residência médica, investimento em consultório privado², falta de vinculação trabalhista, mudança de cidade. Vigora na região uma dinâmica que poderíamos, guardadas as devidas proporções, denominar de "porta de entrada", na qual os médicos recém-formados (graduados ou mesmo pós-graduados) têm de passar pelo PSF como sendo o primeiro cargo ocupado, quando passam à prática de outras atividades. Para Guglielmi (2006), os alunos de medicina têm como imagem-objeto as especialidades ligadas às ações de média e alta complexidade, procurando se fixar nos locais onde existam serviços de alta tecnologia, bem como atrativos da sociedade de consumo (Guglielmi, 2006, op cit. p. 3).

² Aumento do tempo dedicado ao serviço privado.

8.1 – Sobre as Entrevistas

Muitos médicos aproveitaram o ensejo para trazer à tona suas expectativas, angústias e decepções com relação ao modelo da saúde da família que estavam exercendo.

Não programamos antecipadamente o tempo de duração das entrevistas, que variou de 20 minutos a 1 hora e 15 minutos. Os conteúdos das conversas oscilaram entre um entrevistado e outro em virtude de características pessoais, tempo disponível para a conversa, grau de colaboração e ambiente. Entrevistamos oito médicos que atendem nos PSFs dos municípios de Caratinga, Entre Folhas, Inhapim, Santa Rita de Minas e São Sebastião do Anta. As entrevistas transcorreram em períodos suficientes para que o entrevistado comentasse sobre sua trajetória pessoal, fizesse comentários sobre determinados aspectos de saúde mental ou eventualmente tirasse dúvidas.

A participação dos mesmos foi aleatória, baseando-se na disponibilidade para o encontro com o entrevistador. Assim, o único critério de inclusão dos mesmos foi ser médico do PSF, sendo que a intenção é que entrevistássemos médicos de cidades diferentes, em distintos períodos, utilizando-se para tal o critério de saturação

teórica, ou seja, na medida em que os conteúdos captados nas entrevistas fossem suficientes, decidiríamos interromper a quantidade de entrevistas.

Visando à preservação da identidade dos entrevistados bem como o sigilo das informações, em nenhum momento identificaremos os entrevistados pelo nome, tampouco pela cidade em que atendem.

Embora cruzássemos pelos corredores com alguns destes colegas, conhecêssemos um pouco da formação de alguns e tivéssemos contato com os pedidos de consulta elaborados por eles, nunca havíamos debatido com eles a situação do atendimento dos usuários com sintomas psíquicos tampouco sobre as questões relacionadas ao encaminhamento.

A conversa era iniciada com uma pergunta bastante ampla, de modo a induzir o entrevistado a falar o máximo possível sobre sua trajetória profissional, incluindo a decisão pelo curso médico, local onde estudou, ano de conclusão do curso, se possuía ou não intenção de trabalhar com saúde da família na época da sua graduação, se possuía especialização e em qual área, se exercia ou não outras atividades além da saúde da família, se houve preparo técnico para lidar com o PSF.

Todos os entrevistados exerciam alguma atividade além da medicina da família, dentre as quais, plantões em pronto-socorro (ou no Pronto-atendimento municipal, no caso de Caratinga), plantões em hospital geral, realização de cirurgias, atendimento como clínico geral em posto de saúde tradicional, atendimento em clínica privada, sobreaviso em hospitais.³

O aparecimento de um caso um pouco mais complicado, isto é, que fugisse ao padrão semiotécnico apreendido na faculdade, mobilizava-os de tal maneira que a atitude de encaminhar era automática:

³ Nos locais, este termo designa o profissional que permanece em sua residência e que, num determinado horário, poderá ser convocado a dirigir-se até o posto de atendimento médico a fim de atender urgências. Os serviços eram praticados em municípios vizinhos.

“Eu mando tudo pra você.” (Médico – 1, sobre os casos de “alterações psíquicas” atendidos).

Os encontros transcorreram sem que fossem gravados, pois acreditamos que isso poderia trazer algum constrangimento por parte dos entrevistados. Os médicos sentiram-se à vontade para contar casos de pacientes atendidos que eram portadores de sofrimento mental, ao mesmo tempo em que solicitavam nossa opinião a respeito da sua conduta em determinadas situações.

As conversas foram realizadas nos respectivos locais de atendimento, sempre no início ou no final do expediente de trabalho dos entrevistados. As conversas não foram direcionadas, apenas em alguns momentos nós as pontuávamos para que não fugisse muito do nosso foco de interesse, baseando-nos no roteiro de entrevistas anteriormente descrito.

No momento em que este texto foi finalizado, boa parte dos entrevistados já não trabalhava mais nas respectivas cidades. Constituíram consultório/clínica privada, ingressaram na residência médica, terminaram uma pós-graduação, mudaram-se para outro Estado, aposentaram-se ou intercambiaram entre as cidades do Leste de Minas.

Um dos médicos estava se despedindo dos seus 40 anos de carreira no PSF, após ter trabalhado como clínico geral por vários anos, no FUNRURAL⁴ e iniciado no PSF desde o seu surgimento na região em 1994.

O perfil dos entrevistados variou entre recém-formados e 40 anos de formação. Quando à origem, todos eram nascidos na região Leste do Estado. Os

⁴ Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural, criado pelo Governo Geisel em 1975, numa época em que a assistência social e prestação de cuidados médicos amplia-se. Destina, dentre outras coisas, assistência médica aos trabalhadores rurais envolvidos em acidentes de trabalho. (Brasil, 1975).

locais de conclusão do curso foram: Rio de Janeiro-RJ, Belo Horizonte-MG, Ipatinga-MG, Teresópolis-RJ, Valença-RJ e Volta Redonda-RJ.

Tabela 1 – Tempo de formação dos médicos:

Tempo de formação	Até 2 anos	Entre 3 e 10 anos	Mais de 10 anos
Quantidade de médicos	4	3	1

Fonte: Entrevistas com os médicos.

Num dos municípios, com aproximadamente 5 mil habitantes, os médicos eram contratados num esquema de “pacotão”, em que atendiam num período como médicos de família, num outro turno como clínicos gerais no sistema tradicional (Posto de Saúde), e durante a noite revezavam-se no esquema de “sobreaviso”. Com isso, as suas práticas se tornavam ambivalentes, de modo que eram convocados a comparecer ao posto de saúde para atenderem, no período de sobreaviso, os mais diversos casos, principalmente os menos complexos, o que irritava um entrevistado:

“Eles me procuram no plantão por qualquer coisinha.” (Médico – 2)

Todos foram unânimes em apontar deficiências no ensino médico com relação à falta de formação que desse suporte para a atuação na medicina da família. Houve também questionamentos acerca da eficiência do atendimento médico, correlacionado às circunstâncias institucionais:

“Se não tiver remédio no posto, o paciente volta na próxima semana, dizendo que meu tratamento não funcionou... na verdade ele não fez o uso (do remédio)”. (Médico – 2)

“nós não somos preparados para lidar com isso (o PSF).” (Médico – 2)

Outros aspectos relacionados ao funcionamento institucional surgiram nas entrevistas, refletindo um incômodo do médico com relação à capacidade preventiva e resolutiva do PSF:

“o PSF aqui não tem prevenção, já é pronto atendimento mesmo” (Médico – 2)

“o PSF funciona como um grande posto de saúde” (Médico – 3)

“o PSF só realiza atendimento, consultas” (idem)

A despeito das queixas, não observamos no período da obtenção dos dados nenhuma mobilização dos médicos visando à adequação institucional. As únicas reivindicações limitavam-se à questão salarial, situação semelhante àquela encontrada por Silva e Souza (2001).

Das consultas reservadas ao médico na parte da manhã,⁵ que variavam entre 15 em Caratinga e 30 nos demais municípios, 3 a 5 eram reservadas às “emergências”. Estes tipos de atendimentos “emergenciais” ou “demanda espontânea” eram fontes de conflitos para os entrevistados:

“os casos mais comuns de emergência são amigdalites, crianças com febre, otite, raros os de hipertensão ou cefaléia (...) daria para esperar para serem atendidos até o dia seguinte.” (Médico – 2)

As situações variavam entre as cidades, conforme o exemplo a seguir, de Caratinga, a cidade mais populosa:

⁵ A parte da tarde costumava ser destinada às visitas domiciliares e aos outros projetos que compõem o PSF.

“nas vagas de emergência, aparecem mais casos de hipertensão mesmo” (Médico 4).

O ponto alto das entrevistas foi justamente os comentários acerca dos pacientes com transtornos psíquicos que apareciam para consultas com os médicos de família. Procuramos abordar a situação sem deixar margem para que o entrevistado se sentisse “avaliado” por nós, já que, conforme Botega (2006), o médico que encaminha para o profissional psi teme ser avaliado quanto à sua conduta.

Neste momento da conversa, esperávamos que o profissional fizesse comentários sobre as suas respectivas abordagens ao paciente mental, se eles mesmos tratavam os casos – e quais casos eles possivelmente abordavam -, se prescreviam psicofármacos antes de encaminhá-los, se encaminhavam com um diagnóstico estabelecido ou não, o que esperavam do atendimento, e quais os pontos negativos que viam na abordagem psiquiátrica. Inquiríamos os médicos inclusive sobre o grau de intervenção, por exemplo, se abordavam pacientes dependentes químicos, psicóticos, gestantes, puérperas e crianças. Nossa intervenção era pontual, de modo a apenas direcionar o raciocínio do entrevistado, sem induzir afirmações.

Em geral, os entrevistados sentiam-se inseguros em atuar frente a uma situação de sofrimento mental, mas, na ausência de suporte imediato para isso (suporte de uma equipe estruturada de saúde mental, algo que só existe formalmente em Caratinga, já que possui um CAPS II), recorreram ao uso de psicofármacos. Camargo Jr. (1990) aborda a questão do uso indiscriminado de

psicofármacos pelos clínicos como forma de “calar” as queixas, o sofrimento psíquico, criando uma legião de dependentes.

“Se o paciente procura no médico algo mais que simplesmente solução para doenças, falando de dificuldades outras, a reação é variável. Dois comportamentos (não necessariamente excludentes) costumam ser adotados: o ‘aconselhamento’ (usualmente feito com base nos valores do médico) e a prescrição de psicofármacos (em especial benzodiazepínicos). Estes, em particular, são normalmente mal empregados, já que de uma forma geral os médicos não dispõem de informação adequada para o manejo destas substâncias”. (Camargo Jr, 1990 – p. 78).

Os medicamentos mais utilizados pelos médicos de família entrevistados foram aqueles que fazem parte da Farmácia Básica, quais sejam, o ansiolítico e benzodiazepínico diazepam, os antidepressivos tricíclicos cloridrato de imipramina e cloridrato de amitriptilina. Utilizados há décadas, estes medicamentos permitem o tratamento de uma série de transtornos psiquiátricos, dentre os quais depressão, ansiedade, insônia, neuroses, quadros dolorosos crônicos e crises convulsivas. Na fala dos entrevistados, também sobressaiu a prescrição do antidepressivo Fluoxetina, considerado de 2ª geração, porém não disponível para distribuição gratuita.

Os médicos entrevistados dispunham-se a renovar as receitas do médico psiquiatra quando o usuário não conseguia vaga no ambulatório de psiquiatria.⁶

Para um dos entrevistados, a renovação da receita era a única atitude diante dos usuários “poliqueixosos”, uma vez que negava-se a tratar “psicoses” ou “casos mais complexos”.

⁶ As diferentes receitas médicas possuem prazos de validade que variam de 30 a 180 dias, conforme regulamentação da Vigilância Sanitária.

Neste período, poucos foram os casos discutidos antes do atendimento psiquiátrico, sendo que apenas os pacientes em estado de crise tiveram sua situação discutida com a psiquiatria, geralmente associadas à necessidade ou não de internação psiquiátrica.

Favoreto (2002), estudando as práticas dos médicos em diferentes equipes do PSF, identificou que muitos deles acreditavam que os problemas subjetivos deveriam ser resolvidos por profissionais de saúde mental. Contudo, a demanda desses problemas era, na maioria das vezes, resolvida pelo próprio médico de família com base nas suas experiências pessoais, aspecto também encontrado em nosso estudo.

Tal como observado no trabalho de Fortes (2004) acerca da apresentação dos Transtornos Mentais Comuns (TMC) no âmbito do PSF, alguns dos entrevistados do nosso estudo sentiram-se mais à vontade para medicar casos de depressão leve, ansiedade e insônia, enquanto os casos por eles considerados mais complexos eram encaminhados:

“sinto-me capacitada para abordar alguns casos (...) aqueles casos que precisam de um acompanhamento mais frequente, de um controle mais periódico, semanal, quinzenal, eu acho que tem que encaminhar”. (Médico – 5).

“aqueles que chegam ao ponto extremo de agredir, tem que encaminhar” (Médico – 5).

“por isso que tem os encaminhamentos... esses casos mais severos, acho que não estamos aptos...por isso tem essa questão do psiquiatra.” (Médico 5).

“acho que a nossa formação deixa a desejar quanto à Saúde Mental.” (Entrevistado 5).

Fortes (2004) observou que a prevalência de TMC era elevada na população por ela estudada, apontando a necessidade de se estruturar formas alternativas de atendimento, incluindo aquelas não medicamentosas, devendo-se, outrossim, capacitar as equipes do PSF para a abordagem de problemas psicossociais.

Um dos nossos entrevistados relatou que no atendimento dos pacientes com determinada queixa, solicitava exames complementares, e quando o usuário retornava à consulta com o exame, na ocasião em que ele revelava que o exame encontrava-se dentro da normalidade, o sintoma “desaparecia”, surgindo um novo sintoma noutra órgão/ aparelho do organismo.

“a maioria tem só queixa física... não aceitam explicação psíquica.”
(Médico 6).

Pois são justamente estas queixas “físicas” que permitem ao médico fazer alguma intervenção, já que ele está mais capacitado para “enxergar” estas situações na sua visão biomédica. Os conceitos de psíquico, psicológico, saúde e doença mental se confundem.

“aparece de tudo para eu atender ... essa parte psicológica, de saúde mental.” (Médico 5).

Um dos entrevistados comentou sobre a resistência que os pacientes tinham ao serem encaminhados para o psiquiatra, demonstrando que uma negociação é necessária até que o paciente compreenda o motivo pelo qual estava sendo encaminhado. Botega descreve situações semelhantes em seus trabalhos no HC-UNICAMP (2006).

“a gente passa horas convencendo o sujeito de que ele precisa de uma consulta com você” (Médico 3).

Um dos entrevistados acreditava que a maior parte dos usuários encaminhados por ele, na verdade tinha perfil para psicoterapia.

“acaba sendo medicado porque não tem psicólogo na cidade.”
(Médico 7)

Os médicos não possuíam uma idéia precisa sobre a quantidade de casos psiquiátricos que apareciam nos seus atendimentos. Um dos entrevistados acredita que 5% dos cerca de 600 atendimentos ambulatoriais que realiza mensalmente seja de Transtornos Mentais. Quando questionado sobre quantos destes 30 atendimentos mensais encaminha ao psiquiatra, acredita que seriam *“uns 10”*. (Médico entrevistado nº 5).

Quanto às queixas com relação ao papel do psiquiatra, houve unanimidade em apontar a ausência de contatos, falta de contra-referência, uso de medicamentos em demasia, deixando o paciente “dopado”. Um dos entrevistados relatou que obtinha informações por meio dos ACS:

“o psiquiatra não manda informações sobre o paciente (...) tenho notícias do meu paciente através do agente de saúde, porque eu me interessava.” (Médico 5)

O ACS, neste caso, atuou como um instrumento eficiente de contra-referência.

Todos os entrevistados desconheciam a existência de protocolos de atendimento em saúde mental, de modo que o atendimento clínico baseava-se tão

somente nos conhecimentos adquiridos ao longo da graduação e das suas próprias trajetórias profissionais:

“que eu saiba, existem protocolos para clínica geral, pediatria... nunca ouvi falar em protocolo de saúde mental.” (Médico nº 8)

“só existe protocolo para Clínica de uma maneira geral. Ele não fala de saúde mental.” (Médico 5)

Outra fonte de conflito no atendimento são os casos em que os usuários não compreendem ou não são devidamente esclarecidos acerca do esquema de funcionamento do PSF e da necessidade de encaminhamento ao psiquiatra:

“pensam que eu é que não quero atender (...) chegam a dizer que sou ‘pago(a) pra atender’” (Médico 2).

A integração entre os membros das equipes também foi outro ponto abordado. Não existia nenhum trabalho integrado entre os membros das equipes, tampouco com relação aos usuários portadores de transtornos mentais.

Em nossas entrevistas, também perguntamos qual a denominação que os entrevistados davam aos usuários com problemas psíquicos, tendo surgido as seguintes expressões para designá-los: ‘transtornos mentais’, ‘DNV’, ‘simuladores’, ‘psicossomáticos’, ‘malucos’, pacientes ‘chatos’, “pacientes dessa sua área”, pessoas com ‘problemas sociais’, ‘pitizentos’, surtados, etc.⁷

Sobre o paciente com queixas vagas, surgiram diversos comentários, exemplificados na fala a seguir:

⁷ Para um aprofundamento acerca da discussão de terminologias, vide Guedes (2007, 2008).

“estes são os pacientes que me dão mais trabalho... vivem indo no posto.” (Médico 4)

Essa fala revela o quanto se requer do médico de família tolerância e plasticidade, enfim, estar habilitado para enxergar além do paciente que está à sua frente, uma vez que lida diretamente com circunstâncias psicossociais relacionadas ao processo de adoecimento. Necessita, portanto, atuar além dos limites da Biomedicina. Houve quem referisse uma atuação ampliada:

“de vez em quando eu pego uns casos assim ! procuro investigar a parte psicológica...eu vou mais por esse lado... vejo se está acompanhado de uma ansiedade, vejo se o paciente está ocioso” (Médico 5).

“às vezes o paciente não tem o que fazer, é sedentário, uma pessoa que não ocupa a mente, ele procura aquilo: a doença.” (do mesmo médico entrevistado).

Para este entrevistado, o aspecto social necessitava ser abordado, e, aqui, percebemos a prática de um profissional de Saúde da Família mais experiente, que se preocupava com os aspectos sociais relacionados ao adoecimento.

Embora a prática clínica ainda continuasse fortemente voltada para a medicalização dos conflitos:

“a própria ansiedade do paciente faz com que ele se torne um poliqueixoso...eu faço um ansiolítico ? É isso ?” (como se quisesse nossa aprovação para esta atitude - Entrevistado nº 5).

Pacientes “desafiadores”, que se recusam a aderir ao tratamento proposto, constituem fonte de ansiedade para o médico, que lança mão do encaminhamento como forma de livrar-se do usuário que causa incômodo, numa estratégia de

imposição. Como nos refere Camargo Jr. (2003, 2005, 2007), o médico, quando não consegue negociar, impõe alguma coisa. Neste caso, utiliza o encaminhamento.

A elevada rotatividade dos médicos foi outro aspecto que nos chamou a atenção: dois profissionais entrevistados já haviam trabalhado com PSF em três ou mais municípios diferentes, em curtos períodos de tempo, incluindo municípios em que o estudo não se desenvolveu. O tempo de permanência no PSF, para todos os entrevistados, variou de dois dias a 13 anos (desde o surgimento da estratégia de saúde da família).

Ainda que não fosse o foco da entrevista, a influência das circunstâncias institucionais sobre a prática dos médicos nos respectivos PSFs surgiu nos relatos, gerando opiniões diversas:

“(...) resultado bom, satisfatório...o tempo que eu tenho com eles é suficiente.” (Médico 5).

“(...) funciona como um posto de saúde, não mudou em nada.” (Médico – 4).

Dois entrevistados revelaram que um grupo de médicos dos PSFs de Caratinga reuniam-se periodicamente numa espécie de “grupo de discussão” para debaterem casos clínicos e atualizações terapêuticas.

Alguns relataram casos de pacientes com sofrimento psíquico grave que tiveram de abordar e posteriormente encaminhar.

“uma vez fui até a zona rural e vi um paciente preso, em crise... não soube muito bem o que fazer com aquilo.” (Médico 5).

“apareceu um caso aqui pra gente de um surtado que eu tive que ir até lá fazer e medicação nele...depois acabei encaminhando para o CAPS” (Médico 8).

“tinha uma mulher que chegava no posto toda marcada de gilete...tinha cicatriz no corpo todo...esses casos não tem jeito... é para a psiquiatria mesmo.” (Médico 5).

Como forma de aprofundarmos a análise em torno dos encaminhamentos, procederemos à discussão dos mesmos na sessão a seguir.

8.2 – Análise dos encaminhamentos

Procedeu-se à coleta dos dados no período de Julho a Outubro de 2007. Realizou-se a análise de todos os prontuários de usuários atendidos no período de Julho de 2006 a Julho de 2007, sendo considerados apenas os encaminhamentos feitos por médicos do PSF dos respectivos municípios.

A maior parte dos atendimentos no ambulatório de psiquiatria era realizada mediante pedidos de consulta pelos próprios pacientes, no que se denomina “demanda espontânea”, daí a escassez de encaminhamentos.

Os documentos analisados, assim, não refletem em número absoluto a real quantidade de pedidos de consulta demandados mensalmente, uma vez que não foi possível resgatar todos os pedidos de consulta disponíveis. Tampouco pretendíamos avaliar estes pedidos quanto à classificação diagnóstica, necessidade ou não de consulta com psiquiatra .

O que pôde ser observado, em linhas gerais, a partir da observação desses encaminhamentos, é que o médico de família segue uma padronização mais ou menos rígida no que se refere à elaboração do encaminhamento para a psiquiatria. Não constatamos nenhuma plasticidade quanto ao encaminhamento individual e mesmo com relação aos encaminhamentos em conjunto.

A falta de padronização com relação ao sistema de referência e contra-referência nos municípios menores, fez com que cada médico optasse pelo tipo mais apropriado de sistema de encaminhamento (quanto à descrição dos dados clínicos e pessoais do usuários que estava sendo encaminhado) e mesmo com relação ao instrumento utilizado, que variou entre próprio prontuário, receituário ou pedido de exame laboratorial). Identificamos também os encaminhamentos descritos no próprio

prontuário, donde as únicas palavras foram: “ao psiquiatra”. Neste caso, pela pobreza do conteúdo, não os consideramos para fins de análise.

Os encaminhamentos no município de Caratinga foram todos feitos num instrumento de referência e contra-referência próprio, cujo objetivo era facilitar a comunicação entre médico de família - especialista⁸. Nos demais municípios, utilizava-se para tal o próprio receituário médico, uma folha de solicitação de exames laboratoriais ou mesmo uma folha em branco. Não existia, portanto, um instrumento padronizado de encaminhamento, de modo que o médico encaminhador permanecia livre para manifestar-se.

No final de 2007, a Prefeitura Municipal de Inhapim elaborou, com suporte técnico da GRS Cel. Fabriciano, um instrumento próprio de referência e contra-referência (ver Anexos III e IV), cujo uso, entretanto, ainda não foi popularizado entre os médicos até o momento. O protocolo de referência/ contra-referência foi discutido com os médicos do município numa reunião que ocorreu no final de 2007, e que foi coordenada pela representante da GRS de Cel. Fabriciano. Portanto, no período analisado, este instrumento ainda não estava em circulação. Trata-se de um instrumento bastante completo, promissor, e que demandará um tempo para ser preenchido. Nele, havia espaço para as seguintes informações:

- identificação do paciente;
- unidade de saúde proveniente;
- local para o qual está sendo encaminhado;
- queixa principal;
- observações clínicas no dia da consulta (exame físico, fatores agravantes, sintomas associados, medicamentos em uso atualmente [dose, tempo de uso e resposta]);
- história pregressa;
- história familiar;
- outros problemas de relevância clínica observados;

⁸ O instrumento encontra-se no Anexo II.

- exames realizados/ resultados (laboratoriais, imagem, outros);
- diagnóstico clínico.
- data/ identificação do médico encaminhador.

(v. Anexo III e IV)

A maneira como se encaminha um usuário para outro profissional não é algo consensual no meio médico. Por exemplo, os colegas não possuem um padrão para dirigirem-se a outro profissional, lançando mão, na maior parte das vezes, de termos como “solicito avaliação”, “solicito atendimento”, “solicito avaliação e conduta”.

Os encaminhamentos, todos feitos à mão seguiram uma padronização simples, onde aparecia a palavra “encaminhamento” ou seus derivados “encaminho”, “encaminhar”.

Encaminhar significa “mostrar o caminho a”, segundo o dicionário AURÉLIO (1986). Nesse âmbito, podemos inferir que o médico de família mostra o caminho ao paciente “problema”, ao “poliqueixoso”, ao portador de transtorno mental: um caminho unidirecional, para alguém que “eu não conheço”, mas que provavelmente vai resolver o teu problema.

Também poderíamos propor encaminhar como “dar rumo certo”, ou seja, aqui o médico de família garante que o usuário está na trajetória mais apropriada, qual seja, “um médico que lida com as subjetividades que tanto me incomodam”.

Ainda, encaminhar é “dirigir-se”, quando então o médico de família se dirige ao especialista para sanar dúvidas, promover debates e reflexões saudáveis sobre situações de adoecimento mental.

Ressalta-se que em Caratinga a maior parte dos prontuários continha o encaminhamento fixado, enquanto nas demais cidades houve dificuldade para obtenção dos mesmos. O fato do instrumento utilizado em Caratinga conter um

espaço destinado à contra-referência, pretendia facilitar a comunicação. Afinal, a proposta da Estratégia Saúde da Família é justamente fomentar o fluxo de informações entre a UBS e as especialidades.

Não observamos na maior parte dos encaminhamentos, contudo, uma proposta formulada de contra-referência, a qual poderia ser designada como uma solicitação de como proceder em tal caso, conduta, expectativa, etc. Assim, entendemos que os casos encaminhados têm como destino final o ambulatório de psiquiatria, onde a discussão a este respeito cessa.

Como não existem, ou não são conhecidos os protocolos, havendo desconhecimento acerca do número de usuários encaminhados mensalmente em cada PSF, a estratégia mais utilizada pelos médicos de família foi justamente recorrer ao pedido de consulta com o psiquiatra, aspecto anteriormente discutido por nós neste trabalho⁹.

Nos resultados obtidos a partir da análise destes pedidos, preservamos a identificação dos médicos bem como dos municípios. Os nomes dos pacientes foram substituídos pelas palavras “fulano” ou “fulana”.

Dentre os elementos encontrados com mais frequência nestes encaminhamentos, destacamos os seguintes:

“solicito avaliação psiquiátrica”.

“encaminho fulano de tal ao psiquiatra”

“favor encaminhar ao Dr. Felipe o (a) Sr(a) fulano”

⁹ Muitos usuários debandam no caminho, sendo atendidos no setor privado ou mesmo desistindo do atendimento.

Neste caso, perguntamos: a quem o médico de família estaria pedindo este “favor” ? Entendemos que, aqui, houve uma omissão da palavra “psiquiatria” e seus congêneres, talvez numa demonstração de que isso poderia elevar a ansiedade ou levar à recusa do paciente em ser encaminhado.

Elementos encontrados nos encaminhamentos, e que se repetiram ao longo da análise, foram:

“solicito encaminhamento à psiquiatria”

“encaminho fulano para acompanhamento psiquiátrico”

Demonstram a pobreza de conteúdo, e de uma abordagem aprofundada acerca dos aspectos clínicos e da história de vida dos sujeitos (Camargo Jr, 1990, 2005).

Poucos traziam um relato sobre o quadro clínico do usuário, mesmo que fosse breve, como nos exemplos a seguir:

“Ao psiquiatra. Motivo: queixas depressivas, distúrbios alimentares, ansiedade generalizada. Para avaliação e conduta.”

A redundância no exemplo a seguir reflete a falta de atenção do médico ao elaborar o encaminhamento:

“encaminho a paciente acima ao Dr. Felipe para sua avaliação da paciente.” (grifos nossos).

Neste, como em diversos outros encaminhamentos, novamente omitiu-se o termo “psiquiatria”.

Alguns encaminhamentos sequer possuíam o nome do(a) usuário(a), restringindo-se à oração “favor encaminhar ao psiquiatra”. Terá sido um atendimento tão apressado assim a ponto de não permitir sequer a identificação do paciente ?

Poucos documentos puderam ser considerados apropriados, uma vez que a maior parte não trazia informações sobre o quadro clínico do usuário encaminhado, tratamentos realizados, medicamentos utilizados. Informações acerca do quadro clínico são úteis para o entendimento da evolução do quadro.

“Paciente 16 anos, síndrome conversiva, estado depressivo”

“ao serviço de psiquiatria. Encaminho a paciente fulana, idade, com quadro de delírios, alucinações e agitação psicomotora há + ou – 4 dias. Etilista crônico, sem ingestão há 4 dias, devido a queda. Solicito avaliação e conduta”.

Muitos se limitavam a encaminhar o sujeito, não descrevendo o porquê nem para que:

“fulano de tal. Ao psiquiatra.”

“encaminho fulano de tal ao setor de psiquiatria”

Dos poucos encaminhamentos que citavam os medicamentos em uso, encontramos:

“Ao psiquiatra. Paciente em uso de Gardenal desde os 6 anos. Solicito avaliação e conduta.”

“Ao psiquiatra. ‘Dores no corpo’, ansiedade, uso de amitriptilina irregularmente.”

“À psiquiatria. Encaminho a paciente X, em tratamento para depressão (Clonazepam 2mg (0-0-1), Fluoxetina 20mg (1-0-0), referindo insônia. Solicito avaliação e conduta. Grato.”¹⁰

Houve também aqueles que se limitavam a encaminhar o paciente para continuidade do tratamento psiquiátrico:

“Ao psiquiatra. Já em tto.” (tto = tratamento)

A letra ilegível do médico, a qual possui as mais distintas justificativas (pressa no atendimento, muita informação para anotar, formação inadequada, etc), foi uma constante nos documentos analisados:

“Ao psiquiatra. Paciente 15 anos, com quadro de nervosismo intenso. Foi prescrito ??????? e nega melhora. Solicito avaliação e conduta. Grato.”

Por outro lado, ressaltamos que certos pedidos de referência, a despeito de serem feitos num instrumento não padronizado, foram bem elaborados, contendo informações relevantes sobre o usuário, bem como dados do tratamento:

“A psiquiatria. ‘Prioridade’. Encaminho a paciente fulana, idade, quadro de insônia, com dificuldade para iniciar o sono e acordando repentinamente durante a noite, vontade de ficar isolada, hiporexia, assusta com facilidade, medo, dormência peitoral eventual, vontade de ficar só dentro de casa, perda de peso e taquicardia. Exames: Rx de tórax: NDN; EAS: NDN; TSH: 0,86 microUI/dL; T4Livre: 0,99 ng/dL; Hemogr: Hm 4,4; Hg 13,1; Htc 40%; Leuc 5000. Iniciei Bromazepam 3 mg (1/2-0-1) e Paroxetina 20mg (1-0-0). Sob sua orientação. Solicito avaliação e conduta. Grato.”

¹⁰ Esta formatação ‘1-0-0, 1-1-1’, etc, é muito utilizada pelos médicos quando fazem suas anotações, e significa a dose e o horário, - geralmente às refeições, do medicamento. Assim, ‘0’ significa que não utiliza o medicamento naquele horário, ‘1’, consiste no número de comprimidos utilizados durante a refeição (café-almoço-jantar).

Não convém aqui discutirmos os aspectos clínicos ou o tratamento iniciado pelo médico de família, mas pode-se afirmar que este foi o encaminhamento mais apropriado de todos os que analisamos, pois refletiu o cuidado e a preocupação deste médico¹¹, além de conter uma letra impecável. Demonstra que o profissional realizou exames físicos e laboratoriais e iniciou terapêutica até que o usuário conseguisse uma vaga com o psiquiatra. Ademais, a preocupação com o cuidado refletiu-se na palavra “prioridade”, entre aspas e destacada no canto superior do encaminhamento, e mesmo que não contivesse uma proposta de contra-referência, deixou claro que estava dirigindo a usuária para os cuidados da psiquiatria.

Já o encaminhamento a seguir continha proposta de contra-referência, tendo sido o único em que encontramos tal solicitação.

“Ao Psiquiatra (Dr. Felipe) Fulano de tal, X anos, apresenta dependência alcoólica. Paciente com comorbidades, hipertensão e diabetes há 4 anos, está disposto a interromper o vício. Refere muita irritabilidade durante períodos de abstinência. Inicia tratamento com tranquilizante Bromazepam 6mg 1 vez ao dia para amenizar os sintomas. Solicito avaliação conjunta e orientação. Grato”.

Trata-se de um encaminhamento bem elaborado, bem descrito, contendo informações subjetivas do usuário e trazendo a proposta de “avaliação conjunta e orientação”, demonstrando interesse do colega em conduzir o caso com a supervisão do psiquiatra.

Esta é, inclusive, a proposta da equipe de matriciamento em saúde mental (Brasil, 2006): permitir que determinados casos clínicos possam ser debatidos em conjunto entre as equipes de saúde mental e de saúde da família.

¹¹ Um recém-formado que ficou apenas durante dois meses no PSF, o qual, inclusive, sequer chegamos a entrevistar. Nos indagamos: o que teria norteado a elaboração de um encaminhamento adequado apesar do médico que o elaborou ser recém-formado ?

Mesmo sendo o médico desprovido, em virtude da sua formação, da capacidade de lidar com aspectos subjetivos, a preocupação em descrever estes aspectos subjetivos bem como os aspectos sociais, apareceu nestes encaminhamentos a seguir:

“Ao psiquiatra. Encaminho a paciente fulana de tal para melhor avaliação e tratamento. Hipótese diagnóstica: Transtorno Psicótico (Esquizofrenia Paranóide ?) + Problemas Sociais (mora sozinha, dificuldade em tomar as medicações).”

“Fulano de tal. Ao psiquiatra. Paciente 14 anos, sem comorbidades, apresentando quadro de dificuldade de aprendizado, timidez excessiva e personalidade introvertida. Solicito avaliação e conduta.”

Este conjunto de palavras “avaliação e conduta”, muitíssimo frequente nos encaminhamentos, nos remete à própria racionalidade biomédica, que se limita a classificar (“avaliação”) e tratar (“conduta”) (Camargo Jr, 2003).

Com relação aos encaminhamentos de Caratinga, conforme já descrito, foram todos realizados em instrumento próprio, o qual contém espaço para a descrição dos seguintes itens:

(ver ANEXO II)

- Nome do usuário, endereço, profissão;
- Histórico da doença atual;
- Exame físico;
- Diagnóstico;
- CID-10;
- Exames complementares;
- Tratamentos realizados;
- Tratamento/ exame indicado;
- Contra referência;
- Assinatura e carimbo do médico solicitante.

Estes, uma vez que possuíam uma sistematização própria, continham importantes diferenças com relação aos encaminhamentos dos outros municípios:

- maior quantidade e qualidade de informações sobre a história clínica dos usuários;
- identificação de todos os médicos encaminhadores;
- hipóteses diagnósticas apontadas na maior parte dos formulários;
- informações sobre os tratamentos realizados;

Outro fator que contribuiu para esta sistematização dos encaminhamentos, em Caratinga, é a limitação do número de consultas com o psiquiatra por UBS (cada UBS possui uma quota mensal). Tal aspecto, ainda que criticado em algumas falas nas entrevistas realizadas com os médicos do município, corrobora para a construção de uma demanda composta por usuários que já receberam atenção do médico de família, pois este usuário terá de aguardar durante algum tempo por uma vaga no ambulatório de psiquiatria (semanas a meses).

Alguns exemplos de quadros sintomatológicos descritos na “solicitação de tratamento especializado”:

“paciente com fobia social, ansiedade, somatização e tentativa de auto-extermínio (HD: depressão).”

“paciente com quadro depressivo, não querendo ir à escola, choro fácil, fobia, ansiedade, tentativa de auto-extermínio. (HD: depressão ?)”

“ansiedade, labilidade emocional, esquecimento. HD: depressão.”

Um aspecto que merece destaque é que prevaleceu a limitada descrição da situação clínica do usuário que estava sendo encaminhado, a despeito do encaminhamento ser feito num instrumento sistematizado de referência e contra-referência:

“HDA: ‘distúrbios psiquiátricos’ ”

Muito comuns foram as situações em que o item destinado à descrição da história da doença atual (HDA) limitou-se ao diagnóstico, quando na verdade existia outro local para a descrição deste:

“depressão”.

“fibromialgia”

“PMD”

“quadro depressivo”

“depressão recorrente”

“paciente portador de Alzheimer”

Também identificamos instrumentos onde a HDA limitava-se ao termo “poliqueixoso”.

A maior parte das solicitações de tratamento especializado não continha dados no ítem “exame físico”, e as poucas informações ali encontradas limitavam-se às palavras:

- “dor”,

- “dores superficiais”.

- “deambulação dificultada”.

Tabela 2 – Encaminhamentos de Caratinga¹²

¹² Média mensal de encaminhamentos em Caratinga: 25.

	Nº	%
Total de encaminhamentos	155	100%
Descrição do quadro clínico (HDA)	98	63%
Hipótese diagnóstica	96	61%
Cita o(s) tratamento(s)	75	48%
Proposta de contra-referência	3	2%

Fonte: Análise dos encaminhamentos no ambulatório de psiquiatria de Caratinga.

No único encontro que tivemos com os médicos de família da micro-região de Caratinga, no início de 2007, abordamos a questão do encaminhamento, explicitando que, embora àquela época não houvesse um instrumento padronizado de referência-contrarreferência nos municípios (com exceção de Caratinga), os parâmetros mínimos a serem contidos no encaminhamento, visando à facilitação na comunicação, deveriam ser:

- identificação do usuário (nome, idade, profissão);
- dados sobre a saúde: quadro clínico; exames físico e laboratoriais realizados; comorbidades.
- tratamentos: anteriores, iniciados pelo médicos de família; tratamentos dirigidos às comorbidades.
- identificação do médico encaminhador: data, carimbo, assinatura.

A repercussão em relação à estrutura do encaminhamento foi pequena, mas refletiu-se no tipo de encaminhamento de alguns médicos, como aquele anteriormente descrito.

Não foi possível correlacionar a idade dos usuários encaminhados, pois não possuíamos esta informação em todos os encaminhamentos. Botega (2006) identificou que os encaminhamentos de pacientes mais jovens frequentemente são realizados por médicos igualmente jovens.

Botega (1989), quando procedeu ao levantamento de cartas de encaminhamento ao ambulatório e serviço de interconsulta do HC-UNICAMP,

identificou que os médicos encaminhavam problemas psiquiátricos menos frequentes e pacientes de difícil manejo. Nesse âmbito, nossos achados assemelham-se aos daquele autor:

“À psiquiatria. Urgente ! Encaminho a paciente fulana, quadro de tristeza, ansiedade, tentativa de auto-extermínio. Solicito avaliação, grato.”

Encontramos somente um encaminhamento de paciente com abstinência medicamentosa, no caso, barbitúrico e benzodiazepínico, medicamentos que podem causar elevado grau de dependência. Contudo, o texto não continha informações detalhadas sobre tempo de uso da medicação, indicação clínica para o uso das mesmas e há quanto tempo o sujeito encontrava-se em ‘crise’, depreendendo-se que o médico adotou a conduta de apenas encaminhar o caso:

“crise de abstinência à medicação [diazepam/ gardenal]. Conduta: Ao psiquiatra”

As tabelas a seguir trazem as informações coletadas dos encaminhamentos analisados.

Tabela 3 – Distribuição de encaminhamentos dos médicos do PSF à psiquiatria, por município, no período de Julho de 2006 a Julho de 2007:

	N	%
Total de encaminhamentos	220	100 %
Inhapim	38	17%

Entre folhas	19	8,6%
São Sebastião do Anta	8	3,6%
Caratinga	155	70,4%

Fonte: Análise dos prontuários nas unidades de saúde dos respectivos municípios.

Tabela 4 – Dados sobre os encaminhamentos nos municípios de Entre Folhas, Inhapim e São Sebastião do Anta:

Total de Encaminhamentos	N	%
	65	100
Com identificação completa do médico encaminhador	54	83
Com identificação incompleta do médico encaminhador	11	17
Adequado (contendo um mínimo de informações sobre situação clínica do usuário, exames, dados subjetivos, hipóteses diagnósticas, etc)	13	20
Inadequado (informações incompletas)	52	80
Realizado em instrumento padronizado de referência-contrarreferência	0	0
Realizado em papel comum (receituário, papel timbrado ou de pedidos de exame)	65	100

Fonte: Análise dos prontuários nas unidades de saúde dos respectivos municípios (Entre Folhas; Inhapim; São Sebastião do Anta).

Tabela 5 – Número de médicos de família identificados nos encaminhamentos:

Total de médicos de família identificados nos encaminhamentos:		N	%
	Total	14	100%
	E. Folhas	4	28,5%
	Inhapim	8	57%
	S. S. Anta	2	14,3%

Depreende-se, dos dados obtidos, que a maior parte dos encaminhamentos continha a identificação do médico encaminhador, porém em 17% deles não foi possível identificá-los. Em 80% deles as informações estavam incompletas sobre os

usuários que estava sendo encaminhados. Da mesma forma, todos foram realizados em instrumento não sistematizado de referência X contra-referência, enquanto em Caratinga, a presença do instrumento favoreceu a descrição do quadro clínico em aproximadamente 63% deles.

9 – Conclusão

Constitui-se num grande desafio, observado por nós e por diversos autores, a fixação dos pacientes portadores de transtornos mentais nas suas próprias comunidades através do atendimento territorializado, na atenção básica, já que a cultura médica vigente ainda é a de encaminhar a maior parte dos casos para a psiquiatria (Botega, 2006; Vieira, et al, 2006; Pitta, 2006).

Concordamos com Botega (1989, 2006) em relação aos dados obtidos das entrevistas com médicos no Serviço de Interconsulta do HC-UNICAMP:

“Alguns médicos sentem-se incomodados com essa demanda emocional dos pacientes e com o risco de se identificarem com eles. Podem, também, se incomodar e mesmo temer pacientes psiquiátricos (...). Procuram então restringir sua atuação a aspectos técnicos, valendo-se de diversos mecanismos de defesa, notadamente evitação, isolamento de emoções, intelectualização, humor, deslocamento e negação.” (Botega, 2006, p. 121).

Os médicos por nós entrevistados rotularam os usuários com sofrimento psíquico como sendo ‘malucos’, ‘pacientes chatos’, ‘pacientes dessa sua área’, ‘simuladores’, ‘ptizentos’, ‘surtados’, ‘portadores de DNV’, psicossomáticos, etc, algo também observado por Guedes (2007) em suas entrevistas com Clínicos.

Esse comportamento dos médicos do PSF não foi condizente com o processo de formação compatível com a integralidade que norteia a atenção básica (Pinheiro, 2005), e demonstrou que para o bom funcionamento do sistema de atendimento, não basta identificar o problema. É necessário saber como atuar sobre ele, e, neste âmbito, a única atuação dos médicos de família limitava-se a medicar os casos considerados mais “simples” ou encaminhar para o psiquiatra. Ocorreu, assim, uma simplificação das atitudes frente ao paciente com transtorno mental, consequência também do desconhecimento das ações necessárias. Almeida (1988) discute esse aspecto quando descreve o atendimento ambulatorial.

Corroborando o que encontramos, Favoreto (2002) identificou em seu estudo que a resolutividade clínica dos médicos de família por ele entrevistados restringia-se a mecanismos burocratizados de referência e contra-referência, sem integração

entre especialistas e médicos do PSF. Para o autor, isso limitava a incorporação de novos conhecimentos e de novas tecnologias assistenciais à atenção básica.

Outros dados colhidos em nosso estudo que não estavam entre aqueles inicialmente propostos para serem investigados foram as falas dos entrevistados acerca das circunstâncias institucionais, geralmente insatisfatórias, em que estavam inseridos, e a frágil interlocução dos médicos de família com os demais dispositivos assistenciais.

A interconsulta, modalidade de consulta em que os casos clínicos são discutidos em equipe, é amplamente praticada e estimulada nos serviços de saúde (Mello Filho; Botega, 2006), e pôde ser realizada no momento em que demos oportunidade para os médicos de família com as quais conversamos fizessem colocações sobre os casos de saúde mental atendidos por eles. Aquela foi a primeira oportunidade, para muitos deles, na qual um colega de profissão mostrava interesse pelos seus atendimentos em saúde mental.

O Matriciamento em saúde mental não estava sendo colocado em prática na região do estudo, de modo que os encontros das equipes de saúde da família com as equipes de saúde mental não ocorriam, sendo o diálogo pouco estruturado.

Nossos resultados reforçam a advertência de Vieira (2006):

“Na efetivação dos cuidados em saúde mental, para que as ESF se responsabilizem por ações de saúde mental no nível primário de atenção, se faz necessário que a rede especializada extra-hospitalar de saúde mental seja forte, competente e compromissada em estabelecer e respaldar as ações de cuidado principalmente em situação de crise ou surto, numa outra direção que não a da exclusão social representada pela internação em hospital psiquiátrico.” (Vieira et al, 2006, p. 56)

Houve o reconhecimento, por parte dos médicos de família, da importância de promovermos um intercâmbio com maior frequência, a despeito das dificuldades institucionais (horários de atendimento; volume elevado de usuários). Desde então, as conversas com estes e outros médicos de família que surgem nos cenários de prática, tornaram-se mais frequentes, mesmo que informalmente.

Guglielmi (2006) identificou que os especialistas em geral depreciavam o trabalho dos médicos de família, pois acreditavam que muitos dos casos encaminhados para eles eram desnecessários. Tais críticas também poderiam ser feitas por nós, porém devemos levar em consideração o fato destes médicos terem sido formados, em sua totalidade, no modelo biomédico (reducionista), além de pertencerem a outras especialidades, de não terem sido devidamente treinados ou não possuírem características pessoais e técnicas que facilitassem o desenvolvimento de vínculo/ acolhimento biopsicossocial com o paciente.

Ressaltamos, entretanto, que todos os entrevistados demonstraram interesse em aprender, em discutir e conhecer o funcionamento da psiquiatria e da saúde mental.

Ademais, observamos que, mesmo na ausência de um protocolo ou de um instrumento formalizado de encaminhamento, como no caso dos três municípios de menor porte (Inhapi, São Sebastião do Anta e Entre Folhas), havia pedidos de consulta bem elaborados, adequados quanto ao conteúdo e quanto à proposta de contra-referência, como foi o caso daquele encaminhamento descrito nos resultados. Embora todos eles não tivessem formação voltada para atuação como médicos de família, a experiência pessoal/ profissional determinou a boa qualidade de alguns encaminhamentos. A maioria dos profissionais reconheceu que os conteúdos repassados na graduação eram insuficientes para lidar com o sofrimento psíquico.

A formação voltada para o modelo biomédico, reducionista, constitui-se numa dificuldade para a abordagem dos aspectos biopsicossociais do adoecimento, conforme nos aponta Camargo Jr. (2003) e Botega (2006).

“O profissional acaba encontrando muita dificuldade para lidar com qualquer sofrimento que não esteja diretamente relacionado a uma alteração anatômica visível ou explicação fisiopatológica, uma realidade que vem de um mundo de constante visibilidade, circunscrito pelo corpo do paciente.” (Botega, 2006, p. 121)

O mau preenchimento dos encaminhamentos refletiu esse aspecto. Ressaltamos que o PSF pode incorporar novos saberes, oriundos das ciências sociais, para que haja uma atenção integral à saúde e maior valorização da subjetividade. A falta de acesso a estes saberes bem como a ausência da valorização dos mesmos pelos médicos, apareceu nas falas dos nossos entrevistados, e foi um aspecto também observado no estudo de Favoreto (2002).

Contudo esta visão não impediu que os participantes do nosso estudo mais experientes ou aqueles mais dedicados - ainda que recém-formados, buscassem uma visão abrangente ao processo de adoecimento. Estes foram os que mais contestaram o modo como o PSF vinha sendo estruturado, e mesmo a resolutividade do programa no âmbito da saúde mental. Camargo Jr. (2003) nos alerta sobre a inexistência de valorização das potencialidades individuais dos médicos do PSF para lidarem com situações de sofrimento psicossocial, já que para o autor isso não se enquadraria na racionalidade biomédica. (Camargo Jr, 1990). Para Souza (2001), o PSF deveria sensibilizar o médico de modo a refletir sobre a sua prática.

A falta de vínculo empregatício seguro desestimulava, segundo os médicos entrevistados, a adesão para o bom funcionamento do Programa, pois muitas vezes a contratação se dava ao sabor dos acontecimentos políticos.

Constatamos também que, como eles permaneciam pouco tempo em determinada unidade de saúde, não se dedicavam com maior afinco àquela comunidade, fato observado por outros autores quando estudaram a questão da rotatividade elevada entre os médicos do PSF (Guglielmi, 2006; Souza e Silva, 2001).

O protocolo utilizado por Caratinga para os encaminhamentos, mesmo não sendo destinado exclusivamente para a saúde mental, demonstrou-se de grande utilidade para os demais municípios, pois permitia melhor descrição do quadro clínico, além de informações detalhadas sobre a história clínica do usuário. Nesse âmbito, o formulário de referência e contra-referência de Inhapim também parece promissor (Anexos III e IV). Contudo, observamos lacunas quanto às informações úteis mesmo nos encaminhamentos formulados em Caratinga, revelando a falta de investimento do médico encaminhador na descrição do quadro clínico, histórico de tratamento, além de outras informações relevantes. Ademais, todos desconheciam a existência de algum protocolo para atendimento em Saúde Mental.

Assim, são necessários maiores esclarecimentos aos médicos ingressantes no PSF acerca da forma adequada de se preencher tal formulário (Anexo II), uma vez que a presença deste possui a intenção de facilitar a comunicação entre médico encaminhador e especialista, e isso somente pode ser alcançado caso o instrumento seja adequadamente preenchido. A falta de proposta de contra-referência constituiu um dos principais problemas comunicacionais observados nos encaminhamentos

feitos, o que vai ao encontro dos achados de Guglielmi na pesquisa realizada com médicos do PSF de Pernambuco (2006).

A recente criação dos NASFs (Núcleos de apoio à Saúde da Família), favorece a prática dos profissionais envolvidos na Estratégia Saúde da Família, e, nesse âmbito, a saúde mental constitui-se num dos eixos centrais do programa. A equipe do NASF, composta por psiquiatras e psicólogos, torna-se a referência para o médico de família, que poderá recorrer a ela sem sentir constrangimento. Os NASFs pretendem estimular justamente a maior aproximação do médico de família com os especialistas. Ao término deste estudo, estava em implantação no município de Inhapim o primeiro NASF do Leste de Minas Gerais.

Do mesmo modo, o Pró-Saúde (BRASIL, 2007), ao investir na capacitação dos graduandos em medicina e demais profissionais de saúde para a prática no PSF, mostra-se promissor no âmbito da ampliação das práticas para além do campo biomédico.

Como os protocolos de atendimento para pacientes com transtornos mentais eram desconhecidos pelos médicos de família, ficou evidente a falta de um maior investimento na elaboração ou na divulgação dos mesmos. Para a melhoria deste aspecto, na criação desses protocolos é importante haver o envolvimento de uma equipe composta pelos próprios médicos de família, profissionais da área psi e gestores.

Esperamos que este estudo, ao abordar a questão do encaminhamento, da referência e contra-referência em atenção básica e saúde mental em cidades de pequeno porte, produza a sua parcela de contribuição para os debates no campo da Saúde Coletiva, uma vez que este assunto é deveras escasso na literatura nacional. Acreditamos que este estudo possa vir a se constituir num ponto de partida para

novas pesquisas que carecem ser realizadas, em distintas situações (como por exemplo, nos grandes centros urbanos).

Bibliografia

ABRASCO. Manifesto em Defesa da Política de Saúde Mental e do Processo de Reforma Psiquiátrica do Brasil. 2007. Disponível em <

<http://www.abrasco.org.br/grupos/arquivos/20071226134149.pdf>. > Acessado em: 10/12/2007.

ALMEIDA, E.L.V. **Medicina hospitalar – medicina extra-hospitalar: duas medicinas ?** 1988. 233 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Instituto de Medicina Social – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1988.

AMARAL, M.A. 1995. **Análise da implementação da política de Saúde Mental para a rede básica de Campinas – 1992/1993**. Dissertação (Mestrado em Medicina Social), Campinas: Departamento de Medicina Preventiva e Social. FCM – Unicamp.

AMARANTE, P. Novos Sujeitos, Novos Direitos: O Debate em Torno da Reforma Psiquiátrica. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 11, nº 3, p. 491-4, 1995.

_____ (org.). **Loucos pela vida – A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2001. 132 p.

_____ (org.). **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2000.

_____ **Psiquiatrização e indústria farmacêutica na produção de conhecimentos em psiquiatria**. In: 8º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva/ 11º Congresso Mundial de Saúde Pública, 2006 - <http://www.saudecoletiva2006.com.br/portugues/painel2308.php>. Acessado em 12/01/2008.

ARAÚJO, F.C.A. A (Des) **Integralidade pela (In) Diferença: Um Estudo sobre práticas assistenciais ao louco na Emergência de um Hospital “Quase Geral”**. 2007. 97 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social – UERJ, 2007.

BECKER, H.S. **Métodos de pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Hucitec, 1993. 178 p.

BLATT, A.M.; DIAS, C.C.; M,R. Detecção, encaminhamento e tratamento de transtorno mental por médicos não psiquiatras. **Revista de Ciências Médicas – PUCCAMP**. Campinas, v. 5, nº 3, set-dez 1996.

BOTEGA, N.J; CASSORLA, R.M. Encaminhamentos ao psiquiatra e relação médico-paciente. **Rev. ABP-APAL**;13(2):53-8, abr.-jun. 1991.

_____ (org). Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência. Porto Alegre: 2ª ed, Artmed, 2006.

BOTEGA, N.J.; MAGDALENO JR. Interconsulta psiquiátrica no hospital geral universitário.: um ano no Hospital das Clínicas/UNICAMP. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. Rio de Janeiro, v.40, n.2, 1991.

BOTEGA, N.J. **No Hospital Geral: lidando com o psíquico, encaminhando ao psiquiatra**. Tese de Doutorado. Faculdade de Ciências Médicas/UNICAMP, 1989.

BRASIL. Decreto Nº 76.022, DE 24 DE JULHO DE 1975. Aprova o Regulamento do Seguro de Acidentes do Trabalho Rural, instituído pela Lei nº 6.195, de 19 de dezembro de 1974 (FUNRURAL).disponível em:

<<http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=205281> >.

Acessado em 19/01/2008.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Relatório final da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília, 2001. 211 p.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da Família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados: 1998-2004**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 200 p.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE – **Legislação em Saúde Mental – 1990-2004** – Brasília, 2004. Disponível em: < <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Legislacao.pdf> > - acessado em: 02/05/2007.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários**. Brasília, 2003. Disponível em:
< <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes.pdf> > - acessado em 12 dez. 2007.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 154, de Janeiro de 2008 – dispõe sobre a criação dos NASF** (Núcleos de apoio à saúde da família). Disponível em:
< http://www.fnepas.org.br/pdf/portaria_nasf.pdf >. Acessado em 20/02/2008.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa Saúde da Família**. s.d. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=149 > – acessado em 16/1/2008.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Atenção básica e saúde da família**. [2004 ?]. Disponível em: < <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php#saudedafamilia> > – acessado em 09/01/2008.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Pró-Saúde - Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde**. 2007. Disponível em: < http://portal.saude.gov.br/portal/sgtes/visualizar_texto.cfm?idtxt=22848 > – acesso em 31/01/2008.

CAMARGO JR, K. Biomedicina, saber e ciência: uma abordagem crítica. São Paulo, Ed. Hucitec, 2003.

_____ (Ir) racionalidade médica: os paradoxos da clínica. Dissertação de Mestrado. Instituto de Medicina Social – UERJ, 1990.

_____ A Biomedicina. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 15 (supl.): 177-201, 2005a.

_____ A relevância do uso de técnicas qualitativas em pesquisas sobre biomedicina. *mimeo*. Texto baseado na apresentação da mesa redonda “Pesquisa Qualitativa em Saúde”, no VI Fórum de Investigação Qualitativa e III Painel Brasileiro-Alemão de Pesquisa, realizado em Juiz de Fora-MG, agosto de 2005b. 10 p.

_____, Guedes, CR; Nogueira, MI. A subjetividade como anomalia: contribuições epistemológicas para a crítica do modelo biomédico. *Ciência e Saúde Coletiva*, 11 (4): 1093-1103, 2006.

CAMPOS, G.W.S. ; AMARAL, M. A. DO . A clínica ampliada e compartilhada, gestão democrática e redes de atenção como referenciais para a reforma teórico-operacional do hospital. ***Ciência & Saúde Coletiva***, v. 12, p. 849-859, 2007a.

CAMPOS, G.W.S. ; DOMITTI, A. C. . Apoio Matricial e Equipe de Referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. ***Cadernos de Saúde Pública***, v. 23, p. 399-408, 2007b.

CAMPOS, GWS; Merhy, EE; Nunes, ED. **Planejamento sem normas**. São Paulo: Hucitec, 1989.

CANGUILHEM, G. O normal e o patológico. Rio de Janeiro: 6ª ed., Forense Universitária, 2006.

CHAZAN, L.F. A psicologia médica na atenção primária (PSF). In: Congresso Brasileiro de Psiquiatria, 25., 2007, Porto Alegre. Apresentação em vídeo disponível em DVD. Livro eletrônico. São Paulo: Editora TVMED Ltda, 2007. 2 DVDs nº 88.

CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA MICRORREGIÃO DO VALE DO AÇO. **PROGRAMA Consaúde mental: um guia para PSF..** Ipatinga – MG, [2003 ?], 12p. (mimeo)

CRUZ FILHO, D.D. A ambulatorização psiquiátrica na previdência social do Brasil. Dissertação (Mestrado em Saúde . Universidade Federal da Bahia, 1983.

DECS – Descritores de saúde - disponível em: <http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decserver/>. Acessado em 01/03/2008.

FAGUNDES, M.J.D, SOARES, M. G. A. et al. **Análise bioética da propaganda e publicidade de medicamentos.** Ciência e Saúde Coletiva. v. 12 (1), jan-mar 2007, 221-9.

FAVORETO, C.A.O. **Programa de saúde da família no Brasil: do discurso e das práticas.** 2002. 122 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social – UERJ, 2002.

FERREIRA, A.B.H. **Novo dicionário Aurélio da Língua Portuguesa.** 2ª ed. Nova Fronteira: Rio de Janeiro, 1986, 1838 p.

FORTES, S. **Transtornos mentais na atenção primária – suas formas de apresentação, perfil nosológico e fatores associados em unidades do programa de saúde da família no município de Petrópolis.** 2004. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Instituto de Medicina Social – UERJ. 2004.

FOUCAULT, M. **A Verdade e as formas jurídicas.** Rio de Janeiro: Nau, 1996. 158 p.

FOUCAULT, M. **História da Loucura.** 8ª Ed. São Paulo: Perspectiva, 2005.

FERRARI, M.; LUCHINA, I.L; LUCHINA, N. **La interconsulta médico-psicológica em el marco hospitalario**. Buenos Aires: Nueva Vision, 1971.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir: história da violência nas prisões**. 11ª ed. Petrópolis: Vozes, 1994. 277 p.

GUEDES, C.R. **A subjetividade como anomalia: estratégias médicas para lidar com os sintomas vagos e difusos em Biomedicina**. 2007. 128 p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Instituto de Medicina Social – Unversidade do Estado do Rio de Janeiro; Rio de Janeiro, 2007.

GUEDES, C.R; NOGUEIRA, M I; CAMARGO JÚNIOR, K R. Os sintomas vagos e difusos em biomedicina: uma revisão da literatura. **Cienc. Saude Coletiva**; Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 135-144, 2008.

GUGLIELMI, M.C. **A política pública “saúde da família” e a permanência-fixação do profissional em medicina: um estudo de campo em Pernambuco**. 2006. 119 p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; Rio de Janeiro 2006.

HONORATO, C.E.M. **O trabalho político do Profissional de Saúde Mental em um processo de Desinstitucionalização: Um Estudo sobre Integralidade e Reforma Psiquiátrica**. 2007. 177 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Instituto de Medicina Social – Universidade do Estado do Rio de Janeiro; Rio de Janeiro, 2007.

JOUBERT, N. **Promoção da Saúde Mental das Populações: Um Dever da Saúde Pública Local e Global**. In: 8º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva/ 11º Congresso Mundial de Saúde Pública, 2006 - disponível em: < <http://www.saudecoletiva2006.com.br/portugues/painel2208.php>.> . Acessado em: 10/12/2006.

KERR-CORRÊA, F.; SILVA, B.C.M. Avaliação do ensino de psiquiatria pela análise dos pedidos de interconsultas. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. Rio de Janeiro, v. 34, nº 4, 1985.

LEFEVRE, F; LEFEVRE, A.M.C. **Promoção de saúde: a negação da negação**. Rio de Janeiro, Ed. Vieira & Lent, 2004. 166 p.

LUZ, M.T. **Natural, Racional, Social – razão médica e racionalidade científica moderna**. 2ª ed. rev. São Paulo: Hucitec, 2004. 209 p.

MARI, J.J. et al. Detection of psychiatric morbidity in the primary medical care setting in Brazil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 21, nº 6, 1987.

MATTOS, R.A.; PINHEIRO, R. **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO, 2005.

MELLO FILHO, J. **Psicossomática hoje: visão atual**. Porto Alegre: Artmed, 1992

MELLO FILHO, J. **Concepção psicossomática: visão atual**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1983.

_____ **Identidade Médica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

MENDONÇA, J.L. Saúde Mental no Currículo Médico. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 34, nº 2, 1985.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Atenção em Saúde Mental (Linha-Guia de Saúde Mental). Belo Horizonte, 2006a. 238 p. Disponível em:

< <http://www.saude.mg.gov.br/publicacoes/linha-guia> > - acessado em 30/11/2007.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Gerências Regionais de Saúde. Belo Horizonte, 2006b. Disponível em: < <http://www.saude.mg.gov.br/institucional/grs> > - acessado em 09/01/2008.

MINAYO, M.C. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. Hucitec. São Paulo: 1992. 269 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. SAÚDE MENTAL NO SUS - INFORMATIVO DA SAÚDE MENTAL - ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE MENTAL/DAPE/SAS/MS ANO IV - Nº 19 MAIO-JUNHO. Brasília, 2005. Disponível em: - <http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/noticias_detalhe.cfm?co_seq_noticia=22026 >. Acessado em 08 Dez. 2007.

NUNES, M; JUCÁ, V.J; VALENTIM, C.P.B. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, 2375-84, out. 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - Departamento de Saúde mental – **Manual para Médicos Clínicos Gerais** – 2000.

_____ **Relatório Sobre a Saúde Mental no Mundo**. 2001.

PINHEIRO, R. GULJOR, A.P. SILVA JÚNIOR, A.G. MATTOS, R.A. **Desinstitucionalização da Saúde Mental: contribuições para estudos avaliativos**. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/ABRASCO, 2007. 284 p.

PITTA, A.M.F. Redes, território, intersetorialidade e saúde mental. In: 8º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva e 11º Congresso Mundial de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: < <http://www.saudecoletiva2006.com.br/portugues/painel2208.php> >. Acessado em: 13/02/2008.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS – Protocolo de Saúde Mental. Campinas, 2001. Disponível em:

<http://www.campinas.sp.gov.br/saude/programas/protocolos/protocolo_mental/protocolo_mental.htm >. Acessado em 09/01/2008

PREFEITURA MUNICIPAL DE CARATINGA. PORTAL *on line* da Prefeitura Municipal de Caratinga. Disponível em: < http://www.caratinga.mg.gov.br/perf_vis.asp?cd=1 > -. Acessado em 12/01/2008.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CARATINGA. Secretaria Municipal de Saúde. Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). **Plano local de Saúde Mental**. Caratinga, 2007 (mimeo).

QUEIROZ, M.S.; CAMPOS, G.W.S; MERHY, E.E. Rede básica de serviços de saúde: médicos e suas representações sobre o serviço. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo: v. 26, nº 1, 1992.

ROUDINESCO, E; CANGUILHEM, G. MAJOR, R. DERRIDA, J. Foucault: **Leituras da história da loucura**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994. 107 p.

SCHRAIBER, L.B. O Médico e seu Trabalho: Limites da Liberdade. São Paulo: HUCITEC, 1993, 229 p.

SILVA FILHO, J.F.; FERREIRA, I.C.H. O ambulatorio e a formação psiquiátrica no Brasil. **J. bras. psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 5, p. 303-6, 1985.

SILVA e SOUZA, S.P. **A inserção dos médicos no serviço público de saúde: um olhar focalizado no Programa Saúde da Família**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Instituto de Medicina Social – UERJ, 2001.

SILVEIRA, D.P. **Sofrimento Psíquico e Serviços de Saúde: cartografia da produção de cuidado em saúde mental na atenção básica em saúde**. 2004. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - ENSP/FIOCRUZ, 2004.

SOUZA, A.C. **Em tempos de PSF... Novos rumos para a atenção em saúde mental ?** 2004. 164 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). ENSP/FIOCRUZ, 2004.

TAVARES, F.M. As Contribuições da Medicina Psicossomática à Formação Médica. **RBEM**, v. 29, nº 2, p. 64-65, 2005.

SPECTOR, N. **Manual para a redação de teses, projetos de pesquisa e artigos científicos**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. 150 p.

TAVARES, F.M, et al. **A saúde mental em município de pequeno porte: o programa de saúde mental do município de Entre Folhas: Valorizando a vida**. Simpósio de Saúde Mental – FAFICH/UFMG, 3., 2006, Belo Horizonte. Anais... Belo Horizonte, 2006.

TAVARES, F.M; MELLO FILHO, J. **Quando o Médico Prejudica o Paciente - A iatrogenia**. In Caixeta, M: Psicologia Médica. Rio de Janeiro: MEDSI/ Guanabara Koogan, 2005, 455-458 p.

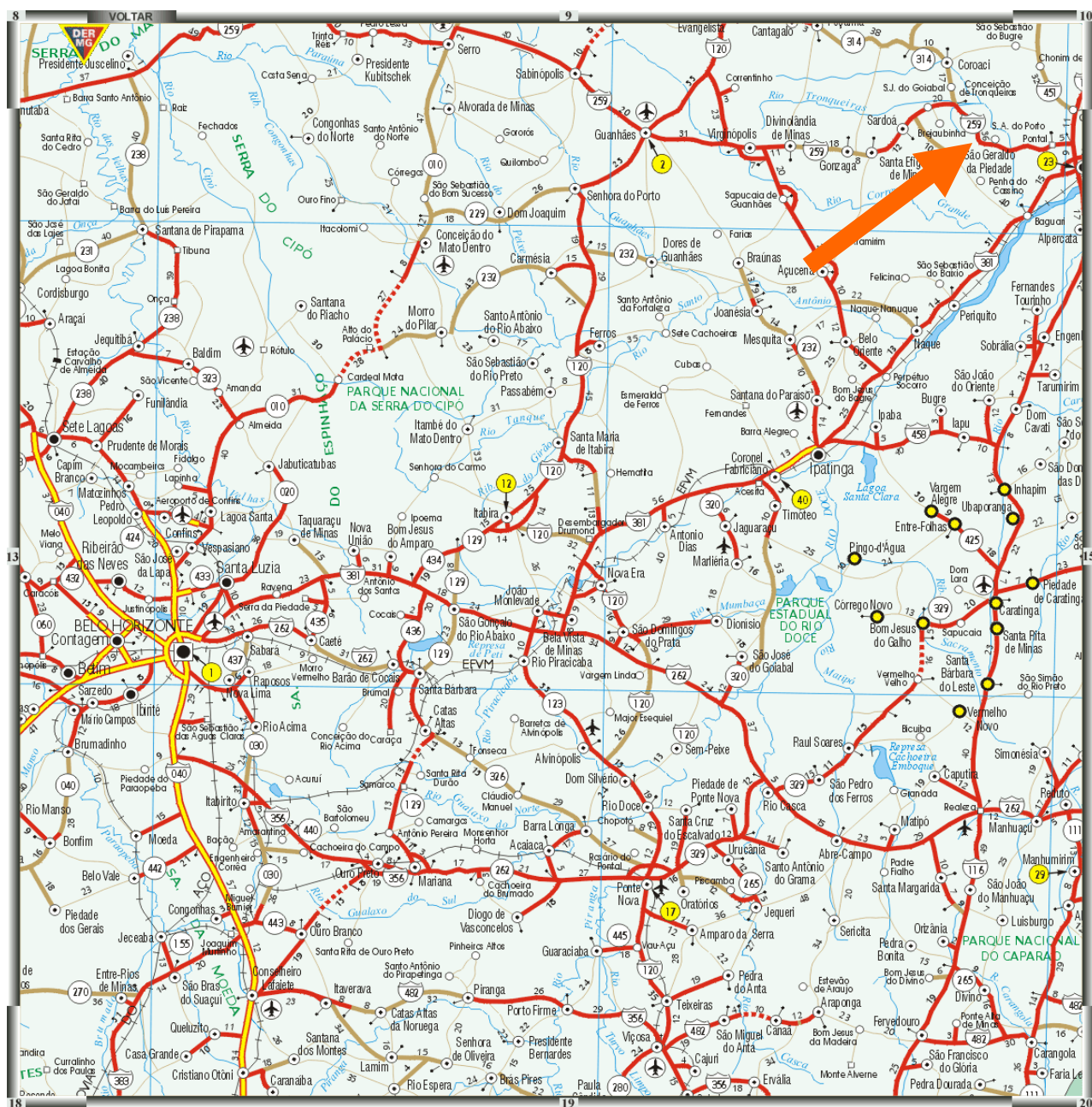
TERRA, V. MALIK, A.M. **Programa Médico de Família de Niterói**. In Fujiwara, LM et al. 20 Experiências de Gestão Pública e Cidadania. 1ª ed. – Programa Gestão Pública e Cidadania. São Paulo-SP, 1998, pg 01-09, disponível em pdf: <http://inovando.fgvsp.br/conteudo/documentos/20experiencias1997/18%20%20niteroi.pdf>.

TÓFOLI, L.F.F. **A atenção compartilhada em saúde mental de Sobral-CE**. In: 8º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva e 11º Congresso Mundial de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2006. Disponível em:
< <http://www.saudecoletiva2006.com.br/portugues/painel2208.php> >. Acessado em: 10 Nov 2007.


VIEIRA, M.A.M (org.), et al. **Saúde mental na saúde da família: subsídios para o trabalho assistencial**. Ed. Olho D'água/Núcleo de Estudos em Saúde Mental - UFMT: São Paulo, 2006, 71 p.

VIEIRA, S. **Como escrever uma tese**. 5^a ed. São Paulo: Pioneira, 2004, 101 p.

ANEXO I – Mapa Rodoviário do Leste de Minas Gerais (seta).



Anexo II – Formulário de referência x contra-referência de Caratinga:

 CARATINGA <i>de todos nós</i>		SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	
PACIENTE	01 - NOME		02 - IDENTIDADE
	03 - RESIDÊNCIA	04 - TELEFONE	05 - CEP
	06 - PROFISSÃO		
07 - HISTÓRICO DA DOENÇA ATUAL			
08 - EXAME FÍSICO			
09 - DIAGNÓSTICO			10 - CID
11 - EXAME(S) COMPLEMENTAR(ES) REALIZADO(S), ANEXAR CÓPIAS			
12 - TRATAMENTO(S) REALIZADO(S)			
13 - TRATAMENTO / EXAME INDICADO			
14 - CONTRA REFERÊNCIA			

ASSINATURA E CARIMBO
MÉDICO SOLICITANTE



PREFEITURA MUNICIPAL DE INHAPIM
Departamento Municipal de Saúde
Rua Teófilo J. Moreira, 88 – Centro – Inhapim – MG
Telefax: 33 3315 1043 – Email: inhapim_saude@yahoo.com.br.

PROTOCOLO DE ACESSO E REGULACÃO INTERNA MUNICIPAL

ENCAMINHO O PACIENTE ABAIXO DESCRITO PARA O SERVIÇO ESPECIALIZADO DE _____

1. Unidade de Saúde Proveniente: _____

2. Identificação do Paciente

Nome: _____

Naturalidade: _____ Sexo: _____ Cor: _____

Endereço: _____

Data de Nascimento: _____ Idade: _____

3. QP: _____

4. Observações clínicas no dia desta consulta:

Exame Físico: _____

Fatores agravantes: _____

Sintomas associados: _____

Medicamentos em uso atualmente: (dose/tempo de uso e resposta)

5. HP: _____

6. História Familiar: _____

7. Outros Problemas de Relevância Clínica Observados:

8. Exames Realizados e Resultados Obtidos:

Laboratoriais: _____

Imagem: _____

Outros: _____

9. Diagnóstico Clínico: _____

As manifestações clínicas e/ou as alterações laboratoriais descritas acima, assim como o tratamento ao qual o paciente foi submetido até esta data, foram por mim avaliados, fazendo-se necessário o encaminhamento ao especialista.

INHAPIM, ____ DE _____ DE _____.



PREFEITURA MUNICIPAL DE INHAPIM
Departamento Municipal de Saúde
Rua Teófilo J. Moreira, 88 – Centro – Inhapim – MG
Telefax: 33 3315 1043 – Email: inhapim_saude@yahoo.com.br.

CONTRA-REFERÊNCIA DO SERVIÇO ESPECIALIZADO DE:

Após encaminhamento, atendi o(a) paciente _____,
dia _____, na (nome da Instituição ou Unidade de Saúde) _____
_____ na cidade de _____

Realizada a avaliação especializada, informo ao médico da Unidade de Saúde de Origem:

1 – Exames Realizados e Resultados Obtidos:

2 – Diagnóstico Clínico:

3 – Conduta Adotada

4 – Medicamentos Prescritos:

5 – Observações:

6 – Necessita voltar ao médico do PSF:

() Sim () Não

7 – Agendamento do retorno a este especialista caso seja necessário:

_____, _____ DE _____ DE _____

Anexo V – Termo de Consentimento dirigido aos entrevistados**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Declaro que participei, por livre e espontânea vontade, da pesquisa realizada por Felipe de Medeiros Tavares, como parte da dissertação de Mestrado desenvolvida no Instituto de Medicina Social da UERJ, orientada pelo professor Kenneth Rochel de Camargo Jr. A dissertação possui como objetivo estudar os critérios utilizados e as formas como são encaminhados pacientes atendidos por médicos do Programa Saúde da Família para atendimento no ambulatório de Psiquiatria.

Declaro, também, estar ciente de que esta pesquisa constará da aplicação de entrevistas, que serão lidas e registradas pelo pesquisador, e que as informações prestadas por mim serão mantidas sob absoluto sigilo, visto que ao estudo interessam as respostas obtidas nas entrevistas sem a identificação individual, preservando minha privacidade.

Declaro, ainda, que minha participação será voluntária e que estarei à vontade para pedir esclarecimento e para me retirar do estudo, sem que isso implique em qualquer dano, custo ou penalidade à minha pessoa.

Nome do(a) Entrevistado(a)

Assinatura do(a) Entrevistado(a)

Data ___/___/___

Felipe de Medeiros Tavares – Pesquisador

Data ___/___/___

Anexo VI – Termo de Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do UNEC



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE CARATINGA

Pró-Reitoria de Pesquisa, Pós-graduação e Extensão
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA CEP/UNEC
E-Mail: cep@unec.edu.br Telefone: (33) 3329-4555

TERMO DE APROVAÇÃO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

DECLARO, que o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), do Projeto de Pesquisa: **“O Processo de encaminhamento de usuários ao Ambulatório de Psiquiatria feito por Médicos do Programa de Saúde da Família do Leste de Minas Gerais”**, de autoria de **Felipe de Medeiros Tavares**, foi aprovado pelo COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA, em reunião realizada dia 17/12/2007.

Caratinga, 18 de dezembro de 2007.

Prof. José Maria, PhD
Presidente do CEP/UNEC

OBSEVAÇÃO IMPORTANTE: Nos casos em que haja qualquer restrição à liberdade ou ao esclarecimento necessários para o adequado consentimento, deve-se ainda constar do termo as observações mencionadas nas alíneas “a”, “b”, “c”, “d”, “e”, “f” do inciso IV-3 da Resolução CNS nº 196, de 10/10/96, que se relacionam com a pesquisa.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)