



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**  
Centro Biomédico  
Instituto de Medicina Social

Marcelo Ferreira Santos

**Encaminhamentos para avaliação psiquiátrica em um Programa de Saúde da Família em Piraí: nuances de uma comunicação cotidiana**

Rio de Janeiro  
2011

Marcelo Ferreira Santos

**Encaminhamentos para avaliação psiquiátrica em um Programa de Saúde da Família: nuances de uma comunicação cotidiana**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Mestrado Profissional em Administração de Saúde - Gestão de Sistemas de Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Kenneth Rochel Camargo Jr.

Rio de Janeiro  
2011

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
UERJ/REDE SIRIUS/CBC

S237 Santos, Marcelo Ferreira.

Encaminhamentos para avaliação psiquiátrica em um Programa de Saúde da Família em Pirai: nuances de uma comunicação cotidiana / Marcelo Ferreira Santos. – 2011.  
68f.

Orientador: Kenneth Rochel de Camargo Júnior.

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

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

CDU 616.89(81)

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

---

Assinatura

Data

Marcelo Ferreira Santos

**Encaminhamentos para avaliação psiquiátrica em um Programa de Saúde da Família: nuances de uma comunicação cotidiana**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Mestrado Profissional em Administração de Saúde - Gestão de Sistemas de Saúde.

Aprovada em 09 de dezembro de 2011

Banca Examinadora:

---

Prof. Dr. Kenneth Rochel de Camargo Jr. (Orientador)  
Instituto de Medicina Social da UERJ

---

Prof. Dra. Roseni Pinheiro  
Instituto de Medicina social da UERJ

---

Prof. Gustavo Corrêa Matta  
Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/FIOCRUZ

Rio de Janeiro  
2011

## DEDICATÓRIA

Aos meus pacientes que, como eu, lutam pela vida.

## AGRADECIMENTOS

Este estudo contou com a preciosa colaboração de pessoas e instituições a quem gostaria de ter a honra de agradecer.

Agradeço à Secretaria Municipal de Saúde do Município de Pirai pela oportunidade de participar da seleção do mestrado profissional e, por conseguinte, pela preciosa oportunidade de acesso aos bons encontros que tive no Instituto de Medicina Social da UERJ. Espero que esse trabalho possa trazer contribuições efetivas para a saúde das pessoas que lá residem.

Aos meus pais que foram o início de tudo. Minha mãe, prof.<sup>a</sup> Márcia Ferreira Santos, que me legou o amor pela Educação. Meu pai, Carlos José dos Santos, que sempre me incentivou a cultivar o hábito da busca pela informação de qualidade. Num verdadeiro garimpo, desde pequeno, através dos jornais e do rádio (veículo que despertaria em mim a vocação pela Psiquiatria). O bom desse tipo de trabalho é poder tornar público o meu amor por vocês.

Aos meus irmãos Luciana, Alexandre e Ricardo Ferreira Santos, queridos companheiros de caminhada. Alexandre lá do Nordeste, onde vive, com sua experiência de professor universitário acolheu minhas angústias, acadêmicas ou não, desde a seleção, passando pela qualificação e pela defesa da dissertação. Suas palavras nestas etapas foram decisivas para a execução desse trabalho.

Ao meu irmão Ricardo, sem palavras para agradecer o companheirismo nos momentos difíceis e alegres vividos neste período do mestrado. À Luciana agradeço a influência desde criança que exerce sobre mim através de seu interesse bem peculiar pelos bastidores dos órgãos formadores de opinião.

A minha amiga Aline Valente, de saudosa memória, que me avisou da seleção do mestrado. Obrigado pela tolerância às minhas ausências durante o mestrado em Pinheiral quando ocupava o lugar de coordenadora do Programa de Saúde Mental local. Que você siga o seu caminho, sempre valente como sempre foi.

Aos meus queridos amigos Marcos Kasuiti Mitsiuassu e Michelle agradeço as memoráveis acolhidas no Rio e o apoio tecnológico. O nosso besteirol filosófico desde o lendário 1012 da Rua Voluntários da Pátria, em Botafogo, muito contribuiu para a preservação da minha saúde mental nesses dois anos.

Aos meus queridos Victor Coimbra, Ângela Pereira, Daniele Delgado, Tamara Isla e Kelen Adriana pelo apoio tecnológico.

Ao meu colega Didermando Lessa que, com talento, me ajudou em um momento muito difícil no ano passado. Nossos papos em muito têm me ajudado na elaboração desse trabalho.

Ao meu grande amigo Carlos Estevão, grande incentivador desta minha aventura no campo acadêmico. Obrigado também por me pegar pela mão e mostrar que ainda é possível trabalhar no campo público.

Ao meu orientador Kenneth Rochel de Camargo Júnior, cuja generosidade e impressionante ecletismo foram decisivos para que eu superasse a derrocada de concepções pré-estabelecidas. A sua orientação precisa nas reuniões de orientação foram fundamentais para a execução desse trabalho assim como as contribuições do grupo por você orquestrado.

À banca examinadora, cuja cordialidade inquisidora, na qualificação e na defesa da dissertação, foi generosa em trazer inúmeras reflexões devidamente incorporadas nesse estudo e no meu trabalho clínico cotidiano.

Aos meus pacientes, agradeço pela tolerância às minhas ausências, eventuais atrasos e atropelos durante a execução desse trabalho. Aqui faço minhas as palavras que são atribuídas ao prof. Eustáchio Portella Nunes: o exercício da nossa especialidade seria impossível não fosse a enorme capacidade que nossos pacientes têm de perdoar.

E ao meu amor, Luciene, que tem um jeito manso que é só seu. Sua seriedade, dedicação e companheirismo, Lu, me ajudaram na escolha e organização das epígrafes desse trabalho e na revisão ortográfica. Você e Luiza são as luzes que me guiaram e inspiraram nessa caminhada. Não sei bem o que fiz para merecer o privilégio de contar com vocês duas ao meu lado. Só sei dizer que são muito bem vindas a bordo desta já longa viagem.

## RESUMO

SANTOS, Marcelo Ferreira. *Encaminhamentos para avaliação psiquiátrica em um Programa de Saúde da Família em Piraí: nuances de uma comunicação cotidiana*. 2011. 68 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

O presente trabalho estuda os encaminhamentos realizados por médicos de família para avaliação psiquiátrica. As avaliações são realizadas pelo autor deste estudo dentro do PSF de Arrozal, distrito do município de Piraí, interior do Estado do Rio de Janeiro. A impressão era de que havia uma configuração do cuidado em saúde semelhante ao panóptico descrito por Foucault, ou seja, um sistema de vigilância daquela comunidade que desencadeava processos de medicalização dentro do Programa de Saúde da Família. Estudamos se os encaminhamentos para avaliação psiquiátrica são motivados por uma concepção da Psiquiatria enquanto uma instância disciplinadora e se existiriam outros processos de medicalização envolvidos nos encaminhamentos, além de subsidiar a Secretaria de Saúde de Piraí com os dados da pesquisa. Procedemos a análise de encaminhamentos por escrito por médicos de família para avaliação psiquiátrica e entrevistas semi-estruturadas com os médicos que realizam os encaminhamentos. Constatamos que os processos de medicalização ocorrem no cotidiano do PSF em estudo. Dispositivos como espaços de construção coletiva de projetos terapêuticos e educação em saúde e conceitos como resiliência e territorialidade são discutidos.

Palavras-chave: Estratégia de Saúde da Família. S.U.S. Medicalização. Saúde mental.



## **ABSTRACT**

This paper studies the referrals made by family physicians for psychiatric evaluation. The evaluations are conducted by the author of this study within the PSF of Arrozal, district of Piraí, State of Rio de Janeiro. The impression was that there was a health care setting similar to the panopticon described by Foucault, a surveillance system in that community that triggered processes of medicalization within the Health Family Program. This study whether the referrals for psychiatric evaluation are motivated by a conception of psychiatry as a disciplinary body and whether there are other processes involved in the medicalization of referrals, in addition to supporting the Department of Health Piraí with the survey data. We have analysed the referrals written by family physicians for psychiatric evaluation and semi-structured interviews with physicians who perform referrals. The medicalization processes occur in the daily study of the PSF. Devices such as spaces for collective construction of therapeutic projects and health education and concepts such as resilience and territoriality are discussed.

Keywords: Health Family Program. SUS. Medicalization. Mental health.

O que perturba o Homem não são as coisas, mas a opinião formada que ele tem sobre as coisas.

*Epicteto, 50-130 D.C.*

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agentes comunitários de saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CMI	Complexo Médico Industrial
DSM IV	Manual diagnóstico e estatístico de transtorno mentais
EEM	Exame do estado mental
HFL	Hospital Flávio leal
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMS	Instituto de Medicina Social
PS	Pronto Socorro
PSM	Programa de Saúde Mental
SEBRAE	Serviço brasileiro de apoio às micro e pequenas empresas
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UNIFOA	Centro Universitário Fundação Oswaldo Aranha
USS	Universidade Severino Sombra
TDAH	Transtorno de déficit de atenção hiperatividade
TMSP	Transtornos mentais severos e persistentes

## SUMÁRIO

	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	13
1	<b>APRESENTAÇÃO DO PROBLEMA</b> .....	15
1.1	<b>Medicalização: considerações sobre o conceito</b> .....	16
1.2	<b>Medicalização e indústria do conhecimento e o campo da Saúde Mental</b> .....	18
1.2.1	<u>Ansiolíticos</u> .....	19
1.2.2	<u>Antidepressivos</u> .....	20
1.2.3	<u>Antipsicóticos</u> .....	20
1.2.4	<u>Anticonvulsivantes</u> .....	20
1.2.5	<u>Estabilizadores do Humor</u> .....	20
1.2.6	<u>Hipnóticos</u> .....	20
1.3	<b>A proliferação dos diagnósticos em saúde mental</b> .....	21
1.4	<b>Delimitação da problemática</b> .....	23
1.5	<b>Objetivos</b> .....	27
2	<b>TRAJETÓRIA METODOLÓGICA</b> .....	28
3	<b>DO CAFÉ À MACADÂMIA: BREVES CONSIDERAÇÕES SOBRE O MUNICÍPIO DE PIRAÍ</b> .....	30
3.1	<b>Aspectos Históricos e Geográficos</b> .....	31
3.2	<b>Aspectos Econômicos</b> .....	33
3.2.1	<u>Perfil da mão de obra</u> .....	34
3.2.2	<u>Perfil da mão de obra por setor de atividade</u> .....	34
3.2.3	<u>Perfil da mão de obra por grau de instrução e faixa etária</u> .....	35
3.3	<b>Aspectos Demográficos</b> .....	35
4	<b>DESCRIÇÃO DO CAMPO</b> .....	37
5	<b>ANÁLISE DOS ENCAMINHAMENTOS</b> .....	40
5.1	<b>Dados extraídos dos encaminhamentos</b> .....	41
6	<b>ANÁLISE DAS ENTREVISTAS</b> .....	46
6.1	<b>O perfil dos entrevistados</b> .....	47
6.2	<b>Sobre as entrevistas</b> .....	48
6.3	<b>“Ao Dr. Marcelo”</b> .....	50
6.4	<b>“Os pacientes do Dr. Marcelo tem imunidade”</b> .....	53
7	<b>CONCLUSÃO</b> .....	54

<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>61</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>67</b>

## INTRODUÇÃO

Dr. Marcelo, por que nos finais de novela os vilões surtam?  
Será que eles pensam que nós fomos vilões?  
(paciente do CAPS Usina de sonhos)

O trabalho a seguir talvez seja fruto das reflexões provocadas por uma pergunta endereçada a mim por uma paciente do Centro Atenção Psicossocial (CAPS) Usina de Sonhos, em Volta Redonda, município do Estado do Rio de Janeiro.

Em 1998 eu cursava o terceiro ano da Residência Médica em Psiquiatria, e estava conhecendo o CAPS Usina de Sonhos, onde depois trabalharia por oito anos. Estava em um dos espaços de convivência do CAPS, conversando descontraidamente com os pacientes sobre o filme “Titanic”, assunto de todas as rodas daquela época.

A conversa derivou para as novelas e para os finais das novelas. Quando Rosana (nome fictício) fez a pergunta, citada no início desse capítulo, sua questão me remeteu a outros questionamentos acerca da estigmatização, da psiquiatrização das coisas da vida, dos reducionismos e do poder da mídia. Eu jamais havia pensado na questão sob esse prisma: perceber que as novelas brasileiras, produto difundido internacionalmente pela qualidade de suas produções, poderiam estar contribuindo para reforçar o estigma em torno da loucura foi algo impactante para mim.

Desde a minha aproximação, ainda na graduação, dos Congressos de Psiquiatria, das exposições de alguns pesquisadores, brasileiros ou não, sempre tive uma sensação de incômodo quando, por exemplo, alguém lançava mão da obra de um artista para tentar explicar o diagnóstico e o tratamento de transtornos psiquiátricos. Argumentações como “na obra de Clarice Lispector pode-se perceber as fases depressiva e maníaca da Psicose Maníaco-Depressiva” eram apresentadas a jovens médicos que, muitas vezes, nunca teriam interesse na obra de Clarice Lispector, mas acabariam contribuindo para a *glamorização* do Transtorno Bipolar do Humor. A indústria farmacêutica agradece.

O trabalho a seguir apresenta um estudo dos encaminhamentos para avaliação psiquiátrica em um PSF de Piraí, município do Estado do Rio de Janeiro.

Nos capítulos 1 e 2 há uma introdução com uma revisão bibliográfica dos conceitos teóricos que sustentaram o trabalho, apresentação dos seus objetivos e da trajetória metodológica percorrida durante os estudos.

Nos capítulos 3, 4, 5 e 6 desenvolve-se uma breve apresentação do município de Piraí, uma descrição do campo onde foram realizados os estudos e apresentação dos seus resultados.

No capítulo 7 temos as conclusões do trabalho. Nas duas seções seguintes apresentamos as referências bibliográficas utilizadas no estudo e na seção Anexos seguem os trabalhos de outros autores que contribuíram para a construção desse estudo.

A propósito, Rosana, citada no início dessa Apresentação, compôs, tempos depois, uma música de nome “Preconceito”, faixa integrante do primeiro CD do grupo musical “Mágicos do Som” (vide letra em Anexo A). O trabalho desse grupo musical é um dos dispositivos terapêuticos do CAPS Usina dos Sonhos.

## 1 APRESENTAÇÃO DO PROBLEMA

A atual política de assistência psiquiátrica preconizada pelo Ministério da Saúde às pessoas que padecem de transtorno mental severo e persistente (TVSP) estabelece que o tratamento deve ser oferecido em serviços de base comunitária como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

É atribuição dos CAPS, segundo a portaria 336 do Ministério da Saúde, ser o regulador da rede de cuidados em saúde mental (BRASIL, 2002). No município de Piraí, situado na região Médio Paraíba do Estado do Rio de Janeiro, estamos construindo uma experiência que é a presença do psiquiatra dentro do Programa de Saúde da Família (PSF), cabendo a mim esse papel.

O presente trabalho pretende estudar os encaminhamentos para avaliação psiquiátrica dentro do PSF de Arrozal.

Arrozal é o maior distrito de Piraí. No censo de 2000 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Arrozal contava com uma população de 5.391 habitantes. O mesmo censo estimava que o município de Piraí contava com 22.218 habitantes. Assim é que o Programa de Saúde Mental (PSM) de Piraí, à época, entendeu que Arrozal deveria contar com a presença de uma parte da equipe do Programa. Exerço minha função como psiquiatra naquele PSF desde novembro de 2008 e, atualmente, trabalho juntamente com quatro profissionais de Psicologia do PSM.

Os encaminhamentos para avaliação psiquiátrica advêm dos médicos de família. Estes, por sua vez, acolhem os pedidos de avaliação solicitados pelos agentes comunitários de saúde (ACS).

Os ACS são moradores de Arrozal e têm uma grande capilaridade na comunidade.

A impressão era de que havia uma concepção da Psiquiatria enquanto uma instância disciplinadora da Psiquiatria: quando um morador causava transtornos na comunidade, os ACS conseguiam convencer os médicos do PSF a solicitarem uma avaliação psiquiátrica.



Mal comparando, parecia que eu estava incluído num sistema de vigilância muito parecido com o panoptismo de Bentham <sup>1</sup> (FOUCAULT, 1987). Há que se ressaltar que na quase totalidade dessas avaliações psiquiátricas não se constatava a ocorrência de transtorno psiquiátrico algum.

Assim é que há uma constatação de que existiria um processo de medicalização decorrente dessa concepção da Psiquiatria enquanto instância disciplinadora. Aqui recorro ao conceito de *medicalização* proposto por Conrad (2007): quando problemas não médicos são definidos e tratados como problemas médicos, usualmente em termos de doenças e desordens.

### 1.1 Medicalização: considerações sobre o conceito

Retomando a perspectiva foucaultiana, os estudos da prática e do saber ocidental contemporânea permitem a percepção de uma dimensão: a do poder médico na sociedade disciplinar da Medicina, como parte integrante do campo de poder da sociedade...

... quer pelo mascaramento dos conflitos sociais pela sua redução a “problemas médicos”, quer pela normalização de corpos dóceis pelas práticas sanitárias, aquilo que veio a ser denominado genericamente “medicalização” revelou-se uma potente categoria para a pesquisa em ciências sociais na área de saúde. A medicina era apenas percebida como uma vertente econômica, quer pelo aspecto na medicina apenas da força de trabalho, quer pela relação com o chamado complexo médico-industrial (CMI) <sup>2</sup> como eixo de acúmulo de capital. (CAMARGO JR, 1995, p.14).

Em conferência denominada *Histoire de la medicalisation*, realizada no Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (IMS/UERJ) em 1974, Foucault afirma que a medicina moderna é uma medicina social, constituindo-se enquanto prática social desde o fim do século XVIII e princípio do século XIX na sociedade capitalista. Assim, determinar-se-ia a estruturação de três

<sup>1</sup> Jeremy Bentham, jurista inglês, ao final do século XVIII, projetou o *panopticon*, modelo arquitetônico de prisão circular com uma torre central de onde um guarda vigia permanentemente os presos. Foucault inspirou-se no panoptismo para estudar o poder disciplinarizante (FOUCAULT, 1987).

<sup>2</sup> O CMI (CORDEIRO, 1980), por sua vez, pode ser concebido como as diferentes articulações entre a assistência médica, as redes de formação profissional, a indústria farmacêutica e as indústrias produtoras de equipamentos médicos e instrumentos diagnósticos (VIANNA, 2002).

formas de medicina: a medicina estatal, a medicina urbana e a medicina do trabalhador.

A medicina estabelecida na Alemanha seria “burocratizada, coletivizada e estatizada”, na França haveria uma medicina urbana, com seus métodos de vigilância, e, na Inglaterra, a medicina do “trabalhador”. (FOUCAULT, 1977)

Tesser (2006) estabelece que o termo *medicalização social*, representaria o processo de expansão progressiva do campo da intervenção da biomedicina por meio da redefinição de experiências e comportamentos humanos como se fossem problemas médicos.

Segundo Conrad (2007), o termo *medicalização* assume algumas características:

- não é valorativo e sim descritivo. Assim os processos de medicalização podem ser negativos ou positivos;
- não pode ser confundido com imperialismo médico - é um processo complexo com múltiplos agentes;
- a utilização de práticas terapêuticas alternativas ou complementares não é sinônimo de desmedicalização.

Conrad também caracteriza a medicalização como um *processo*, descrevendo como *motors da medicalização* as forças que impulsionam tais processos, com destaque para a dinâmica econômica ligada ao complexo médico-industrial.

O processo de medicalização é descrito por outros autores de língua inglesa como “*disease Mongering*”, de difícil tradução, que se caracterizaria pela criação de novas categorias diagnósticas ou expansão daquelas já existentes, de modo a abranger mais pessoas sob o mesmo rótulo e, conseqüentemente, o escopo de usuários potenciais dos medicamentos associados a tal rótulo (CAMARGO JR, 2010).

Para Camargo JR., o termo *medicalização*, classicamente, pode ser entendido de duas maneiras:

Por um lado, o ocultamento de aspectos usualmente conflitivos das relações sociais e, por outro, a expropriação da capacidade de cuidado das pessoas em geral, em especial (mas não apenas) os membros das camadas populares, tornando-as dependentes dos cuidados dispensados por profissionais em particular ou, quase exclusivamente, por alguns médicos. (2007, p. 68).

## 1.2 Medicalização: a indústria do conhecimento e o campo da saúde mental

CAMARGO JR. (2009), discute o papel da *indústria do conhecimento*, arranjo complexo envolvendo em especial a indústria farmacêutica e a indústria de publicação, capaz de disseminar conhecimento e atender a lógica econômica de ambas.

A *medicalização* pode então ser traduzida pela produção de um tipo de conhecimento que, justificadamente ou não, aumenta as possibilidades de intervenção dos agentes da saúde (CAMARGO JR, 2010). O mesmo autor cita Abramson (2005, p.98): “o papel das companhias farmacêuticas e de equipamentos médicos evolui para tornar seu produto mais importante a ‘evidência científica’. Isso é o que impulsiona as vendas.”

Novamente recorrendo a Camargo Jr (1995) que discute o papel da indústria de conhecimento e a formação profissional do médico, podemos perceber...

... o culto médico do “novo”, da tecnologia mais avançada, acriticamente incorporada sem maiores considerações quanto à sua necessidade ou ao seu valor, mostra o quanto a profissão médica é também colonizada por um tipo de medicalização. Os equipamentos e remédios de última geração são, com certa frequência, utilizados não em função de suas qualidades técnicas intrínsecas, mas por conta dessa eficácia da propaganda da indústria, no caso através dos veículos especializados e não da imprensa em geral. O uso abusivo de exames complementares, cirurgias e procedimentos especializados também decorrem deste tipo de equívoco, embora possam ser atribuídas também a uma “má formação profissional. (CAMARGO JR, 1995, p.20).

Em Teixeira (1996) também observamos a discussão do “culto médico ao novo”<sup>3</sup> no campo psiquiátrico, onde se verifica que, se há algo comum entre as diversas formulações terapêuticas ao longo da história, talvez seja sua pretensão à univocidade.

No campo da saúde mental há uma disputa entre as correntes organicistas, as correntes mais afeitas as pesquisas dos determinantes sociais dos transtornos psiquiátricos e as correntes que privilegiam os determinantes psicodinâmicos (TEIXEIRA, 1996). Essa disputa, marcada por reducionismos, encontra os médicos

---

<sup>3</sup> Por isso Lima Barreto já reconhecía em seu médico a arrogância que os reducionismos instalam (TEIXEIRA, 1996). O texto de Lima Barreto está em Anexo B.

que, muitas vezes, têm como única fonte de informação as propagandas dos representantes da indústria farmacêutica (PIGNARRE, 1997).

Rodrigues (2003) fez um levantamento de uma série de propagandas de medicamentos em um periódico que tem como público-alvo os médicos. O autor aponta como algo comum nesse tipo de estratégia da indústria farmacêutica: uma propaganda cada vez mais afastada dos efeitos reais das substâncias farmacológicas e que se aproximam muito das promessas milagrosas acenando com a possibilidade dos indivíduos viverem a “experiência máxima” da expressão de Bauman (1997).

Nas mensagens é possível perceber um ideal de serenidade, harmonia e equilíbrio que o medicamento promete devolver, aliado à restauração da capacidade produtiva. As propagandas são acompanhadas de imagens que mostram cenas em família, chamando a atenção para o poder que a medicação teria de promover reintegração familiar, dissolução de conflitos e a capacidade da medicação propiciar uma adequação a um sistema de valores no qual a família feliz ocupa um papel central.

Tal qual o autor desse levantamento optamos por não omitir o nome comercial dos medicamentos que foram classificados conforme seus potenciais terapêuticos. O periódico em questão é o Jornal Brasileiro de Psiquiatria, publicação oficial do Instituto Brasileiro de Psiquiatria (IPUB) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

### 1.2.1 Ansiolíticos:

. Lexotam - “Equilíbrio restabelecido. Atividade preservada.” “os ideais de HARMONIA e EQUILÍBRIO estão presentes em diferentes culturas, em diferentes épocas, como uma necessidade da própria natureza humana.”

. Tranxilene - “A dose única da tranquilidade.” “Plena atividade sem ansiedade.”

. Lorax - “Um instrumento do médico para devolver a harmonia ao paciente.”

. Olcadil - “Mantém ativo o homem moderno.”

### 1.2.2 Antidepressivos:

- . Pondera - “Dá sentido à vida.”
- . Anafranil - “Olhando o mundo sem medo.”
- . Aurorix - “A vida começa aos 300.” (*dose inicial da medicação*)
- . Hipericin - “Uma luz para guiar seus pacientes.”
- . Tolrest - “A alegria, da forma mais pura.”

### 1.2.3 Antipsicóticos:

- . Leponex - “De volta à vida.”
- . Risperdal - “Dose diária de harmonia.”

### 1.2.4 Anticonvulsivantes:

- . Maliasin - “Controla as crises e reintegra melhor o epilético ao convívio social.”

### 1.2.5 Estabilizadores do Humor:

- Tegretol - “Equilibra e Reintegra”. “Equilíbrio perfeito”.
- . Carbolitium - “Possibilidade de retorno à vida ativa e útil.” “Um momento de equilíbrio.”

### 1.2.6 Hipnóticos:

- . Dormonid - “Adormeceu rapidamente e acordou irreconhecível. Dormiu bem. Acordou ótimo.”

Contudo, recorrendo novamente a Conrad (2007), a utilização de medicamentos prescritos por médicos é apenas um dos motores da medicalização. A expansão da lógica do consumo se constitui como importante impulso para tais processos de expansão.

Isso se traduz no consumo de medicamentos vendidos sem receita médica e também em quase todo tipo de atividade humana que possa ser associada à idéia

de “saúde” (alimentação, esportes, lazer, imóveis) - usualmente concebida como ausência de doença. Observa-se a aquisição de bens e serviços que reduziriam a possibilidade de adoecer combatendo fatores de risco ou que se constituiriam fatores de proteção (como os denominados alimentos funcionais cujo marketing se assemelha ao dos medicamentos).

CAMARGO JR (2010) salienta que formas específicas de conhecimento disseminadas de forma mais ampla do que apenas revistas científicas ou através de propagandas de representantes da indústria. Para que haja uma comercialização em larga escala se faz necessária uma difusão através dos meios de comunicação de massa.

SERPA JR (2002) aponta a ocorrência comum de divulgação científica de jornais diários ou hebdomadários em noticiários ou programas vespertinos, preferencialmente às sextas e domingos à noite e a conseqüente corrida aos consultórios médicos de pessoas em busca de medicamentos e diagnósticos e difundidos pela dita *imprensa leiga* ( grifo nosso).

### **1.3 A proliferação dos diagnósticos em saúde mental**

Como alerta Camargo Jr a saúde mental é uma das áreas de atenção à saúde mais sujeitas a variações que estendem a designação de algo como patológico. A Psiquiatria tem como referência para as suas classificações diagnósticas o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) cujos critérios tem sido cada vez mais abrangentes e cambiantes nas suas sucessivas revisões (CAMARGO JR, 2010).

Atualmente existe certo consenso sobre as dificuldades implícitas na multiplicação e proliferação de novos diagnósticos psiquiátricos (CONRAD, 2007; HORWITZ, 2002; LANE 2007).

A medicalização de condutas classificadas como anormais se estendeu a praticamente todos os domínios de nossa existência (CAPONI, 2009).

Para corroborar essa afirmação temos as recentes declarações do organizador do DSM IV, Allen Frances, que veio recentemente a público admitir que o DSM IV foi “um colaborador não intencional” de três epidemias de falsos-positivos

nos Estados Unidos, envolvendo os Transtornos do Espectro Autista, o Transtorno Bipolar na Infância e o Transtorno de Deficit de Atenção e Hiperatividade (FRANCES, 2010).

Para SERPA JR (2002) no campo da saúde mental há uma produção de *escaninhos de subjetividade* aos quais os indivíduos parecem dirigir-se docilmente, conferindo-lhes consistência de verdade e naturalidade. O mesmo autor recorre à proposta de *nominalismo dinâmico* (HACKING, 1992),

Não existia um tipo de pessoa que veio a tornar-se crescentemente reconhecida pelos burocratas ou pelos estudiosos da natureza humana mas que um tipo de pessoa vem a existir ao mesmo tempo que esse tipo está sendo inventado (...) A categoria e as pessoas emergem juntas. ( HACKING, 1992, p. 78-79)

Assim, uma vez tornada entidade, uma noção como a de “depressão”, “fobia social” ou de “esquizofrenia” se desenvolve e recruta todos os comportamentos perturbadores mesmo de longe aparentados (SERPA JR, 2003).

Como aponta Serpa Jr (2003), há de se perguntar como o nominalismo dinâmico afetaria o conceito que uma pessoa tem de si mesma.

A clínica da infância e adolescência tem suas peculiaridades e merece um espaço de reflexão nesse trabalho pois a proliferação de diagnósticos neste campo é marcante. No que tange aos riscos da medicalização há que se perceber que toda classificação de pessoas gera uma resposta (BRZOZOWSKI & CAPONI, 2009).

Em uma breve discussão clínica no CAPS de Piraí, envolvendo a minha participação e um colega psiquiatra, a coordenadora do Programa de Saúde Mental nos trouxe a preocupação com as diversas especulações que estavam ocorrendo em torno de uma criança e sua mãe que eram assistidas no PSF de Arrozal.

Segundo a coordenadora, o (a) pediatra que acompanhava a criança vinha dizendo que o caso se tratava de uma *síndrome rara e recentemente descoberta pela Psiquiatria*.

A mãe vinha peregrinando com a criança por diversos profissionais da rede e realizando procedimentos desnecessários. A hipótese postulada pela Pediatria parecia estar coerente com o que a CID 10 denomina como Transtorno Factício por Procuração, e talvez a *síndrome* a que se referia a Pediatria fosse o epônimo atribuído ao quadro, *Síndrome de Munchausen*.

Mas o que me causou espécie foi a badalação do diagnóstico: uma nomeação com um marketing tão difuso na rede que a denominação de *síndrome rara e*

*recentemente descoberta* poderia, dentre outras conseqüências funestas, dificultar a implicação da mãe e da criança numa eventual abordagem pela equipe do PSM.

No cuidado clínico cotidiano ouvimos com freqüência “meu filho é Down”, “Essa criança é P.C.”, “meu filho é Rett” “X-Frágil”. Segundo Lima, a síndrome (como uma paternidade) os nomeia, muitas vezes substituindo o nome próprio (LIMA, 2003). Onde não se vê o sujeito, mas sim “doença” (JERUSALINSKY, 1989).

Lima conclui que o “saber científico pode muitas vezes aprisionar a criança como parasita em sua própria enfermidade, impossibilitando-a de aceder enquanto sujeito” (LIMA, 2003).

O conceito de *nominalismo dinâmico* (HACKING, 1992) poderia nos ajudar a mensurar os riscos de um processo de medicalização em massa, ou de psiquiatrização em massa, particularmente no campo da saúde mental da infância e adolescência.

#### **1.4 Delimitação da problemática**

Nos anos de 1970 e 1980 a Organização Mundial de Saúde já reconhecia a magnitude dos problemas em saúde mental e admitiu a impossibilidade do seu cuidado ficar a cargo exclusivamente dos especialistas (OMS, 1986). Preconiza-se, então, a descentralização dos serviços existentes, a integração dos serviços psiquiátricos em unidades de cuidados gerais, a formação de cuidadores não especializados e o aumento da participação da comunidade (TORRENTÈ, 1995).

No Brasil estima-se que aproximadamente que 55% dos pacientes atendidos na Atenção Básica apresentam Transtornos Mentais Comuns (TMC) como depressão, ansiedade, irritabilidade e múltiplas queixas somáticas (FORTES, 2009), dificultando o diagnóstico e manejo por parte dos clínicos-gerais. Assim a aproximação da saúde mental e Atenção básica é uma estratégia que se faz necessária.

A saúde mental pode contribuir para que processos de medicalização tenham sua ocorrência diminuída na Atenção Básica.

À guisa de ilustração citarei a abordagem ao transtorno mental mais freqüente nos serviços de saúde: o transtorno de ansiedade.



Nós psiquiatras sabemos que muitas “crises de ansiedade” podem ser controladas com orientação precisa sem necessidade de medicação. Assim é que, indo ao encontro da citação de Epicteto apresentada no início desse trabalho (JAPIASSU, 2006) assegurar ao paciente que seus sintomas como “sufocação”, “palpitação”, medo de morrer e de perder o controle fazem parte de um quadro<sup>4</sup> de ansiedade pode evitar que ele procure desnecessariamente cardiologistas, neurologistas, pneumologistas, e, enfim, que ele acabe cronificando um quadro que poderia ser debelado em seu início.

A informação precisa pode evitar complicações como a agorafobia e a depressão (alguns estudos apontam que os ataques de pânico são de três a seis vezes mais prevalentes que o transtorno de pânico) (BERNICK,1997).

Assim é que a desconstrução do processo de medicalização pode contribuir tanto do ponto de vista da evolução clínica mais favorável dos pacientes quanto para a redução dos gastos do sistema de saúde.

Ocorre historicamente no Brasil um processo de psiquiatrização crescente quando distúrbios e conflitos passam a ser objeto de ação da Psiquiatria, quando o foco muda do confinamento para a penetração nos espaços comunitários.(CRUZ FILHO,1993).

Vieira acredita na aproximação entre a saúde mental e as equipes de PSF:

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

Desde a implantação dos PSFs em 1990 a saúde mental no Brasil passa a se integrar com a Atenção Básica onde grande parte dos problemas em saúde pode ser resolvida através do matriciamento (NUNES, 2007), ou apoio matricial.

No apoio matricial a equipe de saúde mental oferece suporte técnico à equipe de saúde da Atenção Básica responsável por determinado território. A

---

<sup>4</sup> A palavra *quadro* nesse caso, ao meu juízo, pode ser estruturante, pois, um quadro tem molduras, limites. Dessa forma o sujeito pode circunscrever o que o angustia. Em outras situações em Saúde Mental como as que envolvem crianças e adolescentes com o rótulo de Transtorno de Conduta, opto por evitar a idéia de quadro e adoto o conceito de *trajetória psicopatológica* pois pode-se ter um desfecho favorável se tivermos uma intervenção eficaz. Em ambos os casos o sujeito é instado a se implicar no tratamento e as pessoas com quem ele conta são convidadas a atuar como parceiros do tratamento.

responsabilização compartilhada visa aumentar a capacidade resolutive dos problemas de saúde pela equipe local, excluindo-se a lógica do encaminhamento.

Quando se encaminha alguma pessoa para avaliação psiquiátrica, supostamente aquela pessoa se torna um “caso psiquiátrico” (BOTEGA, 2006). Porém a definição de quem é sadio e de quem é doente envolve várias ambigüidades.

As fronteiras do normal e do patológico não são muito claras. Como alerta Canguilhem diversidade não é doença, o *anormal* não é o patológico (CANGUILHEM, 2007). Patológico implica em *Pathos*, sentimento direto e concreto de sofrimento, de vida contrariada.

O encaminhamento ao psiquiatra é cercado de expectativas por parte do médico que encaminha e por parte do paciente e seus familiares. Assim é que o encaminhamento ao especialista atenderia a um propósito sócio-cultural independente dos aspectos racionais nele envolvidos. (KIEV, 1971).

As solicitações para avaliação psiquiátrica no PSF Arrozal quando da minha chegada eram bastante peculiares. Despertou certa preocupação a concepção que se tinha da Psiquiatria enquanto uma instancia disciplinadora, que deteria o poder de ter “um remedinho pra dar um jeito no fulano”, pedido não raro endereçado ao psiquiatra pelos ACS.

Como os encaminhamentos se davam nesse sentido, as ações da Psiquiatria e dos colegas da Psicologia tiveram como objetivo desconstruir esse tipo de concepção. Afinal se a demanda se constrói a partir da oferta (BAREMBLITT, 1992) a nossa resposta a esses encaminhamentos traria desdobramentos sobre as concepções de profissionais de saúde e usuários acerca da saúde mental.

Para ilustrar um pouco a natureza de alguns encaminhamentos passemos a uma vinheta clínica. Trata-se de um episódio que ocorreu em novembro de 2008, logo da minha chegada ao PSF ao Arrozal.

Magda (nome fictício), 69 anos, chega á sala de espera acompanhada da filha. Adentram á minha sala a coordenadora do PSF acompanhada da ACS que acompanha Magda. Elas pedem que eu faça uma avaliação de Magda pois “ela não pode estar bem”, está em litígio com a filha e “é uma pessoa muito complicada”.

Magda entra junto com a filha, não traz queixas nem me endereça qualquer questão. Durante a consulta Magda e a filha trocam uma série de acusações

mútuas. A filha, de 47 anos é casada, mora em outra casa com o marido e diz que vai diariamente á casa da mãe, que é viúva e mora sozinha, “ver se ela precisa de alguma coisa”.

A filha de Magda diz que deixará a cidade pois não está mais suportando a convivência com a mãe. Magda, por sua vez, diz torcer para que isso ocorra. Peço para ficar a sós com Magda.

Durante o atendimento Magda pode-se observar que Magda parece ter mais idade do que os seus 69 anos deveriam transparecer. Mais calma, trajando vestes limpas, exibe uma aparência cuidada embora envelhecida. Além de queixas contra a filha e contra os profissionais do PSF “que não servem pra nada”, Magda não elabora maiores questões.

Ao exame a entrevistada não demonstra qualquer patologia psiquiátrica. Apesar da irritação que demonstra para com a filha, Magda não demonstra uma irritabilidade compatível com um quadro de Depressão. Também não evidencia sinais de síndrome demencial.

Pedi para que Maga e filha aguardassem enquanto procurava ouvir algumas pessoas que conhecessem o caso. No relato da ACS e dos funcionários do PSF percebe-se que Magda a todo instante vai ao PSF. Diabética, Magda realiza seu acompanhamento no PSF, onde é considerada pelos funcionários como uma pessoa muito “solitária”, que a todo instante vai ao serviço para ver se os exames estão agendados, se tem alguma consulta marcada, etc. “Aliás, muitos fazem isso aqui em Arrozal”, diz uma funcionária da recepção, “eles vem o posto como um Shopping”.

Magda era onipresente nos discursos dos funcionários do PSF. Muitas vezes era rude ao se dirigir aos funcionários e sua relação com a instituição estava por demais desgasta.

Reuni-me novamente com Magda, pedi que a filha aguardasse e disse-lhe que eu não percebia indicação de tratamento psiquiátrico. “*Eu sei, doutor, quem precisa é esse pessoal do posto!*” Magda estabeleceu um bom vínculo comigo e concordou em retornar na semana seguinte para conversarmos. Àquela altura estava em uso de um psicofármaco em dose subclínica (Amitriptilina, 25 mg dia).

Ponderei a necessidade de um acolhimento psicológico como uma maneira de ajudá-la a diminuir as relações conflituosas que estabelecia e ela disse que “iria pensar no assunto”. Magda concordou com a suspensão da medicação.

Em seguida conversei com a coordenação do PSF, a ACS e o médico de família que acompanha Magda. Dei-lhes o retorno da minha avaliação. Optei por ter o cuidado de incluir o médico na discussão pois, mesmo que ele não tenha feito um encaminhamento por escrito para avaliação psiquiátrica, vi naquela conversa uma oportunidade de evitar outros encaminhamentos desnecessários para a Psiquiatria.

Nas semanas seguintes agendei encontros para acompanhar a retirada da medicação e trabalhar seu encaminhamento à Psicologia. Magda disse que estava sendo “motivo de chacota” por ir a um “médico de maluco”, mas mesmo chateada com a opinião da comunidade comparecia regularmente aos atendimentos comigo. Já sem a medicação e na data que anunciei que seria nosso último encontro despediu-se de mim dizendo que estava “amadurecendo a idéia de ir na psicóloga”

A partir de então o número de encaminhamentos desnecessários diminuiu bastante, mas não terminou.

## **1.5 Objetivos**

Os objetivos deste trabalho são:

- Pesquisar se ocorre medicalização através dessa concepção da Psiquiatria enquanto instância disciplinadora;
- Estudar se existiriam outros processos de medicalização envolvidos nos encaminhamentos para a Psiquiatria;
- Subsidiar a gestão do PSM, do PSF e a Secretaria de Saúde de Pirai com os dados obtidos da pesquisa.

## 2 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

A estratégia metodológica envolveu a realização de entrevistas com os profissionais de saúde envolvidos nos encaminhamentos para avaliação psiquiátrica, a análise dos encaminhamentos por escritos realizados pelos mesmos e a observação de campo. Assim tivemos uma triangulação de métodos.

As entrevistas semi-estruturadas foram realizadas com os três clínicos-gerais do PSF do distrito de Arrozal que são os profissionais que realizam os encaminhamentos.

Para eliminar possíveis vieses de pesquisa também participaram de entrevistas semi-estruturadas dois médicos que não atuam diretamente comigo. Um deles é médico do PSF Varjão cuja referência para avaliação psiquiátrica é Arrozal e não o CAPS de Piraí que é mais distante. O outro é plantonista do Pronto Socorro de Arrozal e, talvez por ter uma carga horária grande, é dos plantonistas quem mais encaminha.

Realizou-se também análise dos encaminhamentos por escrito feitos pelos médicos em fichas de referência e contra-referência, bem como dos registros em prontuário. Essa análise envolverá os encaminhamentos no período de novembro de 2008, quando iniciei meu trabalho no PSF até julho de 2011.

Em função do curto espaço de tempo para a realização da pesquisa optamos por não entrevistar os ACS, e sim tentar inferir suas concepções através das entrevistas com os médicos e da análise dos encaminhamentos por escrito.

Esse trabalho parte da premissa de que as diversas comunicações que se estabelecem dentro do PSF interferem no *modus operandi* dos encaminhamentos para avaliação psiquiátrica. Assim a convivência entre os médicos do PSF, dos ACS e dos profissionais da saúde mental possibilita uma compreensão mútua das especificidades de cada função, fato esse que interfere na quantidade e na qualidade dos encaminhamentos.

Como sugerem Leal & Delgado não há como definir clínica como algo dissociado do serviço e da organização do cuidado: a realidade, o cotidiano do serviço e o contexto do paciente devem ser considerados relevantes para a evolução do quadro clínico (LEAL & DELGADO, 2007).

Cumpra ainda salientar que esse trabalho foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (IMS/UERJ) tendo sido aprovado (CAAE 0007.0.259.000-11).

### 3 DO CAFÉ À MACADÂMIA: BREVES CONSIDERAÇÕES SOBRE O MUNICÍPIO DE PIRAÍ

As informações que se seguem estão contidas no Plano Municipal de Ação Social de Pirai (2005) e no Relatório de Gestão da Saúde (2009) e foram gentilmente cedidas pelas Secretarias de Promoção Social e de Saúde de Pirai.

O município de Pirai localiza-se no Estado do Rio de Janeiro, na região do Médio Paraíba. Possui uma localização geográfica estratégica, entre duas grandes metrópoles, Rio de Janeiro e São Paulo, ocupando uma extensão de 52 km ao longo da Rodovia Presidente Dutra.



Acima temos na cor vermelha a localização da região Médio-Paraíba no mapa maior (figura 1). No mapa menor temos, também em vermelho, a localização do Estado do Rio de Janeiro, na região Sudeste do Brasil (figura 2).



O mapa acima ilustra os municípios que compõem a Região-Médio Paraíba (figura 3).

### **3.1 Aspectos Históricos e Geográficos**

A colonização das terras onde hoje se situa o município teve início por volta de 1770, com a intensificação do fluxo de mercadorias entre Rio de Janeiro e Minas Gerais. Nasce em 1772 em torno de sua capela o povoado de Sant' Anna do Piraí.

Em 1º de abril de 1811, é elevada à categoria de Vila de São João do Príncipe e antiga freguesia. O Vale do Paraíba surge como alternativa de desenvolvimento da economia cafeeira. Constituem-se as cidades do café.

O povoamento na região do Vale do Paraíba amplia-se, D. João VI distribui sesmarias em Piraí, estando entre os beneficiados os Breves e os Gonçalves. A ocupação do Vale do Paraíba reflete o processo de interiorização da economia cafeeira e redefinição da cidade do Rio de Janeiro como espaço da Corte de Portugal.

Em 15 de outubro de 1822 Piraí é elevada à categoria de freguesia curada. Em 1817, por força do Alvará de 17 de outubro torna-se freguesia perpétua. É elevada à categoria de Vila pela Lei nº. 96, de 6 dezembro de 1837. Para dar suporte às atividades do novo município a mesma lei determinou a criação de uma Câmara Municipal e de todas as autoridades judiciárias e empregos, conforme ocorria nos demais municípios.

Com o cultivo e exploração do café, fonte de riqueza, o desenvolvimento continuou e em 1874 foi elevada à condição de cidade. Após a abolição da escravatura, a economia cafeeira sofreu forte decadência. Ocorrem neste período as transformações urbanas no Rio de Janeiro, cujo processo de modernização e ampliação de infra-estrutura terá impacto sobre o município.

Em 19 de abril de 1907, a empresa canadense Light and Power obteve concessão para desviar as águas do Rio Piraí e lançá-las no Vale do Ribeirão das Lajes, comprometendo-se a deixar correr, sem interrupção, um volume d'água nunca inferior a três mil litros por segundo a jusante da barragem. O município passou a se constituir num espaço estratégico para o município do Rio de Janeiro visto que a



represa de Ribeirão das Lajes fornece, desde então, água e energia elétrica para a capital fluminense.

### Municípios limítrofes:

Barra do Piraí, Pinheiral e Volta Redonda - **Norte**

Rio Claro e Barra Mansa - **Oeste**

Itaguaí - **Sul**

Mendes e Paracambi - **Leste**



O mapa acima ilustra demonstra a localização do município de Piraí na região do Médio-Paraíba (figura 4).

A tabela a seguir (figura 5) exhibe a distribuição dos distritos que compõem o município de Piraí.

<b>DISTRITOS</b>	<b>Área (Km<sup>2</sup>)</b>
<b>Piraí - distrito sede</b>	327
<b>Arrozal</b>	84
<b>Vila Monumento</b>	78
<b>Santanésia</b>	32
<b>Total</b>	521

Os limites territoriais entre os municípios de Piraí e Pinheiral ficaram definidos pela Lei nº 2.048 de 13 de junho de 1995, que criou o município de Pinheiral.

### 3.2 Aspectos Econômicos

O Município de Pirai teve como um dos principais empregadores a Light Serviços de Eletricidade S.A., comumente chamada no Brasil de *Light* e a Companhia Industrial de Papel Pirahy.

Com a privatização da Light em maio de 1996 cerca de mil e trezentos munícipes perderam seus empregos, O mesmo ocorrendo com mais de trezentos trabalhadores com o fechamento da Companhia Industrial de Papel Pirahy que em 1998 foi comprada pela por uma multinacional. Atualmente a empresa é considerada a maior fornecedora de papel voltada para o fabrico do tabaco da América do Sul (BRACELPA, 2007).

A partir da classificação do Serviço de Apoio às micro e pequenas empresas (SEBRAE), podemos identificar que, do conjunto de empresas instaladas no Município, 86% são microempresas que conformam com as pequenas um universo de 99% das empresas localizadas em território municipal.

Observa-se que a atividade com maior expressão é a pecuária extensiva, voltada para a criação do gado de corte, que representa em área 234,99 Km<sup>2</sup>.

A pecuária voltada para a criação do gado leiteiro tem seu maior potencial nas fazendas-empresas, ou seja, aquelas fazendas que estão ligadas à indústria de laticínio totalizando 1,76 Km<sup>2</sup> de área.

A atividade agrícola na área de estudo não é muito expressiva. O cultivo permanente tem como principal representante o plantio de macadâmia, ocupando 4,32 Km<sup>2</sup>. Esta produção, segundo informações locais, acha-se paralisada em face à concorrência com a produção de São Paulo. Por outro lado, nesta mesma área foi introduzida a produção de hortaliças por hidroponia.

A superfície urbana (128,03 Km<sup>2</sup>) do município de Pirai, compreende todo o complexo residencial, comercial e industrial o que corresponde a 1,63% de sua área.

As áreas que figuram como reserva de mercado localiza-se próximo às áreas urbanas e constituem-se em superfícies de futura expansão urbana.

### 3.2.1 Perfil da mão de obra

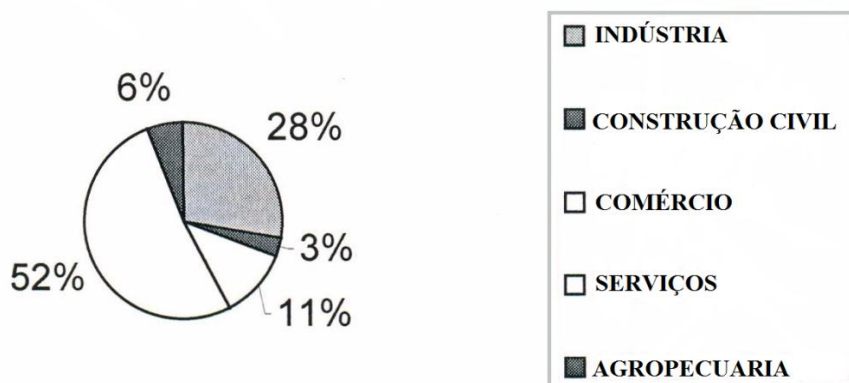
O perfil da mão de obra em Pirai se altera com a saída de Pinheiral, crescendo a importância do setor rural na população entre 15 e 65 anos. Em termos de setor de atividade, o setor primário cresce de 9,4% para 12,7%. A situação de domicílio apresenta resultados mais significativos, representando quase um terço (29,3 %) do número de pessoas economicamente ativas que moram em áreas rurais.

### 3.2.2 Perfil da mão de obra por setor de atividade

O perfil da mão de obra é caracterizado por uma grande concentração na indústria (46,5%). Esse fato se deve, fundamentalmente, à presença da Companhia Industrial de Papel Pirahy, instalada no Distrito de Santanésia.

A primeira vista Pirai sugere um município industrial com um reduzido setor de serviços (34,2 %), ainda que apareça como o segundo setor mais importante em participação da mão de obra. Contudo, se acompanhamos a evolução da série histórica, desde 1986, podemos ver o crescimento, a partir de 1990, do número de empregados no setor agrícola e no comércio. Paralelamente há uma redução número total de empregados, acompanhando a evolução do setor industrial e de serviços.

**Perfil setorial da Mão de Obra de Pirai**



O gráfico (figura 6) e a respectiva legenda (figura 7) ilustram o panorama da distribuição da mão de obra nos diversos setores da economia de Pirai no ano de 2000.

Em termos de emprego formal há um impacto no setor industrial, com a participação caindo de 30,86% para 27,84%. O maior crescimento percentual é da produção agropecuária apresentando um aumento do número de ocupações de 68,06% entre 1998 e 2000. A participação da agricultura aumentou de 3,74% para 5,74%. O comércio aparece como o segundo setor em crescimento relativo, passando de 8,63% em 1998 para 11,45% em 2000.

### 3.2.3 Perfil da mão de obra por grau de instrução e faixa etária

O perfil educacional da mão de obra indicava uma baixa qualificação em 1994, sendo que 49,2% não tinham o primeiro grau completo. Considerando que estes dados do perfil de 1997 ainda incorporavam os dados de Pinheiral, procuramos trabalhar com a comparação de 1998 a 2000.

Há uma redução de 51,25% para 48,64% do número de trabalhadores que não tem o primeiro grau completo. Em termos absolutos isto significa um aumento do número de trabalhadores com primeiro grau completo.

Contudo ainda se observa a necessidade de uma formação profissional apoiada em uma formação básica, capaz de garantir sua empregabilidade frente às rápidas transformações dos processos produtivos. Este dado afirma a necessidade de uma política específica e direcionada.

## **3.3 Aspectos Demográficos**

De acordo com o último censo do IBGE, o município de Pirai possuía em 2009 uma população estimada em 26.114 habitantes.

A seguir temos uma tabela (figura 8) que demonstra a distribuição da população do município conforme a faixa etária ao longo do período de 2004 a 2009.

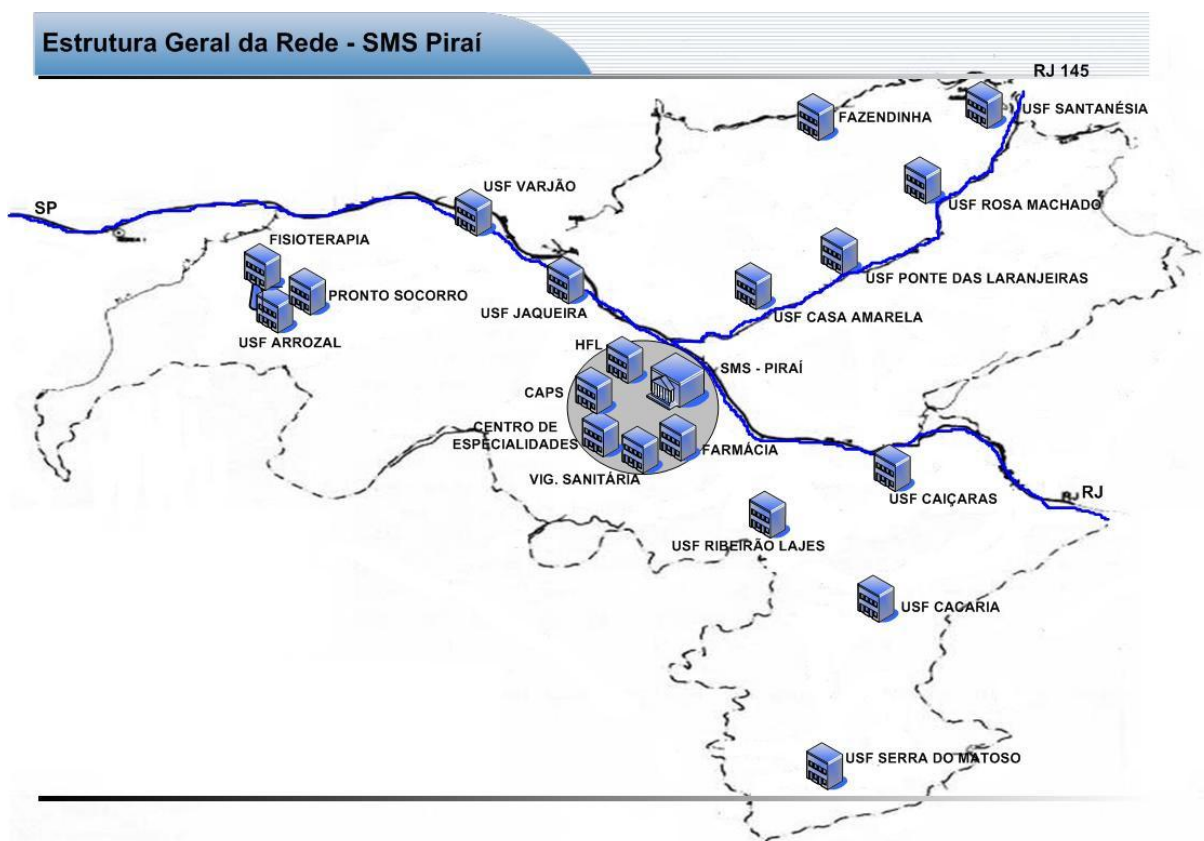
**DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO (FAIXA ETÁRIA)**  
**MUNICÍPIO DE PIRAÍ 2004, 2005, 2006, 2007, 2008 e 2009.**

Faixa Etária	População Residente					
	2004	2005	2006	2007	2008	2009
<b>ANOS</b>						
<b>TOTAL</b>	23.351	24.022	24.362	24.702	25.762	26.114
<b>Menor de 1 ano</b>	419	431	437	443	348	329
<b>1 a 4 anos</b>	1.619	1.664	1.689	1.712	1.579	1.516
<b>5 a 9 anos</b>	2.085	2.145	2.175	2.205	2.091	2.113
<b>10 a 14 anos</b>	2.128	2.190	2.220	2.252	2.007	2.008
<b>15 a 19 anos</b>	2.197	2.261	2.292	2.324	2.014	2.013
<b>20 a 29 anos</b>	3.928	4.041	4.099	4.156	4.278	4.273
<b>30 a 39 anos</b>	3.786	3.895	3.950	4.005	3.903	3.992
<b>40 a 49 anos</b>	3.107	3.197	3.242	3.287	3.806	3.873
<b>50 a 59 anos</b>	1.860	1.193	1.941	1.968	2.840	2.965
<b>60 a 69 anos</b>	1.228	1.263	1.281	1.299	1.551	1.628
<b>70 a 79 anos</b>	699	719	729	739	898	936
<b>80 anos e mais</b>	295	303	307	312	447	468

## 4 DESCRIÇÃO DO CAMPO

O PSF de Arrozal, o CAPS de Pirai e o PSF do Varjão (que realiza encaminhamentos para avaliação psiquiátrica em Arrozal em função da maior proximidade em relação ao CAPS) são alguns dos serviços que constituem a rede assistencial da Secretaria Municipal Saúde de Pirai.

A imagem a seguir (figura 9) demonstra a estrutura geral de serviços da Secretaria Municipal de Saúde (SMS).



### Legendas

**HFL** - Hospital Flávio Leal

**USF** - Unidade de Saúde da Família

O PSF de Arrozal situa-se próximo ao Pronto-Socorro de Arrozal e ao serviço de Fisioterapia do distrito.

O PSF de Arrozal é composto por duas equipes de Saúde da Família. O PSF do Varjão, por sua vez, é composto por uma equipe de Saúde da Família.

O PSF do Varjão tem em Arrozal a referência para a avaliação e acompanhamento de pacientes psiquiátricos, em função da maior proximidade com o distrito arrozalense. No PSF do Varjão há também a lotação de um profissional da Psicologia do PSM.

Todos os PSF de Piraí contam com a presença de pelo um psicólogo do PSM em seu quadro assistencial.

No PSF de Arrozal atua uma equipe de saúde mental composta pelo psiquiatra que realiza esse estudo e por quatro psicólogos.

Os psicólogos atendem a populações específicas. Assim cada profissional de Psicologia, em Arrozal, é responsável pela abordagem às seguintes clientela:

- dependentes de álcool e outras drogas;
- padecentes de transtornos mentais severos e persistentes (TMSP);
- infância e adolescência;
- clientela ambulatorial de adultos em saúde mental.

Cabe ao psiquiatra em Arrozal o acompanhamento de todas as clientela acima citadas que tenham indicação de uso de psicofármacos, com exceção das situações da infância e adolescência que são acompanhadas por um dos psiquiatras do CAPS de Piraí.

Em Arrozal a equipe de saúde mental oferece atendimentos individuais e em grupo, visitas domiciliares, terapia comunitária e uma oficina terapêutica de artesanato para os padecentes de TMSP.

Os dependentes de álcool e outras drogas e os padecentes de TMSP do distrito de Arrozal também são assistidos pelo CAPS que dispõe de um leque maior de oficinas terapêuticas, além de abordagem aos familiares e o espaço de convivência do serviço, também considerado pela equipe do PSM como um importante dispositivo para o projeto terapêutico de alguns pacientes.

O serviço, de nome CAPS Reviver, possui uma equipe formada por uma assistente social, dois enfermeiros, sete psicólogos, quatro psiquiatras, uma técnica de enfermagem, um conselheiro em dependência química, uma oficineira, uma recepcionista e dois estagiários de Psicologia da Universidade Severino Sombra (USS), de Vassouras.

O CAPS Reviver também atende às solicitações de avaliações em saúde mental do Hospital Flávio Leal.

A rede de serviços da Secretaria de Saúde de Pirai é campo de ensino para várias instituições de ensino técnico-profissionalizante e superior. Assim temos o campo de treinamento em serviços de saúde do município que assume a seguinte configuração:

- através de convênios como o Pró- Saúde (Programa Nacional de Reorientação da Formação de Profissionais de Saúde) tem-se um campo de estágio para as faculdades de Medicina, Psicologia e Nutrição da UFRJ;
- através do Pet-Saúde (Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde): faculdades de Medicina, Farmácia e Nutrição da UFRJ;
- com a faculdade de Medicina da UNIFOA (Centro Universitário da Fundação Oswaldo Aranha): estágio na disciplina de Obstetrícia no PSF de Arrozal;
- curso técnico de Enfermagem (Escola técnica José Rodrigues, no PSF Casa Amarela e no HFL);
- Faculdade de Psicologia da Universidade Severino Sombra (USS) no CAPS Reviver;
- Faculdade de Odontologia da UNIFOA: nas unidades do Programa de Saúde da Família do Município (como no PSF de Arrozal).



## 5 ANÁLISE DOS ENCAMINHAMENTOS

Encaminhar significa mostrar, indicar a outrem ou a si mesmo o caminho a seguir. Conduzir (-se), dirigir (-se), orientar (-se). Ou ainda conduzir para o bom caminho (HOUAISS, 2009).

Os encaminhamentos de pacientes para avaliação psiquiátrica no PSF de Arrozal são realizados em folhas de papel que se constituem em guias de referência e contra-referência. Essas guias constituem uma das formas de comunicação entre os médicos do PSF e o psiquiatra, bem como de todos os médicos entre si.

Procedeu-se à análise de 63 encaminhamentos por escrito elaborados por médicos de família. Esses encaminhamentos correspondem à totalidade das solicitações de avaliação psiquiátrica no PSF de Arrozal no período de dezembro de 2008 a julho de 2011.

Há que se ressaltar que nesse período outras formas de encaminhamento ocorreram, sem que fossem utilizadas folhas de referência e contra-referência ou qualquer outra forma de registro por escrito.

Essas formas de encaminhamento não foram registradas pelos mais diversos motivos. Dentre as razões do não registro está, muitas vezes, a premência do tempo.

Uma vez que psiquiatra e médicos de família atendem num mesmo espaço, diante de situações de agitação psicomotora, por exemplo, a minha intervenção se dava antes da solicitação do colega que, em seguida, me repassava o caso pessoalmente, conversando comigo.

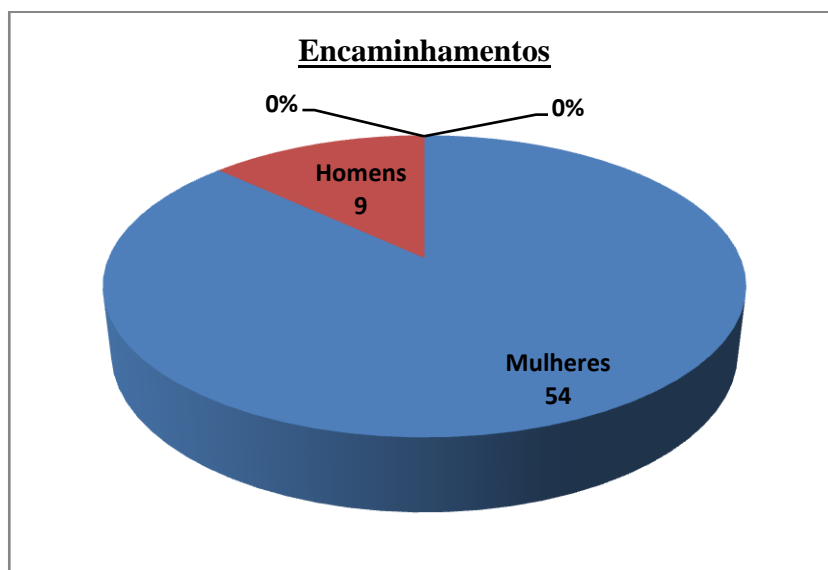
A aproximação com os médicos do PSF acarretou alguns desdobramentos. Assim é que a comunicação que se estabelecia de maneira formal através de papel muitas vezes foi substituída por breves registros nas folhas de referência ou, até mesmo pela supressão de encaminhamentos por escrito.

Outro fato a destacar é que o prontuário é único e as informações circulam entre os médicos do PSF. Essa comunicação não é possível com o médico do PSF Varjão e o plantonista do pronto-socorro que não tem acesso ao prontuário. O plantonista acessa o prontuário apenas nos momentos em que o PSF está em seu horário normal de funcionamento.

A análise dos textos dos encaminhamentos segue os parâmetros da hermenêutica de Dilthey cujo caráter de reconstituição psicológica suprime a interpretação gramatical e favorece ao primado da interpretação técnica como sinônimo de apreensão psicológica (LIMA, 1992). Dilthey criou o conceito de vivência (*Erlebnis*) como a base do ato interpretativo. Assim para compreender os textos o intérprete deveria *vivenciar* a intenção autoral e, com ela, seu posicionamento em um mundo que em princípio é distinto do seu.

### 5.1 Dados extraídos dos encaminhamentos

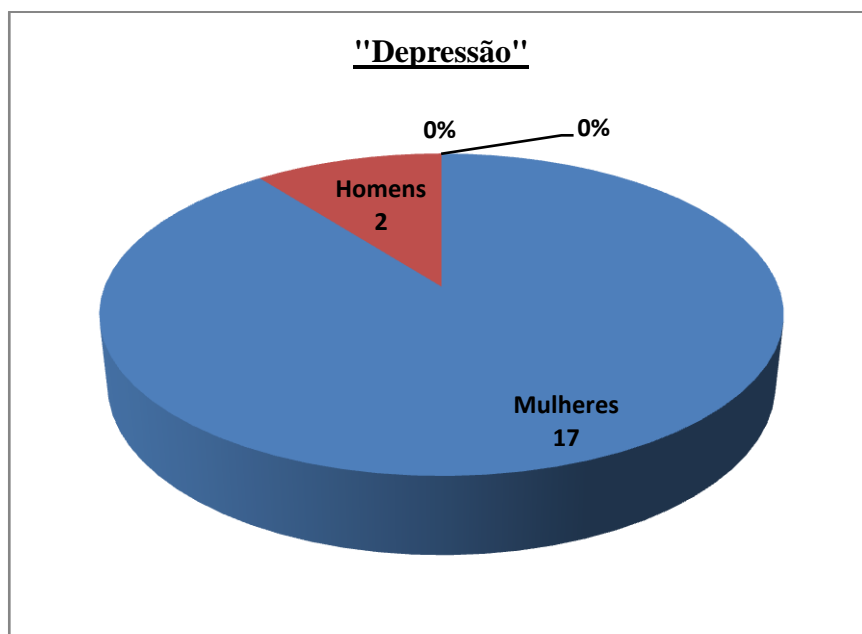
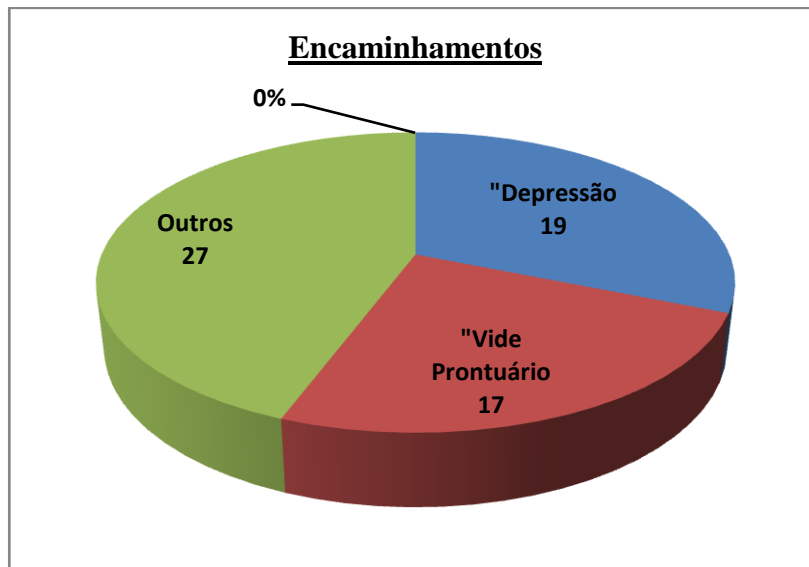
Os 63 encaminhamentos foram em sua totalidade escritos à mão pelos médicos. Em termos absolutos trata-se de um quantitativo reduzido. Houve uma ampla predominância do sexo feminino como demonstra o gráfico abaixo (figura 10).



A partir da leitura do conteúdo dos textos dos encaminhamentos podemos inferir que seria possível distribuí-los em três grupos, que serão designados como grupos 1, 2 e 3:

Grupo 1- Encaminhamentos que aventavam como hipótese diagnóstica “depressão” e/ ou descreviam um quadro clínico compatível com depressão;

Esse grupo apresentou um amplo predomínio do sexo feminino, como ilustramos gráficos abaixo (figura 11 e 12)



Há que se ressaltar que, dos três grupos encontrados, o grupo 1 exibiu uma maior assertividade em seus textos, denotando uma maior certeza e/ou familiaridade dos médicos encaminhadores com diagnóstico de depressão.

Esse fato parece se assemelhar a outras experiências encontradas na literatura, como se pode observar na discussão do capítulo 8 ("Análise das Entrevistas").

## Grupo 2- Encaminhamentos que aventavam outras hipóteses diagnósticas

As informações dos encaminhamentos sugeriam, e ou descreviam, quadros clínicos compatíveis com outros transtornos psiquiátricos.

Aqui encontramos descrições <sup>5</sup> cuja decodificação sugeriam e/ou descreviam:

- uso abusivo de álcool e outras drogas;
- síndromes delirantes-alucinatórias (como Esquizofrenia);
- síndromes hipercinéticas (como o TDAH);
- síndromes de desvio da norma do tipo quantitativo (como retardo mental);
- síndromes mentais-orgânicas (quadros demências e alguns quadros de Epilepsia que e estavam associados a uma alteração de comportamento).

Nesse grupo, os textos dos encaminhamentos lançavam mão de termos técnicos que listavam sintomas e/ou termos oriundos de uma confusa noção de Psicopatologia, que sugeriam os quadros acima citados. Ao contrário do grupo anterior, os médicos eram menos incisivos na nomeação dos transtornos.

## Grupo 3- “Vide prontuário”

Esse grupo representou os encaminhamentos cujos registros se limitavam a expressões como “vide prontuário”. Consultando os respectivos prontuários observou-se que na maior parte delas o médico pareceu estar sem tempo para efetuar o registro, ou julgou desnecessário fazê-lo pois considerou as informações do prontuário suficientes para a compreensão do encaminhamento.

Em algumas situações percebemos que o médico temia que as informações do encaminhamento fossem lidas pelos pacientes que em geral ficam de posse das guias e as deixam na recepção do serviço. Nesses casos as informações dos prontuários eram mais detalhadas e os temas giravam em torno de questões como suspeitas de simulação, questões da esfera da sexualidade, hipóteses diagnósticas de “surto de esquizofrenia”, foram os mais encontrados.

Fizemos um levantamento dos meses em que os encaminhamentos foram realizados no período de novembro de 2008 a julho de 2011. Esse levantamento

---

<sup>5</sup> A formulação baseada em diagnósticos sindrômicos é um arranjo do autor deste trabalho.

pode ser observado na tabela abaixo (figura 13) que exhibe o somatório de encaminhamentos para avaliação psiquiátrica no período estudado.

### **OCORRÊNCIA AO LONGO DO PERÍODO**

<b>Jan</b>	<b>Fev</b>	<b>Mar</b>	<b>Abr</b>	<b>Mai</b>	<b>Jun</b>	<b>Jul</b>	<b>Ago</b>	<b>Set</b>	<b>Out</b>	<b>Nov</b>	<b>Dez</b>
5	3	4	9	7	3	11	3	2	5	7	4

Algumas ponderações devem ser feitas. O quantitativo de 63 encaminhamentos em termos absolutos é bastante reduzido, em que pese corresponder á totalidade dos encaminhamentos por escrito.

Outra observação é a de que os meses de agosto, setembro e outubro de 2011 não serão registrados nesse estudo em função da necessidade do término da pesquisa com vistas ao cumprimento dos prazos do mestrado profissional.

As guias de solicitação de encaminhamentos não contem campos para informações como data de nascimento, faixa etária, ocupação, profissão, não permitindo que análises envolvendo essas informações sejam feitas.

Os encaminhamentos realizados pelo médico do PSF Varjão eram mais detalhados, contendo mais informações sobre as razões do encaminhamento e o quadro clínico do paciente. Essa situação pode se dever ao fato de que todos os demais médicos compartilham seus prontuários comigo. (O médico plantonista também tem acesso ao prontuário se o atendimento no P.S. de Arrozal coincidir com o horário de funcionamento do PSF).

Para facilitar a comunicação por meio dos encaminhamentos feitos por escrito propus aos médicos encaminhadores que privilegiassem o Exame Psíquico, componente do Exame do Estado Mental onde não se utiliza termos técnicos da Psiquiatria.

Nos textos dos encaminhamentos o que observamos é a predominância da utilização, não raro confusa, de termos técnicos, o que denotaria um domínio insuficiente de Psicopatologia. Esse fato é reconhecido nas entrevistas com os médicos quando eles se dizem pouco capacitados em saúde mental (vide capítulo Análise das Entrevistas).

Assim temos que os médicos tentam resumir o que observam em um texto que se aproxima mais da Súmula Psicopatológica, este sim um componente do EEM que utiliza termos técnicos em Psiquiatria.

Aqui foi proposto que o médico registre o que lhe chamou a atenção durante o exame, sem exigir que ele tenha um amplo conhecimento de Psicopatologia.

Optei por esse tipo de linguagem, pois há um certo temor dos médicos não somente de Piraí, de fugir do linguajar técnico. De forma que a proposta de se utilizar apenas o Exame Psíquico, que está respaldada nos cânones da Semiologia Médica, poderia arrefecer esse temor. No campo da Semiologia Médica podemos citar, como exemplo, o trabalho de Porto (1990), em seu livro intitulado “Semiologia Médica”, amplamente adotado em escolas de Medicina no Brasil, que textualmente assegura que:

o emprego inexacto de um termo técnico pode comprometer toda a descrição de um quadro clínico, ao passo que o registro textual das palavras do paciente e/ou descrição de seu comportamento serão sempre úteis. (PORTO,1990).

## 6 ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

Tudo que quer de mim, irreais, expectativas desleais...

(Ben Harper e Vanessa da Mata)

Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com cinco médicos que elaboram encaminhamentos para avaliação psiquiátrica no PSF de Arrozal.

Essas entrevistas seguiram um mesmo padrão: foram realizadas nos locais de trabalho dos entrevistados e deram-se antes dos atendimentos ou no intervalo entre eles. O tempo médio de duração das entrevistas foi de trinta minutos.

Os médicos receberam e assinaram o Termo de Esclarecimento Livre e Esclarecido (TCLE) aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do IMS-UERJ (vide anexos) Os entrevistados receberam os devidos esclarecimentos sobre o propósito da entrevista e a natureza do trabalho. Todas as entrevistas foram gravadas em áudio em um aparelho de tecnologia digital. Os profissionais entrevistados tiveram as suas identidades mantidas em sigilo ao longo da execução deste trabalho.

Seguiu-se um roteiro elaborado e submetido à apreciação do orientador e do grupo de pesquisa por ele coordenado. Neste roteiro os seguintes tópicos foram abordados:

- a trajetória profissional do entrevistado: onde ele era instado a discorrer sobre como se deu a decisão de ser médico, em qual instituição se formou, quais outros cursos fez, onde mais trabalhou e como é seu cotidiano no PSF;
- quais as situações em saúde mental em que o entrevistado mais se depara: suas maiores dificuldades, as situações mais prevalentes;
- em que circunstâncias ele encaminha pacientes ao especialista, no caso o psiquiatra, e quais as expectativas existiriam em relação à avaliação deste profissional;
- quais as circunstâncias em saúde mental que ele decide continuar tratando.

Algumas observações merecem destaque. Todos os entrevistados foram extremamente solícitos e exibiram uma atitude bastante cooperativa para com o entrevistador. Manifestaram um grande interesse pelo tema e pareciam vislumbrar em seus depoimentos uma oportunidade de externar o que consideravam como ações equivocadas na saúde pública de Piraí.

Algo que esteve presente em quase todas as entrevistas foi um certo desapontamento quando era anunciado o término da entrevista. Expressões como “mas já acabou” ou “poxa, mas tava tão bom” foram recorrentes, de maneira que a todos foi reiterado, tal quando do momento da leitura do TCLE, que os entrevistados poderiam fazer contato com o entrevistador caso ocorresse algo que achassem relevante para acrescentar ou esclarecer.

### 6.1 O perfil dos entrevistados

Os cinco médicos entrevistados trabalham exclusivamente na rede pública.

Seus vínculos trabalhistas variam, sendo dois estatutários e três celetistas contratados por uma empresa conveniada que trabalha em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Pirai.

Quatro dos médicos são provenientes da UNIFOA, da cidade de Volta Redonda, e um deles tem na Universidade Federal do Rio de Janeiro sua instituição de ensino.

Três profissionais concluíram cursos de pós-graduação e tornaram-se especialistas em Clínica Médica, Geriatria ou Cirurgia Geral.

O tempo médio de conclusão do curso médico é visto na tabela que se segue (figura 14).

<b>Tempo de conclusão do curso médico</b>	<b>Número de médicos</b>
Até dois anos	01
De 7 a 15 anos	02
Mais de 30 anos	02

A composição dos entrevistados segue o que foi descrito da trajetória metodológica: foram entrevistados três médicos que trabalham no PSF Arrozal e outros dois médicos que não trabalham diretamente comigo, sendo um lotado no PSF Varjão e outro no Pronto-Socorro de Arrozal.



Para garantir a preservação do sigilo das identidades dos entrevistados estes foram denominados como *médicos 1, 2, 3, 4 e 5*.

O médico 1 tem uma inserção que difere dos demais profissionais. Com vínculo estatutário, o médico 1 não está inserido como médico de família no PSF de Arrozal. Antes sim, é um clínico geral que foi deslocado para aquele PSF e cumpre uma carga horária pequena, comparada aos demais. Ele é tido pela população como “o médico encaminhador”. Frases como “eu vou ao médico 1 pegar um encaminhamento” ou “eu vou no médico 1 pois ele não fica regulando os encaminhamentos” são comumente ouvidas no PSF.

O médico 2 é plantonista do pronto-socorro de Arrozal. Os médicos 3 e 4 são médicos de família no PSF Arrozal. O médico 5 está lotado no PSF do bairro Varjão que tem Arrozal como a referência para os atendimentos em Psiquiatria.

## **6.2 Sobre as entrevistas**

Há que se salientar que não percebi tanto na entrevista quanto nas falas dos moradores da comunidade uma impressão ruim sobre o trabalho do médico 1. Ele me pareceu bastante cuidadoso com os encaminhamentos e absorve a mesma quantidade de pacientes psiquiátricos que os demais médicos utilizando os mesmos critérios que eles.

De fato a inserção do médico 1 tornou-se vantajosa naquele arranjo institucional: “eu acabo diminuindo a pressão sobre os médicos de família”, diz o médico 1 em sua entrevista.

A “pressão” a que se refere o médico 1 é a meta de resolutividade de 85% que os médicos de família devem atingir. Para tanto os médicos de família só podem encaminhar 14% da demanda que lhes chega ao especialista, de qualquer área.

A referida pressão é tema presente nas entrevistas de todos os médicos de família. Ela é considerada como motivo de “*angústia*” para eles. O médico 4 ilustra com um exemplo: “se aparece pra mim uma redução da acuidade visual, eu tenho que encaminhar pro oftalmologista pois eu não tenho como fazer refração”.

O médico 3 diz que costuma receber “recadinhos” da Secretaria de Saúde quando extrapola a meta e aponta o pouco tempo pra realização das consultas

como um fator que pode contribuir para o aumento de encaminhamentos inadequados e/ou desnecessários.

O médico 5 faz coro com a questão do pouco tempo para as consultas e faz algumas considerações: “ há um movimento para que nós tenhamos que atender 16 pessoas num turno. Ora isso quer dizer uma pessoa a cada 15 minutos. O especialista tem mais tempo que a gente. E olha que tanto o especialista quanto o paciente podem focar, a anamnese pode ser dirigida pra aquela situação da especialidade. O médico de família não pode fazer isso”.

O tempo a que se refere o médico 5 é o que é recomendado por algumas sociedades de especialidades. A Associação Brasileira de Psiquiatria, por exemplo, recomenda um tempo mínimo de 20 minutos para a duração das consultas psiquiátricas. A prefeitura do Rio de Janeiro produziu um documento intitulado “Recomendações sobre o atendimento em saúde mental na rede básica” (CARVALHO & BORSOI, 2005) que também recomenda esse tempo e estabelece um limite de três consultas psiquiátricas a cada hora.

A questão do tempo de duração de consultas é um parâmetro utilizado no senso comum para avaliar se o atendimento prestado por um profissional ou um serviço é bom ou ruim. No cotidiano do serviço é comum ouvirmos frases como “ele atende rápido demais”, que denotaria uma falta de qualidade de atenção por parte do profissional de saúde.

No município de Piraí, que tem no acesso gratuito à internet uma marca, outra forma de comunicação deve ser levada em consideração. É sabido que existe uma expansão do assunto *saúde* na internet (SOARES, 2004). Há uma enorme oferta de sites que discutem temas ligadas à saúde. Numa busca simples no Google através da frase *Como procurar um psiquiatra* observa-se que uma das características do “psiquiatra ideal”, como aconselha um desses sites, seria aquele profissional que dedicasse no mínimo 30 minutos no primeiro atendimento.

O médico 5 prossegue em sua argumentação: “ tem dias em que tem 20 pessoas pra eu ver numa manhã, ou seja uma a cada 12 minutos. Como eu que não sou especialista tenho menos tempo pra avaliar do que você que é especialista?”

Nas entrevistas percebe-se que os médicos 1, 3, 4 e 5 optam por continuar acompanhando pacientes psiquiátricos com transtornos mentais comuns, como ansiedade e depressão leve. Salientam que tem dificuldade de acompanhar os

transtornos mentais severos e persistentes, casos de simulação que suscitam dúvidas (pacientes que parecem querer ganhos secundários como aposentadoria por invalidez, afastamento do trabalho, dentre outros).

Os dados acima estão de acordo com os dados observados na literatura. Assim é que existe um relativo consenso quanto à importância de um diagnóstico de psicose ou o risco de uma tentativa de suicídio como desencadeadores de encaminhamento para avaliação psiquiátrica, também se constata uma tendência dos médicos de manter consigo pacientes de quadros neuróticos (PRITCHARD, 1972; HULL, 1979; FAUMAN, 1983).

A depressão, segundo Nunes (2007), parece surgir como uma doença mais banalizada na sociedade contemporânea e talvez mais próxima do vivido de cada pessoa, para além de sua condição de profissional o que adiciona uma experiência de familiaridade ao manejo da mesma. Já as psicoses provocariam maior desconforto pela construção no imaginário social que a envolve e que atinge não só a população geral mas também os profissionais de saúde quando da sua formação.

O médico 2, que atua no pronto-socorro, não absorve pacientes psiquiátricos, fato que muitas vezes ocorre em prontos-socorros de municípios vizinhos. “Nesses municípios, e eu já dei plantão em alguns deles, parece que o plantonista fica com pena e continua atendendo pois a rede não oferece um serviço pra acompanhar aqueles pacientes.”, diz.

### **6.3 “Ao Dr. Marcelo”**

Com a ajuda do que se chama escrita poética vocês poderiam ter a dimensão do que poderia ser a interpretação psicanalítica (Lacan, sem. XXIV).

Do ponto de vista da natureza da demanda algumas peculiaridades foram observadas nas entrevistas.

Os médicos 1 e 2, talvez por terem inserções diferentes dos demais, relataram situações parecidas. O médico 2 é plantonista do pronto-socorro. Ambos observam que os pacientes que trazem questões ligadas à saúde mental demonstram resistência à consulta psiquiátrica. Em geral os pacientes solicitam ou

“aceitam melhor” consulta com psicólogo. O médico 1 diz que leva um certo tempo para “convencer” os pacientes a consultar o psiquiatra.

O médico 2 adota um procedimento diferente: “eu não digo que vou encaminhá-lo para o psiquiatra, pois ele poderia se sentir ofendido. Digo que vou encaminhá-lo ao doutor Marcelo, aí eles aceitam bem”

Sobre essa aceitação se fazem necessárias algumas considerações. Como estou lotado no PSF há algum tempo e a comunidade, ao que parece, faz uma boa avaliação do meu trabalho, o meu nome é bastante conhecido naquela localidade. Em verdade as pessoas também aceitam ir ao Dr. Marcelo, pois, não tem uma compreensão se o que faço é Psiquiatria, Neurologia ou Psicologia. Como aponta o médico 3, que não lança mão desse subterfúgio, “eles não sabem o que cada uma dessas três áreas de atuação exercem”.

Para Botega (1989) a aceitação do encaminhamento a um profissional de saúde mental é facilitada quando se fala em psicólogo. A idéia de que esse cuidaria de problemas “mais simples” é manifestada por muitos pacientes e igualmente assumida por alguns médicos.

Por outro lado, os médicos 3, 4 e 5 observam o contrário. A demanda que chega até eles em geral solicita atendimento psiquiátrico. “Em geral já é uma demanda que já tem um histórico de uso de psicofármacos alguns fazendo uso de diazepam há vinte anos” como aponta o médico 5.

Parece que a demanda que chega a esses dois grupos difere talvez pela característica da inserção desses profissionais. De um lado temos o médico 1, o “encaminhador” e o médico 2, plantonista. A eles parece chegar uma demanda mais espontânea. Do outro lado temos os médicos inseridos no PSF que trabalham com pacientes agendados e com uma clientela mais fixa. A população então teria como optar por um lado ou outro.

O médico 4 considera que existe uma procura exagerada pelo atendimento de pronto-socorro por parte da população em Piraí. Ele acredita que isso se deveria à baixa resolutividade da Atenção Básica do município. Prossegue o médico 4 ponderando que “pelo tempo de implantação do PSF em Piraí já se passou uma geração. De maneira que já era pra se ter modificado essa cultura de consultas em pronto-socorro. Mas o PSF não faz a parte dele”.

O médico 4, que é médico de família, concluiu suas duras críticas ao modelo de gestão da atenção básica de Piraí: “o PSF não funciona pois os médicos estão desmotivados: recebem baixos salários, estão sobrecarregados, com pressões de todos os lados e sem capacitação. É natural que a população, insatisfeita, procure o pronto-socorro”.

Todos os médicos entrevistados apontam a *falta de capacitação* como um problema. Consideram que nunca tiveram capacitações nas áreas de Psiquiatria e Neurologia. Observam que a graduação não forneceu uma formação sólida em Psiquiatria.

O médico 5 diz que o único contato que teve com a Psiquiatria depois da graduação teria sido comigo em uma reunião cuja duração não chegou a três horas em que estive com os o médicos de família de Piraí na Secretaria de Saúde.

Naquela ocasião conversamos sobre a possibilidade daqueles profissionais assumirem a assistência de alguns pacientes psiquiátricos estabilizados, com a devida supervisão do Programa de saúde mental. Fato é que os médicos aproveitaram a oportunidade para tirarem uma série de dúvidas sobre o uso de psicofármacos e sobre condutas frente a algumas situações psiquiátricas.

Pereira aponta que a carga horária curricular destinada a disciplinas de saúde mental em cursos de graduação e pós-graduação em Medicina e Enfermagem é não raro insatisfatória, de cunho predominantemente teórico, sem a oferta de estágios práticos com supervisão adequada, sob o predomínio do modelo biomédico e centrado no atendimento hospitalar, em detrimento dos aspectos psicossociais comunitários (PEREIRA, 2007).

O médico 4 tem duas hipóteses sobre a falta de capacitação oferecida aos médicos de família. A primeira seria “simplesmente por uma política de saúde inadequada que não valorizaria a adoção desse tipo de capacitação como estratégia de promoção de saúde”. Outra possibilidade para o médico 4 seria a de que o “gestor temeria que o médico não prescrevesse medicações mais baratas, as que o município disponibiliza, pois o médico, uma vez capacitado, teria mais acesso a informação sobre medicações mais modernas e optaria por essas”.

A relação dos médicos com a informação é objeto de muitos estudos, mas a hipótese aventada pelo médico 4 me faz refletir que uma atualização em Psiquiatria é algo imperioso. Retomando a perspectiva de Pignarre, discutida na Introdução

desse trabalho, os médicos muitas vezes têm como única fonte de informação as propagandas dos representantes da indústria farmacêutica (PIGNARRE, 1997).

A ausência de uma estratégia de capacitação poderia contribuir para que os médicos ficassem cada vez mais à mercê desse cenário.

#### **6.4 “Os pacientes do Dr. Marcelo tem imunidade”**

O processo de medicalização se revela em algumas entrevistas. O médico 5 é mais contundente. Diz que os agentes comunitários de saúde (ACS) realmente o pressionam para encaminhar situações problema para avaliação psiquiátrica: “é impressionante, tem situações em que eles inventam, exageram na descrição dos sintomas e aí eu sou obrigado a ver e encaminhar pra você. Os ACS chegam a me culpar se aquela pessoa causa algum problema!”.

O médico 5 também cita situações em que pacientes psiquiátricos que já estão em acompanhamento comigo são levados para outros tipos de avaliação clínica desnecessários: “eles não tem nada clínico, mas ficando um pouco diferente vão pra minha sala”.

O médico 5 relata ainda situações nas quais os pacientes psiquiátricos seriam “*superprotegidos*” no PSF, não podendo ser responsabilizados por algumas atitudes: “tem uma funcionária do posto que está deprimida e está sendo acompanhada por outro psiquiatra. Ela diz que nos seus dias de irritabilidade tem vontade de quebrar tudo, mas ela não faz isso. Mas ela diz que os pacientes do Dr. Marcelo tem imunidade !”.

Alguns entrevistados lidam de forma diferente com essas situações. O médico 4 diz que se posiciona de “*maneira bem técnica*” perante a população e os demais profissionais de saúde de maneira que esses pedidos de solicitação de encaminhamentos não chegam mais até ele.

O médico 5 acredita que os ACS são “bastante pressionados para darem conta das suas áreas”. E esse “dar conta”, segundo o médico 5 poderia ser interpretado pelos ACS de maneira equivocada: “se nós médicos estamos carentes de capacitação imagine eles”, diz, “não sei qual é o entendimento que eles tem do seu papel”.

## 7 CONCLUSÃO

“Não há como que as grandezas machas duma pessoa instruída! ‘Disse: - "A gente tem cada cisma de dúvida boba, dessas desconfianças... Só pra azedar a mandioca..." “Agradeceu, quis me apertar a mão.”

(Guimarães Rosa)

Este trabalho se utilizou de entrevistas semi-estruturadas com os médicos que realizam os encaminhamentos para avaliação psiquiátrica, análise dos encaminhamentos por escrito e a observação de campo como uma triangulação de métodos e, se não chegou a algumas respostas, ao menos espera contribuir com algumas reflexões.

Assim é que a expectativa é de que esse estudo possa trazer subsídios para a gestão de saúde de Piraí que tem na constante avaliação de suas estratégias e ações uma característica reconhecida no Estado do Rio de Janeiro.

Processos de medicalização estão presentes no cotidiano do PSF de Arrozal e as entrevistas dos profissionais de saúde são eloquentes nesse sentido.

A questão da *capacitação* em saúde mental para os médicos e Agentes Comunitários de Saúde mais do que uma queixa é uma estratégia que parece necessária no combate aos processos de medicalização. Porém a metodologia dessa capacitação deve levar em conta que a simples transmissão verticalizada de informações técnicas do campo da saúde mental pode não contribuir para a ressignificação de processos de trabalho.

Por outro lado a simples lotação de profissionais de saúde mental não garante essa ressignificação. Antes sim, a simples presença de profissionais de saúde mental no PSF de Arrozal pode apenas respaldar a não co-responsabilização pelos problemas em saúde mental. Parafraseando Conrad pode atuar como um *motor da medicalização*, por tratar-se de uma geração de oferta que não procura regular a demanda.

A adoção de uma estratégia de capacitação em serviço deve levar em conta as diferentes trajetórias de vida dos profissionais de saúde do PSF de Arrozal, pessoas que têm percursos acadêmicos e profissionais dos mais diversos, além da *territorialidade* daquelas pessoas.

Os PSF, bem como os CAPS, são serviços de base comunitária. Não existem dois CAPS iguais o mesmo ocorrendo com os PSF. Acreditando, então, que deveríamos trabalhar com conceitos e não com definições, um dos conceitos que norteiam a saúde mental é o de *territorialidade*.

A palavra *território* etimologicamente deriva de *terra*. Há, porém, outra acepção que apregoa a sua origem em *terror*. Territorialidade seria, portanto, o local onde o indivíduo exerce o seu terror, o terreno onde alguém produz sentidos e significados, território para alguém (CAPISTRANO FILHO, 1997).

Ao referir-se aos pacientes adultos jovens, Perrault argumenta que a

má utilização dos serviços existentes por essa população pode ter relação direta com o fato de aqueles ainda serem calcados numa concepção de tratamento que tinha como alvo doentes crônicos, que viveram longo tempo em regime de exclusão. O paciente grave hoje vive na comunidade e circula na rede de saúde, e as ações desenvolvidas não podem mais ser isoladas, localizadas dentro dos serviços. O sucesso e as falhas do tratamento deverão ser compreendidos ao olharmos um espaço que não é mais o interior de uma instituição, mas o espaço fluido das ligações entre os serviços (PERRAUT *apud* CARVALHO, 2002, p.177).

O professor Milton Santos em seu livro “O Espaço do Cidadão” faz considerações sobre o território que julgo oportunas para as ações em saúde. Ele amplia a noção de território pois não o restringe a critérios geopolíticos, considerando-o como espaço em permanente construção:

mudanças no uso e na gestão do território se impõe, se queremos criar um novo tipo de cidadania, que se nos ofereça como respeito à cultura e como busca da liberdade. (SANTOS, 1996).

Tecidas essas considerações acredito que o emprego do termo *capacitação* torna-se inadequado posto que pressupõe uma tarefa quase messiânica e, às vezes, contraditória: de *tornar capaz* um profissional, como o ACS, por exemplo, desconsiderando seu *modus vivendi*, seus processos de trabalho e a experiência clínica acumulada por essas pessoas.

Assim a questão da (de) formação dos profissionais da área de saúde também deve ser discutida em nível nacional antes que um aventureiro se arroge na quixotesca batalha da *capacitação*.

Acredito que o conceito de *Resiliência*, enquanto capacidade de superar os desafios da vida (WALSH, 2005), deveria ser mais difundido e aprofundado na



Atenção Básica em Arrozal. Trata-se de um conceito de fácil transmissão do ponto de vista pedagógico e que se contrapõe à *medicalização*.

Para Walsh (2005) o conceito de resiliência em muito contribui no entendimento e tratamento dos sobreviventes individuais de traumas e adversidades.

Ao meu juízo, ainda existe uma tendência, no senso comum, de se acreditar que todo acontecimento ruim deixa “traumas”. Em meio a um contexto como o de Arrozal, marcado por processos de medicalização, de *psiquiatrização* das coisas da vida, investir numa lógica que opera num sentido oposto, de capacidade de superação, pode se constituir numa tarefa árdua, porém necessária.

Discutindo mais detidamente a inserção dos médicos, e acreditando que, pela influência que a formação médica exerce sobre outras graduações na área de saúde (ZAIHAF,1997), observamos a ocorrência de uma certa pobreza no repertório vocabular desses profissionais.

Os médicos no Brasil têm uma formação tecnocrática, biomédica, que se divorciou de outros campos das ciências humanas como a Antropologia, a Sociologia, Filosofia, dentre outros. Observamos no cotidiano que os médicos, ao conversar sobre os assuntos corriqueiros da vida (quando há vida para além dos ambientes de trabalho) expressam seu pensamento através da utilização de palavras e expressões apreendidas da literatura técnica da Medicina.

Ao que parece, e aqui emito uma impressão pessoal (e não um dado produzido por uma pesquisa com rigor metodológico), muitos dos médicos no Brasil têm como hábito de leitura a busca de informação em fontes como os livros técnicos de Medicina e, quando muito, jornais e sites da *media*. E, ainda assim, nos jornais, apenas o “caderno de esportes,” o “jornal da TV”, ou “os classificados”, sem maiores aprofundamentos em outras áreas do conhecimento humano.

Outro objeto da leitura dos médicos, como citado na Introdução desse estudo é a literatura fornecida pela indústria farmacêutica.

Desta feita os médicos no Brasil parecem privilegiar a busca de informação e não a construção de um conhecimento. Nesse processo de busca da informação os médicos possuem poucos instrumentos para avaliar a qualidade das informações recebidas.

De forma que se tem um terreno fértil para uma série de desdobramentos ruins, como a própria medicalização. Os médicos, como todos os brasileiros, deveriam ser estimulados ao hábito da leitura, para além da literatura técnica.

O termo *grade* curricular tem, realmente, um potencial aprisionador. A formação médica deveria transmitir ao estudante de Medicina instrumentos que conferissem uma habilidade de crítica sobre a qualidade das informações que ele recebe.

Em verdade acredito que esse tipo de instrumentalização já deveria ocorrer desde a infância, na Educação como um todo. Ainda convivemos com práticas de ensino no Brasil que privilegiam, desde a tenra idade, o acúmulo de informações em detrimento do desenvolvimento de uma capacidade de crítica, e os cursos de graduação, não apenas da saúde, não raro reforçam essa distorção.

Há que se lembrar que Piraí é campo de formação para estudantes de outras áreas da saúde (vide cap. Descrição do Campo) Seria uma oportunidade de revigorar uma habilidade que se espera, por exemplo, de um bom médico: a sua capacidade de comunicação com os pacientes.

A adequação linguística permite que o médico torne-se inteligível para o paciente e para os demais profissionais de saúde, não ficando aprisionado aos jargões da Medicina. Para tanto, ao meu juízo, há que haver uma reforma no ensino no Brasil, de forma que seja possível, como apregoa Bechara, que o professor transforme o aluno em *poliglota na própria língua* (BECHARA, 1993).

mostrando-lhe as variedades regionais, os recursos estéticos, as diferenças do léxicos, a língua literária regional, as mudanças que a língua sofre no tempo. A nova filosofia da educação lingüística está em mostrar ao aluno que existe um plurilingüismo que ele deve dominar na medida de suas necessidades. (BECHARA *apud* SIMON, p. 374).

Transformar o aluno num poliglota dentro da própria língua possibilitaria ao aluno:

escolher a língua funcional adequada a cada momento de criação e até, no texto em que isso se exigir ou for possível, entremear várias línguas funcionais para distinguir, por exemplo, a modalidade lingüística do narrador ou as modalidades praticadas por seus personagens. (BECHARA, 1993, p.14).

De forma que essa transformação proposta por Bechara contribuiria tanto do ponto de vista da comunicação dos médicos (e os demais profissionais de saúde)

com os pacientes, como também para que os profissionais de saúde estivessem instrumentalizados para interpretar os textos dos artigos científicos, dos livros utilizados no Campo da Saúde, etc.

Ainda no que tange á discussão da formação médica e dos demais profissionais de saúde recorro ao pensamento de Clarice Lispector que acredita na diferenciação de vocações, talentos e dons.

Para ter o que eu tinha eu nunca precisara de dor nem talento. O que eu tinha não era conquista, era dom. Só tive a facilidade dos dons e não o espanto das vocações. (LISPECTOR, 1998, p 29).

As “pressões” a que se referem os entrevistados deveriam ser mais esclarecidas. Questões como a sobrecarga e o pouco tempo para a realização dos atendimentos devem ser enfrentadas pela gestão de saúde do município.

O papel dos ACS que parecem se prestar a uma função de controle e vigilância de suas áreas de ação também deve ser discutido.

A assistência não é algo unidirecional. É voltada para o assistido, porém, para que se preserve a qualidade da assistência, há que se prover condições para quem assiste.

A clínica da infância e adolescência tem suas peculiaridades e merece um espaço de reflexão pois a proliferação de diagnósticos neste campo é marcante (vide Introdução). No que tange aos riscos da medicalização há que se perceber que toda classificação de pessoas gera uma resposta (BRZOZOWSKI & CAPONI).

O conceito de *nominalismo dinâmico* (HACKING,1992), citado na introdução deste trabalho, poderia nos ajudar a mensurar os riscos de um processo de medicalização em massa, ou de psiquiatrização em massa, particularmente no campo da saúde mental da Infância e adolescência.

Pode-se depreender que os fluxos de encaminhamentos sofrem influência de uma série de variáveis. Dentre as quais as características de personalidade dos médicos, sua atitude frente às diversas situações que se apresentam no cotidiano do PSF e essas nuances são apreendidas pela população.

Na literatura pertinente ao campo da atenção básica observamos a suposição de que há uma relação entre o modo de produção de cuidado e a construção de significados para o serviço de saúde por parte dos usuários e essa parece ser uma das formas da construção da demanda (MERHY & FRANCO, 2010).

Assim é que o morador de Arrozal, por meio de uma comunicação que se estabelece entre os moradores da comunidade, procura o profissional de saúde que estaria mais afeito às suas vicissitudes. Uma comunicação cotidiana que se mostra rápida, eficaz e que poderia ser mais explorada por trabalhadores e gestores ao se implementar políticas de saúde.

Assumo a perspectiva de Acioli (2010) que acredita na necessidade da identificação de outros espaços de escuta da população, para além das formas de participação institucionalizada, visando o reconhecimento dos modos de participar que a população prioriza. As vozes da população, fundamentalmente, devem ser ouvidas, reconhecidas como provenientes de uma sabedoria prática e incorporadas às práticas profissionais na atenção à saúde (ACIOLI, 2010).

Nos diversos Programas de saúde mental pelo Brasil existe o dispositivo das assembleias, que envolvem a participação de pacientes, familiares e profissionais de saúde mental.

Esse dispositivo tem como objetivo oferecer espaços de discussão acerca da assistência. Geralmente com frequência mensal é um recurso que pode evitar a cronificação das ações do serviço em questão.

Esse exercício de construção coletiva poderia contribuir para uma maior implicação dos envolvidos na assistência ali oferecida, aliado a outro dispositivo que é o conselho municipal de saúde, instituído no município de Piraí desde 1991 que se reúne mensalmente (PIRAÍ, 2009).

Talvez esse dispositivo, tão caro à saúde mental, com as devidas adaptações, possa ser útil na Atenção Básica como uma estratégia que permita ouvir os atores que fazem parte do cotidiano do PSF, ou seja, usuários, profissionais de saúde, estudantes e gestores. Parte-se aqui da premissa de que os processos de formação, os modos de cuidar e os modos de gerir são indissociáveis, ainda que distintos (HECKERT, 2007).

Outro dispositivo que poderia ser utilizado seria o estímulo à publicação de trabalhos coletivos por parte dos ACS e demais profissionais de saúde. Esse exercício possibilita uma maior reflexão sobre a prática.

Piraí já realiza um seminário com uma *mostra de experiências exitosas*. Acredito que Piraí tem reais condições de ampliar as oportunidades de publicização das experiências dos serviços ao discutir experiências exitosas e as situações limite.

Dessa forma divulgamos nosso trabalho, repensamos nossa prática, desenvolvemos nosso potencial de ensino e pesquisa através do atravessamento de saberes.

A consolidação dos PSF e do CAPS como campo de ensino e pesquisa, pode trazer muitos avanços na assistência. O estagiário, com seus questionamentos, promovem uma reflexão sobre concepções pré-estabelecidas e esses questionamentos devem ser estimulados. É um exercício que a equipe deve realizar, como apregoa COURBISIER (1994) ao postular o conceito de *Ética da Humildade*, ou seja, deixar-se atravessar por diversos saberes, incluindo aí o saber do estudante.

Durante a execução desse trabalho perseverarei na expressão *construção coletiva*. Acredito que nossos pressupostos na Atenção Básica devem ter como horizonte a superação da dicotomia saúde mental *versus* Atenção Básica. Se de fato operarmos no sentido da superação desse dualismo, detendo os processos negativos de medicalização, estaremos nos *conduzindo ao bom caminho*, rumo à promoção de uma saúde, de fato, coletiva.

É o parecer.

## REFERÊNCIAS

ACIOLI, S. *Participação Social na Saúde: revisitando sentidos, reafirmando propostas*. In: PINHEIRO, R; MATTOS R. A. (Org.). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: Abrasco, 2010.

ABRANSON, J. *Overdo\$ed America: the broken promise of american medicine*. New York: Harper Perennial, 2005.

BAUMAN, Z. *O mal estar da pós-modernidade*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. 1998.

BAREMBLINTT, G. *O Compêndio de análise institucional e outras correntes*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tentos, 1972.

BECHARA, E. *O ensino da gramática. Opressão? Liberdade?* 7. ed. São Paulo: Ática. 1993.

BERNICK, M. A.; LOTUFO-NETO, F; ANDRADE, L. H. *A importância médico social dos transtornos ansiosos*. In: GENTIL, V (Org.). *Pânico, Fobias e Obsessões: A experiência do projeto Ambam*. 3. ed. São Paulo. Ed. Universidade de São Paulo, 1997. Cap. 3, p. 55-65.

BOTEGA, N. J. *No hospital geral: lidando com o psíquico, encaminhando ao psiquiatra*. 1989. 279 f. Tese (Doutorado em Saúde Mental) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1989.

BOTEGA, N.J; (Org). *Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência*. Porto Alegre: 2. ed. Artmed, 2006. p. 89.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). Portaria n.º 336, de 19 de fevereiro de 2002. Lei n.º 10.216, de 06 de abril de 2001. Redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

CAMARGO JR, K. R.. *Medicalização: um quadro de referência*. In: Pinheiro, R., SILVA JR, A. G. (Org.). *Por Uma Sociedade Cuidadora*. 1. ed. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO, 2010. p. 209.

\_\_\_\_\_. *Public Health and the Knowledge industry*. Rev. saúde pública. 2009. v. 43. g. 1078-83.

\_\_\_\_\_. *As armadilhas da concepção positiva de saúde*. Physis: Rev. saúde coletiva do Rio de Janeiro, 76 (1): 63/76, 2007.

\_\_\_\_\_. *Medicina, medicalização e produção simbólica*. In: Pitta, A. Saúde & Comunicação - Visibilidades e Silêncios. ed Hucitec. São Paulo, 1995.

CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. 6. ed. rev. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2007. p. 96.

CAPONI, S. *Biopolítica e medicalização dos anormais*. Physis, vol. 19, n. 2. Rio de Janeiro, 2009.

CARVALHO, A.; BORSOI, P. *Recomendações sobre o atendimento em saúde mental na rede básica*. Prefeitura da cidade do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2005.

CARVALHO, M. *Os desafios da desinstitucionalização: integração de serviços e continuidade de cuidados*. In: Cadernos IPUB n. 21. 2002.

CORDEIRO, H. A. *A indústria de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

COURBISIER, C. *A ética da humildade*. Revista do Círculo Psicanalítico. Rio de Janeiro, 1994. p. 89-100.

CONRAD, P. *The medicalization of society*. Baltimore. The Jonh Hopkins University Press, 2007. p.4.

CRUZ FILHO, D. D. *A ambulatorização psiquiátrica na previdência social do Brasil*. (Dissertação de Mestrado em Saúde) - Universidade Federal da Bahia, 1983, p.18.

FAULMAN, M.A. *Psychiatric components of medical and surgical practice II:referral and treatment of psychiatric disorders*. American Journal of Psychiatry, v.140, n.6, p.760-763, 1983.

FORTES, S. *Transtornos Mentais na atenção primária: suas formas de apresentação, perfil nosológico e fatores associados em unidades do programa de saúde da família do município de Petrópolis/Rio de Janeiro*. Brasil, 2004. p. 154. (Tese de Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social. Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro 2009.

FOUCAULT, M. *Vigiar e Punir. O Nascimento da Prisão*. 32. ed. Petrópolis: Vozes, 1987. p. 280.

FRANCES, A. Disponível em < <http://www.bmjbrasil.com.br>>. Acesso em 8 de set. 2011.

HECKERT, A. L.; NEVES, C. A. B. *Modos de formar e modos de intervir: quando a formação se faz potência de produção de coletivo*. In: Pinheiro, R.; BARROS, B. M. E. & MATTOS, R. A. M. *Trabalhos em equipe sob o eixo da Integralidade: valores, saberes e práticas*. Rio de Janeiro. CEPESC – IMS-UERJ-ABRASCO. 2007.

HORWITZ, A. *Creating mental illness*. Chicago: The University of Chicago Press, 2002.

HOUAISS, *Dicionário Houaiss de Língua Portuguesa*. 1. ed. Rio de Janeiro. ed. Objetiva, 2009.

HULL, J. *Psychiatric referral in general practice*. Archives of General Psychiatry. v.36, p. 406-408, 1979.



JAPIASSÚ, H. *O Sonho Transdisciplinar e as Razões de Filosofia*. 1 ed. Rio de Janeiro: Imago, 2006. p. 8.

KIEV, A. *Magic, Faith and healing*. New York: Free Press of Glencoe, 1971.

LANE, C. *How normal behavior became a sickness*. London: Yale University Press, 2007.

LEAL, E. M.; DELGADO, P. G. *Clínica e cotidiano: o CAPS como dispositivo da desinstitucionalização*. In: PINHEIRO, R.; GUDJOR, A. P.; SILVA, JR., A. G.; MATTOS, R. A. (Org.). *Desinstitucionalização da Saúde Mental: contribuições para estudos avaliativos*. 1. ed. Rio de Janeiro, CEPESC/IMS/LAPPIS: ABRASCO, 2007. p. 284.

LIMA, L. C. *A teoria da literatura em suas fontes*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

LIMA, N. L. *A clínica psicanalítica de crianças com problemas orgânicos*. In: *A clínica Psicanalítica de crianças com transtorno de desenvolvimento: uma contribuição no campo da Psicanálise e Saúde Mental*. ed. Autêntica. 2003.

LINSPECTOR, C. *A paixão segundo GH*. ed. Rocco. Rio de Janeiro. 1998, p.29.

MERHY, E.; FRANCO, T. *A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde*. In: *Construção Social da Demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ:ABRASCO, 2010.

NUNES, M.; JUCÀ, V. J.; VALENTINA, C. P. B. *Ações de saúde mental no programa de 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, p. 2375-84, out. 2007.

OMS. *Mental Health care in developing countries: a critical appraisal of research findings*. Geneva; world Health organization: 1984. (WHO Technical Report Series, 698).

PEREIRA, A. A. *Saúde Mental para médicos e enfermeiros que atuam no programa de saúde da família: uma contribuição sobre o processo de formação em serviço*. In: *Saúde Mental na Atenção Básica*. Cadernos IPUB, vol XIII, n. 24. Rio de Janeiro: UFRJ/IPUB, 2007.

PIGNARRE, P. (1997). *Qu' est-ce q'um médicament*. Um objet étrange, entre science, marche ET société. Paris: La Decouverte.

PIRAÍ (RJ). Secretaria Municipal de Promoção Social. *Plano Municipal de Assistência Social de Piraí*. Piraí. 2005.

PIRAÍ (RJ). Secretaria Municipal de Saúde. *Relatório da Gestão da Saúde*. Piraí. 2009.

PRITHARD, M. *Who sees a psychiatrist*. A study of factors related by psychiatrists by general practitioners. *British Medical Journal*. v. 48, p.174-182, 1962.

PORTO, C.C. *Semiologia Médica*. Rio de Janeiro. ed. Guanabara Koogan. 1990.

RODRIGUES, J. T. *A medicação como únicas respostas: uma miragem no contemporâneo*. *Psicologia em Estudo*. Maringá, v.8, p.13-22, jan/jul 2003.

ROSA, G. *"Primeiras Estórias"*. Rio de Janeiro: ed. Nova Fronteira, 1988, p.1.

SANTOS, M. *O espaço do cidadão*. 3. ed. ed. Nobel. São Paulo, 1996.

SIMON, CVB *Língua Portuguesa: aurora ou crepúsculo*. In: *Anais do 5º Encontro do Celsul*, Curitiba-PR, 2003 (372-377).

SOARES, M. C. *Internet e saúde: possibilidades e limitações*. In: Revista Textos de La ciberSociedad, Temática Variada. 2004. Disponível em <<http://www.cibersociedad.net>>.

TAVARES, F. M. *Encaminhamentos ao ambulatório de psiquiatria, elaborados por médicos de família: análise em quatro municípios do leste de Minas Gerais*. Felipe de Medeiros Tavares. 2008. (Dissertação de Mestrado). Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. 131f.

TESSER, C. D. *Medicalização social (1): o excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde*. *Medicalização social (1): o Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v.9, n. 18, p.61-76, jan/jun 2006. Na atenção básica. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v.10, n. 20, p.347-62, jul/dez 2006.

TEIXEIRA, M. O. L. T. *Algumas reflexões sobre o conceito de cura em Psiquiatria*. In Cadernos IPUB: Por uma assistência Psiquiátrica em Transformação. n. 3, 1996, Instituto de Psiquiatria da UFRJ.

TORRENTÈ, M. *Ressouces alternatives em Santé mentale*. (Dissertação de Mestrado). Montreal: Département d'Anthropologie, Université de Montreal: 1995.

VIANNA, C. M. M. *Estruturas dos Sistemas de Saúde: do complexo médico-industrial ao complexo médico financeiro*. Physis... concluir.

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, 71p.

WALSH, F. *Fortalecendo a Resiliência Familiar*. ed. Roca. São Paulo. 2005.

ZAIDHAFT, S. *A Saúde Mental no Hospital Geral e seu impacto sobre a formação médica*. In: Cadernos IPUB/ Instituto de Psiquiatria da UFRJ- Vol. 1, n.1 Rio de Janeiro. UFRJ, 1997.

**ANEXO A- LETRA DA MÚSICA “PRECONCEITO”****Preconceito**

**Preconceito é besteira**

**Seja de raça ou de cor (REFRÃO)**

**Seja de perto ou de longe**

**O que vale é o amor**

**Essa idéia afasta,separa, ignora**

**Causa dor e sofrimento**

**Só o sabe quem o sente**

**Dói bastante dentro da gente**

**REFRÃO**

**Não somos perigosos**

**Muito menos desumanos**

**Temos direito à vida**

**Temos direito ao amor**

**Podemos parecer diferentes**

**Podemos parecer esquisitos**

**Com paciência mostramos**

**Que somos bem parecidos**

**REFRÃO**

**O amor é uma virtude**

**O preconceito é um pecado**

**Você não tem o direito**

**De me manter aprisionado**

## ANEXO B – TEXTO DE LIMA BARRETO

O texto a seguir foi escrito por Lima Barreto e faz referência ao período em que o escritor permaneceu internado, entre 1919 e 1920 no hospício Pedro II, na praia vermelha.

“Era um moço da minha idade, conhecido da rua, mas, conforme meu hábito, já que ele não se deu a conhecer, eu não me dei também. Em rigor, ali, doente indigente, pária social, a mais alimentar dignidade fazia eu não o fizesse, e, por estar em tal estado, temia-o muito. Sentia, não sei porque, nesse rapaz, um grande amor à novidade uma pressa e açodamento, muito pouco científicos, em experimentar o “remédio novo”. Percebia-se pelo seu ar abstrato, distraído, que era homem de leituras; mas também que era inquieto e sôfrego. Faltavam-lhe a capacidade de meditação demorada, de paciência em examinar durante muito tempo o pró e o contra de uma questão; não havia nele a necessidade de reflexão sua, de repensar o pensamento dos outros até admitir como sua a evidência, tida por um outro como tal. Essa sua falta de método, junto a minha condição de desgraçado, davam-me o temor de que ele quisesse experimentar em mim um processo novo de curar o alcoolismo em que se empregasse uma operação melindrosa e delicada. Pela primeira vez, fundamentalmente, eu senti a desgraça e o desgraçado. Tinha perdido toda proteção social, todo direito sobre meu corpo, era assim como um cadáver de anfiteatro de anatomia”.

Barreto, Lima – *Diário do Hospício: Cemitério dos Vivos*. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Cultura, Departamento geral de Documentação e Informação cultural, Divisão de Editoração; 1993; p.175.