



**Prática
psiquiátrica
em
consultório**



Atualmente existe um movimento de consolidação do conhecimento psiquiátrico, a partir do estudo das alterações biológicas nas doenças mentais. Novas tecnologias que permitem o estudo do sistema nervoso central *in vivo* trouxeram um avanço importante para a psiquiatria. As neurociências também trouxeram contribuições inestimáveis para a compreensão do sistema nervoso, seus aspectos fisiológicos, bioquímicos e moleculares. A década de 90 foi considerada pela Organização Mundial da Saúde como a “década do cérebro”, e temos a esperança de que o aprofundamento dos estudos leve a uma compreensão da fisiopatologia e até da etiologia das doenças mentais. Por outro lado, por mais minuciosa que seja a compreensão dessas alterações biológicas, não se deve esquecer dos aspectos psicológicos e sociais do doente. A abordagem psiquiátrica implica a necessidade de um conhecimento da dinâmica psicológica da pessoa. Portanto, modelos integrativos que superem a dicotomia mente-cérebro constituem ainda um desafio da psiquiatria.

Para falar da prática psiquiátrica de consultório iremos rever algumas particularidades da doença mental, como aspectos epidemiológicos, o impacto da doença no paciente e no seu meio, o estigma social e pessoal e a importância do diagnóstico, assim como suas implicações na evolução, prognóstico e tratamento. Em seguida abordaremos o instrumento de trabalho do psiquiatra, as particularidades da prática psiquiátrica, e por último o consultório propriamente dito.

EPIDEMIOLOGIA DOS TRANSTORNOS MENTAIS

Andrade et al. (1997) realizaram um estudo epidemiológico sobre os transtornos mentais em uma área de captação da cidade de São Paulo, cujos dados encontram-se resumidos na Tabela 1. Os autores concluem que aproximadamente uma em cada duas pessoas apresentou sintomas compatíveis com um transtorno mental ao longo da vida. As prevalências foram semelhantes às encontradas em outros países, como EUA (Blazer et al., 1994) e Suíça (Angst, 1992), em estudos que utilizaram metodologias semelhantes. A prevalência de dependência de drogas está subestimada, devido a características do instrumento e da população estudada. Os autores verificaram também que o risco para a maioria dos quadros mentais é maior em mulheres, exceto uso abusivo

RICARDO ALBERTO MORENO é coordenador do Grupo de Estudos de Doenças Afetivas (Gruda) do Instituto de Psiquiatria do Hospital da Faculdade de Medicina da USP; professor de pós-graduação do Departamento de Psiquiatria e da Pós-graduação em Ciências, área de Fisiopatologia da FMUSP.

DORIS HUPFELD MORENO é mestre em Medicina e supervisora do Grupo de Estudos de Doenças Afetivas (Gruda) do Instituto de Psiquiatria do Hospital da Faculdade de Medicina da USP.

ou dependência de álcool, drogas e tabaco. Indivíduos entre 25 e 59 anos são mais vulneráveis, o que traz grande impacto na economia, pois constituem a maior parte da população economicamente ativa. A presença de algum transtorno psiquiátrico aumenta o uso de serviços de saúde, porém poucos têm acesso a profissionais da área de saúde mental. Mulheres e pessoas acima de 60 anos foram os grupos que mais buscaram os serviços de saúde, mas apenas 8,3% da população procurou atendimento “psicológico” (psiquiatra, psicoterapia, aconselhamento psicológico). Indivíduos com transtornos ansiosos ou depressivos foram os que mais procuraram ajuda psicológica de qualquer natureza. Esses resultados não são representativos da população brasileira. Refletem somente o perfil da população urbana da região de Cerqueira César e Jardim América, bairros de classe média em São Paulo. Essa população é representativa da que chega ao consultório, já que indivíduos de classe média e alta formam a clientela que procura atendimento particular.

IMPACTO DA DOENÇA MENTAL

As doenças mentais via de regra são transtornos crônicos, que podem durar a vida inteira, mas ser controlados em larga escala. Tomando como exemplo apenas a depressão, que acomete 15% a 20% da população em algum momento da vida, constata-se que deveria ser encarada como um problema de saúde pública em todo o mundo. Figura como um dos transtornos que merecem prioridade de diagnóstico e tratamento por parte de médicos e outros profissionais de saúde. Um grande estudo da Organização Mundial da Saúde sobre o “Ônus Global das Doenças” reconheceu a depressão como a doença que ocasiona maior comprometimento e sofrimento, a primeira causa entre todas as condições que levam à “incapacidade ajustada aos anos da vida”. Os custos diretos (diagnóstico e tratamento) e indiretos (perda de emprego

e produtividade no trabalho, mortalidade por suicídio) são imensos, sem falar no sofrimento duradouro que gera nos indivíduos e suas famílias, mais ainda por atingir a população jovem (Moreno, 1995).

ESTIGMA DA DOENÇA MENTAL

O psiquiatra precisa lidar com o estigma da doença mental, fato vivenciado desde o curso médico. O encaminhamento de pacientes com problemas psiquiátricos da comunidade para tratamento em geral é visto como algo desejável e possível, mas atitudes estereotipadas e estigmatizantes acerca da doença mental (considerada “loucura”) podem constituir obstáculos na capacidade do paciente em reintegrar-se socialmente. Essas atitudes negativas podem ser expressadas por membros da família, amigos, público em geral, empregadores e mesmo médicos. Estudantes de medicina e médicos tendem a considerar o tratamento do paciente psiquiátrico como difícil e pouco compensador (Lawrie et al., 1998). Estudos recentes mostram que entre os pacientes com doença psiquiátrica, aproximadamente metade diz ter sido mal tratada nos serviços de saúde de cuidados primários e um terço queixou-se que seu médico clínico o tratou de forma incorreta (Lawrie et al., 1998).

Muitos pacientes que nos procuram solicitam explicitamente o sigilo, alguns chegam a pedir para não telefonar ao seu domicílio ou local de trabalho. Outros se apresentam na esperança de ver identificado algum problema clínico (“doença do corpo”) que justifique seu estado mental. De outro lado, os familiares podem atribuir o estado do paciente a preguiça, falta de empenho para superar o “estresse” ou a defeito de caráter, entre outros. A primeira orientação nesses casos é colocar o problema como uma doença do corpo que se manifesta em parte por meio de alterações comportamentais e com sintomas psicológicos, enfatizando que não há culpados. Outra dificuldade enfrentada relaciona-se

TABELA 1

PREVALÊNCIA (PORCENTAGEM \pm ERRO PADRÃO) DE TRANSTORNOS MENTAIS
AO LONGO DA VIDA, NO ANO E NO MÊS ANTERIOR À ENTREVISTA

Diagnóstico (% \pm ep)	Ao longo da vida (% \pm ep)	No ano anterior (% \pm ep)	No mês anterior (% \pm ep)
Algum transtorno	45.9 \pm 1.6	26.5 \pm 1.3	21.9 \pm 1.2
Algum transtorno, exceto dep. de tabaco	33.1 \pm 1.3	18.5 \pm 1.1	15.2 \pm 1.1
Depressão maior	16.6 \pm 0.15	6.7 \pm 0.8	4.1 \pm 0.5
Distímia	4.3 \pm 0.5	1.4 \pm 0.3	1.1 \pm 0.24
Transtorno bipolar	1.0 \pm 0.3	0.5 \pm 0.2	0.4 \pm 0.16
Qualquer transtorno afetivo	18.5 \pm 1.2	7.9 \pm 0.7	4.9 \pm 0.5
Transtorno de ansiedade generalizada	4.2 \pm 0.6	1.7 \pm 0.4	1.3 \pm 0.4
Transtorno de pânico	1.6 \pm 0.5	0.8 \pm 0.2	0.4 \pm 0.2
Fobias	8.4 \pm 0.6	5.0 \pm 0.5	4.0 \pm 0.4
Transtorno obsessivo compulsivo	0.3 \pm 0.1	0.2 \pm 0.1	0.2 \pm 0.1
Qualquer transtorno afetivo	12.9 \pm 1.0	8.0 \pm 0.7	6.5 \pm 0.5
Uso danoso/dependência de álcool	5.5 \pm 0.7	4.5 \pm 0.7	4.0 \pm 0.7
Dependência de drogas	1.1 \pm 0.3	0.6 \pm 0.2	0.5 \pm 0.2
Dependência de tabaco	25 \pm 1.5	11.4 \pm 1.1	9.3 \pm 0.9
Transtorno psicótico não-afetivo	1.9 \pm 0.3	0.8 \pm 0.2	0.5 \pm 0.2
Transtorno conversivo	2.2 \pm 0.4	0.5 \pm 0.2	0.3 \pm 0.2
Transtorno de somatização	6.0 \pm 0.7	4.2 \pm 0.6	3.3 \pm 0.6
Bulimia nervosa	1.5 \pm 0.3	1.0 \pm 0.3	0.7 \pm 0.3
Transtorno cerebral orgânico	1.2 \pm 0.3	-	-

Fonte: L.H.S.G. Andrade; V. Gentil Filho; C. A. de Lolio; R. Laurenti, "Epidemiologia dos Transtornos Mentais em uma Área Definida de Captação da Cidade de São Paulo, Brasil", in O Uso Racional de Medicamentos Psiquiátricos: Relatório dos Centros Colaboradores da OMS no Brasil para Ensino e Pesquisa em Saúde Mental, 1997.

ao ressarcimento de exames complementares e de honorários médicos pelas empresas de previdência privada que até há pouco tempo não cobriam a doença mental.

Atitudes como as da atriz Fiona Shaw, da psicóloga Kay Redfield Jamison e do primeiro-ministro da Noruega Kjell Magne Bondevik, que publicamente assumiram sua experiência com transtornos do humor, exemplificam aos outros doentes psiquiátricos que eles não estão sozinhos, nem devem se desesperar e que alguém pode falar publicamente acerca de sua doença. O sr. Bondevik chegou, inclusive, a afastar-se do cargo por apresentar uma “reação depressiva ao estresse” (Porter et al., 1998).

Qual o impacto desta abertura sobre o estigma? Segundo McKeon (1998) isso levaria outras pessoas com problemas semelhantes a estarem mais propensas a falar com seus amigos, colegas de trabalho e mesmo com a mídia, mas apenas por um período curto de tempo (dias a semanas). Iniciativas como a desta revista são importantes para colocar a realidade da doença mental e da prática psiquiátrica.

O estigma também pode ser abordado de outras formas: através de campanhas junto à comunidade, aprimorando a formação psiquiátrica dos alunos de medicina e de enfermagem, treinando médicos em psiquiatria antes de entrarem para a prática clínica, acabando com a distinção entre doenças médicas e psiquiátricas pelas empresas de seguro saúde, contestando a descrição negativa da doença mental pela imprensa sensacionalista, promovendo um retrato balanceado de temas sobre saúde mental nos filmes e na televisão, fomentando políticas governamentais de apoio e estimulando pesquisa e educação em saúde mental.

Tivemos a experiência de realizar grupos psicoeducacionais com pacientes de consultório portadores de transtorno afetivo bipolar (psicose maníaco-depressiva) visando aumentar a adesão ao tratamento. Os pacientes relataram que ter contato com outros pacientes foi produtivo pela oportunidade de discutir problemas comuns, tais como: se deveriam ou não expor sua doença a outras pessoas, como lidar com fami-

liares e amigos e, principalmente, como lidar com o fato de na maioria das vezes serem vistos como “loucos”, doentes mentais, incapacitados ou não confiáveis. Acreditamos que esse tipo de trabalho é fundamental e pode ser realizado como atividade complementar na prática de consultório.

IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO

Não existem psiquiatras suficientes para tratar todo o contingente de doentes mentais. Cada vez mais é importante que os profissionais de saúde estejam treinados para identificar e, em alguns casos, tratar desses doentes. Casos de difícil manejo, como por exemplo esquizofrenia, transtorno bipolar, depressão recorrente, entre outros, devem ser encaminhados ao especialista.

O problema maior reside na falta de aceitação da doença por parte dos pacientes. Farmacodependentes, alcoolistas, pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo, entre outros, raramente procuram tratamento. Quando o fazem em geral colecionaram perdas irreversíveis ao longo da vida. Mesmo entre os deprimidos, apesar do sofrimento imposto pela doença, apenas um terço procura tratamento e, destes, somente um quarto consulta o psiquiatra. Mais da metade é atendida por clínicos gerais ou de outras especialidades médicas e o restante em consultórios de psicólogos ou outros profissionais de saúde mental (Moreno, 1995). O problema está na falta de diagnóstico correto na maioria dos pacientes e, quando corretamente diagnosticados, menos de 5% recebem tratamento específico ou eficaz (Moreno, 1995). O Grupo de Doenças Afetivas (Gruda) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da FMUSP participa regularmente de encontros promovidos por psiquiatras, psicólogos, outros profissionais de saúde mental e médicos de outras especialidades. Procuramos ressaltar a importância do diagnóstico e sua relação com outras doenças médicas. O contato com psicólogos é outra oportunidade para discutir que, por exem-

plo, a depressão não é uma doença única. Trata-se de transtornos com psicopatologia, curso, evolução, genética, respostas a tratamento e provavelmente etiologia distintos. O advento de medicamentos antidepressivos contribuiu muito para desmistificar a depressão, tornando-a uma doença médica passível de tratamento, assim como outros transtornos mentais (Moreno et al., 1999).

O ADOECER E A ABORDAGEM DO ENFERMO

O início de uma doença gera sentimentos de insegurança e ansiedade. O nível social de uma pessoa sadia é perdido no momento em que ela assume ou lhe atribuem o papel de doente (diagnóstico médico). Diante da real percepção do adoecer, uma seqüência de indagações surge para a maioria das pessoas. Elas vão elaborar as respostas de acordo com a história da doença, além da sua experiência de vida e de seus próprios referenciais. É fundamental nesse momento a postura do psiquiatra, pois as respostas a essas perguntas irão favorecer ou não a adesão ao tratamento, minimizar o sofrimento da pessoa e ajudá-la a elaborar o significado pessoal e social da doença (Meleiro, 1998). Helman (1994) destacou as principais indagações diante da percepção do adoecer e as associou à representação dentro do modelo médico explicativo. Consideramos que isso se aplica à prática psiquiátrica na medida em que é importante esclarecer ao paciente os seguintes aspectos:

1) Organizar os sintomas e sinais dentro de um padrão identificável, atribuindo-lhe um nome ou identidade. Para tal a psiquiatria possui dois instrumentos diagnósticos internacionalmente aceitos, a Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10 (OMS, 1993) e o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos

Mentais (DSM-IV) (APA, 1994).

- 2) Explicar a causa da doença é difícil por não conhecermos a etiologia dos transtornos mentais. O psiquiatra pode falar sobre vulnerabilidade biológica e interferência de fatores sociais, psicológicos e genéticos. Se for o caso, relacionar a doença a características do paciente, como comportamentos, personalidade ou hereditariedade.
- 3) Esclarecer as características de seu início (repentino ou gradual) e a duração da doença. Existem inúmeros dados epidemiológicos sobre prevalência de transtornos mentais e faixa etária. Como foi visto anteriormente, embora a depressão possa acontecer em todas as faixas etárias, é na vida adulta jovem que se manifesta com maior frequência.
- 4) Falar sobre curso, prognóstico e riscos prováveis da doença. Isso posiciona o paciente e seus familiares sobre a necessidade de tratamento adequado e planejamento de vida.
- 5) É fundamental discutir o impacto da doença nas relações interpessoais, familiares, com amigos, no desempenho profissional, incluindo risco de perda de emprego, tensão familiar e incapacitação.
- 6) Abordar as estratégias para o tratamento da doença. Aqui se inclui tratamento farmacológico, psicológico individual e/ou familiar e em alguns casos a hospitalização, além dos procedimentos diagnósticos auxiliares (exames e avaliações complementares). Isso dá uma dimensão para o paciente e seus familiares sobre a duração do tratamento, recursos necessários e custos.
- 7) Fatores como nível intelectual, diferenças culturais e crenças grupais interferem no modo da pessoa doente apresentar-se e prosseguir as recomendações médicas. O valor que a própria pessoa ou familiares dão à saúde mental, a posição e a função que o doente exerce no grupo familiar e/ou na sociedade também interferem, e o psiquiatra deve estar atento para lidar com isso.

A orientação inicial traz alívio ao paciente e à família e geralmente representa o primeiro e decisivo passo de uma longa jornada. A maioria das doenças psiquiátricas é crônica ou recorrente e passível de controle sintomatológico. O tratamento agudo não garante a cura. Enfrentar com franqueza e paciência decepções com melhoras insatisfatórias, desistências do tratamento ou recaídas conforta e mantém a esperança do paciente, aumentando as chances de sucesso terapêutico.

A RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE-FAMÍLIA

Hoje em dia a maior parte dos transtornos psiquiátricos tem tratamento e este visa atenuar o sofrimento dos pacientes e seus familiares, quando não restaurar por completo a saúde mental do indivíduo. Assim, o que acontece antes e durante a consulta influenciará na adesão ao tratamento e conseqüentemente no curso da doença. Procurar um psiquiatra é diferente de consultar qualquer outro especialista médico. O paciente necessita superar seu próprio preconceito ou estar sofrendo de modo insuportável, ou mesmo ser trazido à revelia, caso contrário recusará atendimento. Médicos não-psiquiatras, psicólogos e outros agentes de saúde também enfrentam dificuldades na hora de encaminhar o paciente ao psiquiatra. Invariavelmente as dificuldades são mais pessoais e estão relacionadas a preconceitos não superados e ao desconhecimento do papel da psiquiatria moderna.

Neste contexto de fragilidade e desconfiança a pessoa ou família traz suas queixas físicas e psicológicas, suas dúvidas, ansiedades e seu pedido de ajuda. Antes de mais nada o especialista deverá acolher as necessidades imediatas de poder desabafar e ser compreendido.

Em uma segunda etapa o paciente se torna objeto de estudo, para estabelecer o diagnóstico e o planejamento terapêutico.

Ao finalizar a entrevista o médico esclarecerá dúvidas e deverá personalizar o encontro, aproximando-se do paciente e passando a considerá-lo não mais como objeto de estudo, mas como uma pessoa que sofre de determinada enfermidade. Dessa maneira integrará aspectos técnico-científicos e humanos, construindo a relação com o paciente e seus familiares em base sólida.

O CONSULTÓRIO PSQUIÁTRICO

A anamnese do paciente é fundamental em toda prática médica, que juntamente com a comunicação adequada e a boa relação médico-paciente formam as bases para uma boa prática clínica. Em psiquiatria, entrevistar habilidosamente é arte essencial, pois quase todas as vivências e o funcionamento do doente são necessariamente expressados pela comunicação (verbal e não-verbal). Através da entrevista tentamos obter uma perspectiva histórica do paciente, seu estado mental, avaliamos sua personalidade e compreendemos seu funcionamento atual. Devem ser desenvolvidas segurança e confiança mútuas para que uma aliança terapêutica se estabeleça desde o início. A observação psiquiátrica não pretende colher apenas os sinais e sintomas patológicos, mas quer analisar o doente como um todo, penetrando nas vivências e em seu universo psíquico. Fatores desencadeantes ou agravantes, sejam eles orgânicos ou psicossociais, devem ser esclarecidos e revelados através da entrevista no contexto da doença, como um acontecimento modificador do processo vital da pessoa. O roteiro de observação clínico-psiquiátrica segue o mesmo da prática médica geral (identificação, queixa e duração, antecedentes, interrogatório sobre os diferentes aparelhos, exame físico) e a parte psiquiátrica propriamente dita (exame psíquico, avaliação da personalidade pré-mórbida). A partir desse momento, formulamos um diagnóstico em vários eixos, que incluem transtornos clínicos, transtornos de personalidade ou retardo mental, condições

médicas gerais, problemas psicossociais e ambientais e avaliação global de funcionamento. Com base nessas informações segue-se o planejamento terapêutico, que envolve todos os eixos.

A anamnese psiquiátrica requer avaliação subjetiva do paciente e objetiva de parentes ou amigos. Na abordagem do doente a orientação é fundamental, e a relação médico-paciente pode determinar sucesso ou fracasso terapêutico. Cuidar de todos esses aspectos demanda um tempo de que infelizmente não se dispõe na rede de atendimento pública. No consultório psiquiátrico reserva-se um horário maior para as consultas, cujo número é determinado pela necessidade clínica ou de investigação. Para dirimir dúvidas ou emergências há acesso telefônico ao médico. O suporte torna-se mais amplo e constante. Tal atenção exige dedicação e prontidão no atendimento e constitui o trabalho do psiquiatra, que deve ser remunerado. O valor da consulta é estipulado de acordo com vários critérios como grau de especialização, o tempo de consultório, localização geográfica, custos de implementação e manutenção e por lei de mercado – oferta-procura –, entre outros.

A prática psiquiátrica é inerentemente tempo-intensiva. Os transtornos que os psiquiatras tratam geralmente se tornam evidentes através do processo de questionamento, escuta e interação com o paciente. A psicoterapia, que historicamente fundamentou a prática psiquiátrica, é por definição um processo tempo-intensivo. Pesquisas subseqüentes mostraram que o estilo tempo-intensivo de tratamento é uma das características básicas que distinguem os cuidados de saúde mental proporcionados pelo psiquiatra daqueles fornecidos por outros especialistas (Olfson, 1999).

O tempo que o psiquiatra realmente gasta com seu paciente é muito variável. Fatores demográficos, diagnósticos, financeiros e da prática propriamente ditos influenciam a duração da consulta. Mudanças nos ajustes econômicos e financeiros assim como o advento de novos medicamentos psicotrópicos, particularmente antipsicóticos e anti-

depressivos, que são melhor tolerados, apresentam menos efeitos colaterais e menor risco de toxicidade, também contribuíram muito na diminuição do tempo de consulta. As consultas de pacientes jovens, com seguro saúde privado, pacientes particulares que pagam sua consulta e os que não recebem medicação psicotrópica são mais demoradas do que as de pacientes idosos, financiados por serviços públicos e que apresentam transtornos psicóticos (Olfson, 1999).

Nos Estados Unidos, o crescimento do atendimento médico administrado (*managed care*) parece estar relacionado diretamente à forma como os serviços de

Pintura do século XI em que a loucura é atribuída a demônios



saúde são oferecidos. Mecanismos administrativos e fiscais, tais como redução ou descontos nos honorários médicos, têm alterado a função clínica do psiquiatra. Alguns relatam preocupação com relação a políticas administrativas e pressões financeiras que restringem o trabalho clínico e ameaçam ou corrompem a qualidade da assistência. No caso da psicoterapia os profissionais passaram a receber menos e os psiquiatras tiveram que se restringir ao atendimento farmacológico com visitas curtas. As pressões financeiras levaram alguns psiquiatras a adotar práticas caracterizadas por maior volume e rotatividade rápida de pacientes, visitas curtas para manejo da medicação e pouca psicoterapia. No Brasil a preocupação não é muito diferente, embora o tratamento psiquiátrico apenas venha a ser reconhecido pelas empresas de seguro-saúde no próximo ano e o sistema de atendimento médico administrado esteja cada vez mais presente.

CONCLUSÃO

A prática psiquiátrica difere das outras especialidades médicas. O psiquiatra utiliza, além dos recursos médicos gerais, instrumentos específicos, como a entrevista psiquiátrica e o exame psíquico. Para realizar uma avaliação completa é necessário tempo, que se reduz cada vez mais. A prática psiquiátrica também implica relacionamento interpessoal que muitas vezes requer habilidades e treinamento especial para não confundir a psicologia do médico com a do paciente. Não está livre de interferências políticas, econômicas, culturais e sociais. Lida com aspectos estritamente médicos (doenças) e com aspectos sociais e psicológicos que interferem diretamente no bem-estar do indivíduo.

A medicina é uma das poucas áreas da ciência em que o avanço tecnológico não barateou os custos. Pelo contrário, o doente precisa cada vez mais de maiores recursos para receber tratamento adequado. Mesmo assim, não podemos ver a prática de consul-

tório como um “negócio” e sim a psiquiatria como uma profissão. O psiquiatra também precisa levar em consideração o custo do tratamento, principalmente pelo elevado preço dos novos medicamentos psicotrópicos, que o paciente necessita tomar por meses ou anos, quando não pela vida toda.

A deterioração da assistência pública faz com que o volume de pessoas que procuram assistência seja desproporcional ao contingente de recursos assistenciais disponíveis. Como consequência cria-se um modelo deturpado na formação do psiquiatra. Como dissemos anteriormente, é obrigatório ver o doente como um todo, um ser biopsicossocial. O psiquiatra também lida com a família do doente, que deve receber orientação e treinamento para poder absorver o paciente em seu núcleo. Igualmente, a comunidade deve ser preparada para acolher os doentes mentais.

A prática psiquiátrica, qualquer que seja, implica conhecimento médico geral, treinamento específico em doença mental e treinamento em psicologia humana e social, que é muito diferente da prática psicoterápica, que se resume à abordagem dos aspectos psicológicos e na maioria das vezes não leva em consideração aspectos médicos, mesmo que exercida por psiquiatras.

Embora não faça parte do objeto de discussão deste artigo, consideramos que não se pode julgar um procedimento médico pela sua má utilização. Assim, a questão da desospitalização deve ser amplamente discutida porque requer todo um preparo junto a familiares, comunidade e sociedade como um todo, do contrário o doente mental corre o risco de aumentar o contingente de habitantes de rua. A psiquiatria e a doença mental devem ser encaradas como um problema médico que requer unidades especializadas, como as usadas no atendimento para doentes portadores de moléstias infecciosas, renais ou neurológicas, por exemplo. Do mesmo modo como o psiquiatra difere dos outros especialistas, pelas características do seu objeto de estudo, profissionais paramédicos que atuam na área psiquiátrica também necessitam de treinamento diferenciado.

BIBLIOGRAFIA

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1994.
- ANDRADE L. H. S. G.; GENTIL FILHO, V.; DE LOLIO, C. A.; LAURENTI, R. . "Epidemiologia dos Transtornos Mentais em uma Área Definida de Captação da Cidade de São Paulo, Brasil", in *O Uso Racional de Medicamentos Psiquiátricos: Relatório dos Centros Colaboradores da OMS no Brasil para Ensino e Pesquisa em Saúde Mental*, 1997.
- ANGST, J. "How Recurrent and Predictable is Depressive Illness?", in S. A. Montgomery; F. Rouillon (eds.), *Long-term Treatment of Depression. Perspectives in Psychiatry*, v. 3, Wiley, Chichester, 1992, pp. 1-13.
- BLAZER, D. G.; KESSLER, R. C.; MCGOGNAGLE, K. A.; SWARTZ, M. S. "The Prevalence and Distribution of Major Depression in a National Community Sample: the National Comorbidity Survey", in *Am. J. Psychiatry*, v. 151, 1994, pp. 979-86.
- HELMAN, C. G. *Cultura, Saúde e Doença*. 2^a ed., Porto Alegre, Artes Médicas, 1994.
- LAWRIE, S. M., MARTIN, K.; McNEILL, G.; DRIFE, J.; CHRYSTIE, P. REID, A.; WU, P.; NAMMARY, S.; BALL, J. "General Practitioners' Attitudes to Psychiatry and Medical Illness", in *Psychological Medicine* 28, 1998, pp. 1.463-7.
- McKEON, P. "Defeating or Preventing Stigma of Mental Illness?", in *The Lancet* 352, 1998, p. 1.942.
- MELEIRO, A. M. A. S. *O Médico enquanto Paciente: Estudo Comparativo com Pacientes Cardíacos de Nível Universitário Internados no Instituto do Coração*. Tese apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 1998.
- MORENO, D. H. *Depressão Resistente a Tratamentos: Conceito, Fatores Associados e Terapêutica*. Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 1995.
- MORENO, R. A.; MORENO, D. H.; SOARES, M. B. M. "Psicofarmacologia de Antidepressivos", in *Rev. Bras. Psiquiatria* 21: Supl. 1, pp. 24-40, 1999.
- OLFSON, M.; MARCUS, S. C.; PINCUS, H. A. "Trends in Office-based Psychiatric Practice", in *Am. J. Psychiatry* 156, 1999, pp. 451-7.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10*. 10^a ed., Porto Alegre, Artes Médicas, 1993.
- PORTER, R.; SHAW, F.; JAMISON, K. R.; SCAMBLER, G. "Stigma of Mental Illness", in *The Lancet* 352, 1998, pp. 1.049, 1.060.
-
-