

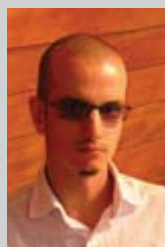
# Artigos de atualização

## Do clínico geral ao psiquiatra: fronteira ética entre atenção primária e serviços de psiquiatria

Francisco da Costa Júnior

**Resumo** A relação entre médicos não-psiquiatras e médicos psiquiatras é abordada neste ensaio em dois níveis. O primeiro discute os problemas éticos e técnicos que envolvem esta relação, principalmente a baixa ocorrência deste tema na literatura científica, as distorções conceituais envolvidas no diagnóstico psiquiátrico realizado por médicos não-psiquiatras, bem como a prescrição abusiva e não específica de psicotrópicos sedativos na saúde pública brasileira. No outro nível de abordagem, mais propositivo, elabora-se um modelo de ensino que oriente de modo didático e prático o diagnóstico e condutas médicas frente a problemas clínicos que, a princípio, demandem diagnósticos psiquiátricos, prescrição de psicotrópicos ou encaminhamento a serviços de psiquiatria. Propõe-se que o médico não-psiquiatra deva fazer apenas diagnósticos psiquiátricos não específicos, pautando-se para isso na distinção entre síndromes psiquiátricas graves e síndromes com menor gravidade. E que, a partir desta distinção, deva orientar sua conduta atendo-se a sua capacidade técnica de gerir tratamentos psiquiátricos a médio e longo prazo, ou com apoio referencial ao especialista. Também se discute como deve ser feito o encaminhamento ao psiquiatra, quando for este o caso.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde. Saúde pública. Psiquiatria. Psicotrópicos.



**Francisco da Costa Júnior**  
Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade de Brasília (UnB), psiquiatra do Ambulatório de Alta Complexidade em Saúde Mental do Hospital Universitário de Brasília (AACSM-HUB) da UnB, professor colaborador da Faculdade de Medicina (FM/UnB), Distrito Federal, Brasil

A relação entre médicos não-psiquiatras e médicos psiquiatras comumente se dá com dificuldades de comunicação, com atritos conceituais e prescritivos ou conflitos de interesse entre os envolvidos. É uma relação sobre a qual há muito pouca literatura científica, seja tentando debater o que há de conflituoso neste campo ou buscando estabelecer diretrizes técnicas para este contato. Não há dúvida que isto reflete a situação atual da saúde mental pública brasileira, a qual não apresenta uma adequada atenção primária e secundária (e nem terciária) em saúde pública para receber a crescente demanda da população <sup>1</sup>.

Não por acaso, os poucos estudos que abordam o tema no nosso contexto social costumam revelar uma situação alarmante. Valentini e colaboradores <sup>2</sup>, estudando a opinião de médicos e médicas da rede pública que estavam se preparando para trabalhar com atenção primária em saúde men-

tal, obtiveram como resultado que praticamente a totalidade dos clínicos gerais do estudo admitiu que a educação recebida na faculdade de medicina não os preparou para fazer o diagnóstico de depressão. Além disso, nenhum médico afirmou ter o conhecimento necessário para tratar este transtorno; as médicas declararam dificuldade em distinguir tristeza de depressão. Um maior número de médicas também relatou acreditar que antidepressivos deviam ser prescritos unicamente por psiquiatras.

Já Botega, abordando a relação entre médicos não-psiquiatras e psiquiatras em um hospital geral, concluiu, entre outras coisas, que os *encaminhamentos (pelo não-psiquiatra ao psiquiatra) fazem parte de uma rotina impessoal, reforçando a cumplicidade no anonimato e dificultando a busca de encaixes entre profissionais e pacientes* <sup>3</sup>.

No sentido de debater alguns aspectos da relação clínica entre médicos não-psiquiatras e médicos psiquiatras faremos uma delimitação do que possa estar gerando tanto desajuste neste campo com intuito de, em seguida, esboçarmos algumas diretrizes clínicas para tornar esta relação menos obscura do ponto de vista ético e técnico.

### **Relação clínica entre médicos não-psiquiatras e psiquiatras**

Primeiramente estabelecemos quatro aspectos gerais onde a dificuldade de articulação entre não-psiquiatras e psiquiatras nitidamente aparece:

- A dificuldade de compreensão, principalmente entre os não-psiquiatras, de aspectos conceituais dos transtornos mentais. Ou seja, a capacidade de o médico geral entender o que vem a ser um transtorno mental, bem como a dificuldade que os psiquiatras têm de conseguirem um consenso sobre esta questão, passível de ensino aos não-psiquiatras;
- Dificuldades práticas e morais do médico não-psiquiatra com o paciente que demanda por auxílio psíquico dificultam a articulação entre psiquiatras e não psiquiatras. Ou seja: qual a melhor forma de ajudar o paciente que parece estar com dificuldades emocionais ou com problemas psiquiátricos, ou qual a melhor forma de encaminhá-lo a outro profissional? A este ponto alia-se uma situação de abandono técnico e moral na qual se encontram os médicos não-psiquiatras, principalmente os da rede pública, em relação a como trabalhar com as queixas subjetivas dos pacientes;
- Na medicina privada, principalmente, ainda somam-se os aspectos mercantis da profissão médica, na qual se torna mais atraente, em alguns momentos, reter o paciente e tratá-lo; quando, então, o paciente torna-se um cliente disputado em um concorrido mercado de ofertas terapêuticas para queixas subjetivas;
- E, por último, os aspectos envolvidos na deterioração da saúde pública brasileira, na qual a demanda crescente por atendimento faz com que as queixas mais subjetivas terminem por sobrecarregar em demasia um médico já sobrecarregado,

acuado e que não sabe o que fazer quando a dificuldade do paciente parece estar na junção entre sofrimento psíquico e problemas de ordem social. Com frequência isso resulta em pressão para que o médico da rede pública se livre o mais rápido possível do paciente pobre e de sua problemática psicológica e social.

Estes dois últimos aspectos, embora fundamentais na origem social dos conflitos éticos e técnicos da relação entre psiquiatras e não-psiquiatras, não serão por nós melhor discutidos, dado o fato de não serem alcançáveis pela capacidade ética e clínica pessoal de cada médico ao lidar com os mesmos - exceto em relação à possibilidade do médico de se envolver mais com participação associativa e política na saúde pública brasileira, o que geralmente não ocorre.

De outro modo, este presente ensaio se desenvolverá principalmente pelo levantamento de problemas conceituais e técnicos prescritivos que envolvem a prática psiquiátrica por não psiquiatras. Além deste foco este trabalho apontará algumas diretrizes de conduta médica que possam tornar-se práticas para o médico clínico em seu trabalho diário, mesmo se os aspectos econômicos e sociais levantados nos dois últimos itens anteriores permaneçam como se encontram na atualidade. Assim, tentaremos estabelecer diretrizes técnicas e éticas que possam dirimir as dificuldades apontadas nos dois primeiros pontos, com foco especial para a medicina praticada na rede pública de saúde.

## **Problemas atuais na conduta do médico não-psiquiatra**

Na saúde pública, um dilema ético se faz bastante evidente e, por vezes, dramático: a redução da autonomia de pessoas que se tornam mais vulneráveis devido à sua condição de pobreza sócio-econômica, como reportam Ribeiro e Zoboli <sup>4</sup>. Segundo estes autores, é principalmente na saúde pública que a desigualdade social entre os sujeitos se mostra, com grande necessidade de uma abordagem ético-filosófica. É por essa perspectiva que se considera necessário evidenciar para os profissionais da área que a pobreza costuma diferenciar os sujeitos frente aos cuidados de saúde, levando a não-maleficência, como princípio bioético <sup>5</sup>, a ser relativizada sem que os profissionais tenham consciência de que isso esteja a ocorrer, e de que eles possam estar compactuando passivamente com este processo.

Assim, se orientando por alguns conceitos originais da bioética <sup>6</sup>, o presente artigo se divide em duas partes, uma mais descritiva da problemática abordada (debatida nos quatro tópicos subsequentes), e outra que esboçará componentes normativos, potencialmente geradores de diretrizes para a prática clínica. Considera-se, portanto, enquanto premissa, que o esclarecimento dos dilemas morais subjacentes a práticas cotidianas possa ser um primeiro passo para uma nova abordagem de conflitos éticos e de interesse, possibilitando-se maior autonomia de julgamento e de crítica ao próprio profissional da saúde, em especial da saúde pública, diante do que o cerca cotidianamente.

Mais especificamente, considera-se que na prática psiquiátrica da rede pública de saúde brasileira há um campo de saber aplicado não preenchido por orientações disciplinares. Este campo vem a ser justamente a fronteira entre a técnica psiquiátrica de domínio dos especialistas e uma prática psiquiátrica (praticamente informal) exercida por médicos não-psiquiatras. Espaço que, a nosso ver, está repleto de dilemas éticos carentes de serem evidenciados e, até onde for possível, debatidos e tornados temas de modelos de ensino médico, nos quais venha a ser possível aliar conhecimento técnico e esclarecimento bioético.

### **Diagnósticos psiquiátricos com erros conceituais**

Por peculiaridades da própria psiquiatria, a maioria dos médicos não-psiquiatras não compreende que os diagnósticos classificatórios psiquiátricos usados no Brasil e na maior parte do mundo na atualidade (os diagnósticos da Classificação Internacional de Doenças - CID da Organização Mundial de Saúde - OMS bem como os diagnósticos do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais-DSM da Associação Americana de Psiquiatria), não apresentam o mesmo significado de doença que em outras áreas da medicina, principalmente em relação aos transtornos mais diagnosticados pelos clínicos não-psiquiatras: transtornos depressivos e transtornos de ansiedade.

Atualmente os diagnósticos psiquiátricos são diagnósticos sindrômicos (nosográficos) e não conceituações clássicas de doença

(diagnósticos nosológicos), como ocorre com a maior parte dos diagnósticos médicos de outras áreas<sup>7,8</sup>. Esta diferenciação conceitual, contudo, costuma trazer uma grande dificuldade teórica ou estabelecer uma polêmica acadêmica entre psiquiatras, gerando frequentemente, na prática médica não-psiquiátrica, repercussões na conduta do médico e nas reações do paciente ao diagnóstico e ao tratamento que possa ser iniciado, como veremos adiante.

Atendo-nos fielmente a este aspecto conceitual das classificações diagnósticas atuais, dizer ao paciente que ele tem determinada doença psiquiátrica, como *depressão*, *transtorno do pânico* etc., muitas vezes até se explicando qual é a *causa* orgânica dessas doenças, pode não ser uma atitude cientificamente verdadeira. Afirmarções causais baseadas em hipóteses conceituais (como a do *deficit* de serotonina como a causa da depressão ou da relevância de genes nos transtornos mentais), comuns na prática médica atual, embora sejam significativas como hipóteses em estudos sobre a patogenia biológica de algumas síndromes psiquiátricas (e, conseqüentemente, para os seus tratamentos medicamentosos), não têm um consenso estabelecido nem mesmo dentro da própria psiquiatria biológica que os estuda sistematicamente.

Segundo Stahl, um psicofarmacologista revisor bastante citado na psiquiatria biológica, *os tratamentos psicofarmacológicos atuais não são estritamente 'curativos', mas sim meramente paliativos, reduzindo os sintomas, sem necessariamente oferecer alívio permanente...* [Até o

momento] não ficou demonstrado que qualquer anormalidade reproduzida em qualquer neurotransmissor ou em suas enzimas ou receptores pudessem ocasionar os transtornos psiquiátricos comumente conhecidos. Realmente, não se considera provável que alguma seja descoberta, devido à complexidade do diagnóstico psiquiátrico e à profunda interação de fatores ambientais com a genética nos transtornos psiquiátricos... Apesar de fortes evidências a partir de estudos com gêmeos de que existe suscetibilidade genética para o transtorno bipolar e para a esquizofrenia, nenhum gene específico foi inequivocamente identificado para as formas habituais dos transtornos mentais comumente conhecidos <sup>9</sup>.

Fica difícil ou mesmo insustentável, portanto, de um ponto de vista ético, que profissionais de saúde continuem a transmitir opiniões a seus pacientes baseados apenas em hipóteses que não tenham evidência científica, que lhes garanta um *status* de verdade objetiva. No entanto, ensinar hipóteses transitórias como se fossem verdades finais continua prática corriqueira.

### **Diagnóstico psiquiátrico feito como se fosse doença médica geral**

Várias consequências podem resultar das interpretações que um paciente faz quando lhe é atribuído um diagnóstico psiquiátrico sem que se tente traduzir para ele que se trata de um diagnóstico sindrômico e não de um diagnóstico nosológico tradicional - o diagnóstico de uma doença orgânica, como ocorre com a maioria das doenças médicas gerais. Estas consequências podem se tornar ainda

mais deletérias quando o diagnóstico é explicado de forma rápida e demasiadamente simplista, fazendo-se analogia entre transtornos mentais e doenças médicas gerais com a finalidade de que o paciente entenda mais rapidamente a conduta do médico ao prescrever um medicamento.

Dentre estas consequências, a primeira diz respeito ao fato de que o paciente pode interpretar que aquilo que ele apresenta em termos psíquicos ou subjetivos (angústia, tristeza, raiva, revolta etc.), necessariamente se deva a uma típica doença orgânica e, conseqüentemente, irá concluir que seu sofrimento poderá deixar de existir com o uso de medicação - o que não é, obviamente, realista, principalmente ao médio e longo prazo. No trabalho já comentado de Stahl <sup>9</sup>, por exemplo, quando este revisa o tempo de duração e de melhora clínica com o uso de antidepressivos em episódios depressivos, é fácil perceber que os antidepressivos são medicações com eficácia fundamentalmente a curto prazo (semanas e meses, ou pouco mais que um ano). Infelizmente, a interpretação mais comum da maioria dos psiquiatras sobre este fato estabelece que a depressão é doença recorrente e incurável, por isso a ineficácia dos antidepressivos ao médio e longo prazos. Mas isto é, no máximo, apenas uma parte da equação. Como se esperar a cura por meios químicos de algo que não é propriamente uma doença orgânica?

Feito o diagnóstico (de depressão, transtorno do pânico etc.), o paciente poderá procurar (antes de buscar o psiquiatra) leituras leigas, televisão e Internet para se informar sobre sua

“doença” psiquiátrica. Poderá, então, vir a informar-se ainda mais distorcidamente a respeito da questão, já que estes meios não costumam promover debates conceituais, apenas fornecer explicações simplificadas ao sabor de interesses particulares os mais variados. A partir disso, o paciente, diante de um diagnóstico de “doença psiquiátrica”, poderá aumentar a pressão sobre os médicos e sobre os serviços de saúde para que estes lhe deem uma receita, já que concluirá que doenças médicas são tratadas com medicações.

Além dessa repercussão direta, o paciente poderá ter uma tendência, por necessidade de se apegar a alguma esperança imediata de melhora, de atribuir ao remédio prescrito um efeito de panaceia para todo seu sofrimento psíquico e comportamentos não adaptados socialmente. Entretanto, como nem todo sofrimento psíquico e nem todos os desajustes comportamentais estão relacionados a diagnósticos psiquiátricos passíveis de tratamento fundamentalmente farmacológico, tal sofrimento e desajustes poderão não desaparecer ou não serem dirimidos com o uso de medicamentos, principalmente ao médio e longo prazos. Consequentemente, o paciente poderá adentrar uma busca incessante do remédio idealizado ou poderá, depois de muita busca ineficaz, desacreditar de vez dos tratamentos psiquiátricos, podendo tornar-se adepto de práticas e ideologias que prometam curas ou melhoras charlatãs; ou mesmo tornar-se inimigo moral da psiquiatria ou da medicina.

Por fim, também não se pode desconsiderar que o paciente poderá associar o diagnóstico

que lhe é dado ao estigma social (preconceito) que aquele nome diagnóstico já possui; podendo então passar a ter medo de “receber algum diagnóstico” de um psiquiatra, retardando a busca do profissional e de algum tratamento ou esclarecimento que pudesse efetivamente ajudá-lo, mesmo que de forma restrita e não panacéica.

### **Prescrição pouco específica ou abusiva de psicofármacos nos consultórios e emergências não-psiquiátricas**

Nos serviços clínicos não-psiquiátricos, com potencial de atender principalmente transtornos depressivos, fóbico-ansiosos, somatoformes e insônias multifatoriais, a prescrição de remédios com potencial sedativo (ação hipnótica, ansiolítica e miorreaxante) costuma ser maior que a prescrição dos mesmos fármacos entre psiquiatras <sup>10</sup>. Muitas das medicações psicotrópicas prescritas pelos médicos não-psiquiatras, como benzodiazepínicos e alguns antidepressivos, em especial a amitriptilina <sup>11</sup> – esta última muito prescrita na rede pública brasileira – propiciam alguma melhora *imediate* (horas ou dias, ou mesmo semanas) à maioria dos sintomas psiquiátricos, como insônias e dores físicas e psíquicas (sofrimento) em geral, independentemente de tais medicações serem indicadas formalmente para todas estas situações ou não <sup>12</sup>.

A melhora sintomática imediata obtida de modo inespecífico com benzodiazepínicos e amitriptilina, que geralmente se deve ao efeito sedativo dose-dependente e momentâneo de

tais fármacos, muitas vezes pode dar uma resolução instantânea para uma queixa de momento do paciente, fazendo com que o atendimento, principalmente em pronto-socorro ou pronto-atendimento, chegue a um fim com resolução conciliadora entre médico e paciente, porém gerando outros problemas fora da esfera do curtíssimo prazo<sup>13</sup>.

Esta resolutividade ao curtíssimo prazo, baseada no uso pouco específico de psicotrópicos sedativos, pode retardar, mesmo de um ponto de vista médico, a tentativa de resolução mais específica, efetiva e ao longo prazo daquilo que o paciente apresenta, como frequentemente acontece com os transtornos de humor (incluindo a própria depressão), pois mesmo quando se prescreve a amitriptilina, por exemplo, que é um antidepressivo, quase que invariavelmente ela é prescrita em dose apenas ansiolítica. O mesmo ocorre com transtornos psiquiátricos cujo tratamento não é fundamentalmente farmacológico, como os transtornos somatoformes.

O resultado frequente de situações como estas costuma ser que os remédios sedativos, por causarem alívio imediato e pouco específico, tenderão a levar o paciente à dependência química e/ou psicológica de psicotrópicos, podendo a longo prazo ter piorada sua situação geral e mesmo dificultada ainda mais sua aproximação de um atendimento psiquiátrico, em moldes mais terapêuticos, para seus problemas originais. O paciente poderá tender mais a querer manter a sua dependência química, lícita e prescrita, do que a tratar-se dela, bem como a negar-se a olhar para sua vida de modo

menos medicalizado. A prescrição de remédios sedativos e a conseqüente dependência que o paciente passa a ter dos mesmos poderão ainda levá-lo, secundariamente, a crises de ansiedade e ao aumento de suas idas a pronto-socorros ou pronto-atendimentos, intensificando, ainda mais, a demanda já reprimida da saúde pública brasileira, num ciclo vicioso infundável.

### **Diagnósticos psiquiátricos inadequados associados à prescrição pouco específica de psicofármacos**

Não é incomum que num atendimento inicial em medicina geral um paciente com queixa subjetiva receba diagnóstico psiquiátrico impreciso, feito sem compreensão conceitual, tanto por quem o faz quanto, logicamente, por quem o recebe. Frequentemente será associado a esse diagnóstico a prescrição de fármacos, igualmente inespecífica, que propiciam, no máximo, a sensação, por parte do paciente e familiares, de que um tratamento verdadeiro se iniciou. Esse quadro, que infelizmente não é raro, tem a capacidade de deixar algumas conseqüências nefastas.

Recebendo tratamentos inespecíficos, os pacientes com *transtornos mais graves*, e que mais se beneficiariam de tratamento centrado em medicação específica, poderão retardar a procura de tratamento psiquiátrico mais acurado, já que se sentirão tratados, mesmo sem precisar buscar algo mais específico, difícil de encontrar (em decorrência da escassez de serviços psiquiátricos de qualidade na rede pública e mesmo na privada) deixando também de

ter que aderir a um ato estigmatizado, como *ir ao psiquiatra*. Quanto a esse último ponto é necessário recordar que atualmente no Brasil, e com certa razão, dadas as condições de muitos serviços, ir ao psiquiatra continua sendo um ato cercado de preconceito e medo, principalmente nas camadas sociais mais pobres.

Por outro lado, o paciente com transtorno mental que pode ser chamado de *menos grave* (depressão leve ou moderada, transtornos ansiosos, somatoformes etc.), após ter sido medicado inespecificamente, já chegará ao consultório psiquiátrico com uma crença pré-estabelecida e difícil de desfazer: a de que seus problemas psíquicos em geral, seu sofrimento subjetivo e, às vezes, mesmo seus problemas sociais, serão resolvidos com o uso exclusivo de psicofármacos ou, no máximo, com uma psicoterapia associada. Esse paciente com transtorno menos grave não raras vezes tenderá a se apegar ao remédio como panaceia ou como modo de evitar a dor psicológica de se defrontar com sua realidade psíquica, relacional e social, tendendo a não buscar uma solução mais realista (e efetiva) para sua situação.

Além disso, o abuso de psicotrópicos receitados por médicos também tende a agravar a descrença geral nos tratamentos psiquiátricos e o estigma popular em relação às pessoas que *tomam remédio controlado*, o que pode terminar por afastar aqueles pacientes que se beneficiariam primordialmente do uso de psicofármacos de modo específico e coerente, agravando sua situação social e de saúde pública. Muitos destes pacientes, à medida que seus transtornos *sejam mais graves* (esquizofrenia,

transtorno bipolar do tipo I etc.) ou *tornem-se mais graves*, geralmente são ainda mais abandonados pela rede social de apoio (família e instituições públicas), retro-alimentando progressivamente, num ciclo vicioso perverso, a velha exclusão social da loucura e de tudo aquilo que possa ser chamado por este nome, ou algum nome que o venha substituir.

Uma espécie de *inversão das demandas populares por tratamentos psiquiátricos* pode se tornar a tônica dos atendimentos que culminam na prescrição de psicotrópicos na saúde pública brasileira: de um lado, os pacientes com transtornos mentais que poderiam se beneficiar do uso específico e racional de psicofármacos tendem a não encontrar amparo na saúde pública, ou, caso encontrem, é de forma inespecífica, tornando-os ainda mais distanciados de possibilidades farmacológicas úteis. De outro lado, uma grande demanda de pacientes que não deveriam primordialmente ou unicamente estar usando medicações psicotrópicas – principalmente sedativas, que rapidamente causam dependência química e psicológica – passam a lotar os serviços em busca deste tipo de intervenção médica em suas vidas. Isso também pode ocasionar a indisposição dos profissionais destes serviços a este tipo de demanda.

### **Como abordar paciente com sintomas e comportamentos que pareçam exigir atenção psiquiátrica na atenção primária**

○ O diagnóstico em psiquiatria é demasiadamente específico e complexo; uma complexi-



dade que muito o diferencia da nosologia de outras áreas médicas. Como diz o historiador da psiquiatria Roy Porter (após análise da psiquiatria e da doença mental até fins do século XX): *há muito pouca concordância sobre o que seja verdadeiramente a doença mental* <sup>14</sup>. Conseqüentemente, a terapêutica psiquiátrica costuma ter objetivos igualmente complexos, tanto em seus efeitos quanto na sua compreensão, seguindo um padrão diferente da maioria das prescrições médicas de remédios e de outras intervenções. A terapêutica psiquiátrica tanto pode ser vista, a depender das premissas de análise, como um controle social de sujeitos “diferentes” ou vulneráveis <sup>15</sup>, quanto como um conjunto de técnicas e rituais sociais dentro do que tem sido chamado de “medicalização social” <sup>16</sup> ou, ainda, como esbatimento ou controle de sintomas de prováveis doenças (sendo esta a ótica mais habitual na psiquiatria clínica cientificamente embasada).

Não havendo uma verdade absoluta e unânime para o conceito de doença mental e, conseqüentemente, para a lida com a mesma, a prática psiquiátrica mais cientificamente orientada (e menos doutrinariamente dogmática) tem tendido a pautar-se por conceitos possíveis de serem aplicados à clínica, e que, ao mesmo tempo, venham a ser respeitosos à autonomia dos pacientes, mesmo em situações de vulnerabilidade. Assim, tanto leis atuais quanto diretrizes de atenção estão tentando garantir maior transparência e simetria de poder entre os pacientes considerados “doentes mentais” e os profissionais de saúde <sup>17</sup>.

Além disso, as classificações psiquiátricas das últimas três décadas (como o DSM) passaram a legitimar os tratamentos meramente destinados aos comportamentos e sensações subjetivas, tendendo a conceitualizar os diagnósticos psiquiátricos *como uma síndrome ou padrão comportamental ou psicológico clinicamente importante, que ocorre em um indivíduo e que estão associados com sofrimento (por ex., sintoma doloroso) ou incapacitação (por ex., prejuízo em uma ou mais áreas importantes de funcionamento) ou com um risco significativamente aumentado de sofrimento atual, morte, dor, deficiência ou uma perda importante de liberdade* <sup>8</sup>. Não há neste tipo de classificação, portanto, a necessidade de se referir ao conceito de doença para legitimar os diagnósticos, pormenor que implica em uma nova ótica acerca da adesão das pessoas aos tratamentos, nem de como estes devem ser oferecidos à população: não mais pressupondo um *estilo paternalista* que se aliará a uma benevolência total, inerente a todo ato médico-psiquiátrico, e, sim, pressupondo uma adesão esclarecida e acordada por ambas as partes (profissionais e pacientes) ou reguladas pelo estado de direito, no caso dos tratamentos involuntários. Em outras palavras, o conceito médico que separava o “normal” e o “patológico” francamente deixou de ser suficiente para a compreensão conceitual dos diagnósticos e dos tratamentos psiquiátricos, assim como para embasar a relação entre médico e paciente naquilo que venha a envolver os tratamentos psíquicos.

Conseqüentemente, o primeiro passo para tentar estabelecer uma relação mais ética e tecnicamente correta entre atenção primária e

psiquiatria seria desestimular o ensino de diagnósticos e tratamentos de forma simplificada (em termos conceituais), principalmente se esta simplificação didática viesse a se basear numa rápida analogia dos conceitos psiquiátricos com os conceitos e tratamentos de outras áreas médicas, com a finalidade de possibilitar um ensino mais rápido e prático aos médicos não-psiquiatras, servindo-lhes, assim, para embasar a prescrição de psicotrópicos após diagnósticos apressados.

Ensinar psiquiatria a médicos gerais de modo não-simplificado, contudo, resultaria na exigência de uma formação razoavelmente densa para os não-psiquiatras, a fim de que se tornassem aptos a trabalhar técnica e eticamente de modo salutar na atenção primária. Isso, entretanto, exigiria mudanças abrangentes demais na formação médica, algo inviável ou viável apenas ao longo prazo. De outro modo, uma maneira de estabelecer uma relação menos conflituosa e potencialmente menos deletéria para o paciente talvez fosse, em termos conceituais, pautar-se a relação entre atenção primária e atendimento psiquiátrico sobre uma diferenciação mais clara, para os não-psiquiatras, do que seriam as síndromes psiquiátricas de *alta gravidade* e de *baixa gravidade*, e em qual conduta se deveria ter em relação às mesmas sem estabelecer diagnósticos e tratamentos conceitualmente distorcidos.

Para isso, seria necessário abandonar a principal forma que a maioria dos psiquiatras vem ensinando psiquiatria aos não psiquiatras (principalmente desde a década de 1980, com o lançamento do DSM-III pela Associação

Americana de Psiquiatria), que é fazendo diagnósticos específicos dos transtornos menos graves, como transtorno do pânico, depressão maior etc., e estabelecendo prescrições farmacológicas iniciais para os mesmos. Há dúvidas de se este ensino simplificado de diagnósticos categoriais, feitos na forma de *check lists* diagnósticos, teve apenas a intenção salutar de diagnosticar e tratar precocemente estas formas de sofrimento ou se havia grande influência comercial para que estas simplificações ocorressem daquela forma, popularizando de maneira demasiadamente simplificada e distorcida as patologias, a fim de que o uso indiscriminado e irrealista de psicofármacos se disseminasse amplamente<sup>18</sup>. Não há nenhuma obrigação preconcebida de a psiquiatria brasileira aderir acriticamente a este modelo.

Embora a diferenciação entre síndromes psiquiátricas de *alta gravidade* e de *baixa gravidade* tenha suas dificuldades inerentes, consideramos que esta diferenciação, em termos clínicos, é realista, factível e condizente com uma rede pública de saúde que venha a se estruturar em termos de atendimentos primários (de baixa complexidade), secundários (de média complexidade) e terciários (de alta complexidade), como é o caso dos modelos de saúde pública que majoritariamente são defendidos ou colocados em prática no país, incluindo na saúde mental pública<sup>19</sup>.

Assim, sugerimos, em princípio, algumas diretrizes técnicas e éticas para nortear a ação do médico não-psiquiatra da atenção primária ou para o não-especialista, em geral, diante de uma demanda que lhe pareça psiquiátrica ou

de saúde mental. O primeiro passo, de ordem técnica, seria fazer a distinção entre *síndromes graves e não graves* em psiquiatria.

### **Reconhecimento e conduta para síndromes graves em psiquiatria**

Para o clínico saber que está diante de uma *síndrome grave em psiquiatria*, deverá estar atento para os seguintes aspectos que se relacionem ao paciente no momento da avaliação:

- Ideação suicida, auto-agressiva ou agressiva a outrem (principalmente se houver planejamento ou intenção manifesta imediata);
- Sintomas psíquicos que incapacitem o autocuidado e a autoproteção do paciente;
- Sintomas que incapacitem a manutenção da sobrevivência física e civil do paciente (incapacidade de dedicar-se a tratamentos, ao trabalho, estudo, cuidado com a família etc.);
- Alucinações, delírios, agitação psico-motora ou total negativismo psíquico (negativa de alimentar-se, sair da cama etc.), como causas das situações dos itens anteriores.

Considerar-se-á uma síndrome grave se ao último item somar-se pelo menos um dos três primeiros. Verificando estar diante de síndrome grave, o clínico deve imediatamente encaminhar o paciente ao psiquiatra, em um dos níveis descritos a seguir.

Se verificar risco imediato de auto-agressão ou agressão física a terceiros deve encaminhar o paciente a um atendimento que possua urgência psiquiátrica. Nesse caso, deve o clínico informar ao paciente que o encaminhamento à

urgência em psiquiatria não significa internação involuntária, pois, segundo a Lei 10.216/01, o paciente somente poderá ser internado contra sua vontade, e por mais de 72 horas, sob autorização do Ministério Público estadual, garantidos os seus direitos discriminados na respectiva lei <sup>19</sup>.

Todas as demais situações que não demonstrem risco imediato, mas que denotem gravidade no momento da avaliação ou nas semanas anteriores devem ser encaminhadas a um atendimento ambulatorial ou secundário, voltado para atendimento para transtornos graves.

Constatando-se síndrome grave, o paciente poderá também ser medicado, de modo racional, no atendimento não-psiquiátrico inicial, com medicações ansiolíticas ou antipsicóticas sedativas, com intuito de efeito imediato, durante a observação no próprio pronto-atendimento ou pronto-socorro geral, se for o caso, até ter alta deste atendimento, com destino a outro. Não deve haver prescrição para uso em casa. A possível demora para que o paciente com síndrome grave venha a conseguir um atendimento não emergencial para acompanhamento ambulatorial não deve ser considerada de responsabilidade do médico generalista que o atende, mas da organização da rede pública de atendimento.

### **Reconhecimento e conduta diante de uma síndrome psiquiátrica de menor gravidade**

Não sendo verificada a existência de aspectos que indiquem uma síndrome grave, estará o

clínico diante de uma *situação de menor gravidade* no momento de sua avaliação, com uma condução da demanda suscitada pelo paciente ou acompanhante que pode ser feita de uma, ou mais de uma, das seguintes maneiras:

Pode ser iniciado tratamento farmacológico e de orientação geral sobre os objetivos realistas do uso do fármaco a ser iniciado. Este tratamento, no entanto, deve ser mantido e finalizado pelo próprio médico não-psiquiatra, devendo ser *desincentivado e desresponsabilizado* que o mesmo inicie qualquer prescrição se não puder ou não souber mantê-la e acompanhá-la adequadamente pelo menos ao médio prazo, entre seis meses e um ano – tempo preconizado de tratamento farmacológico para grande parte dos transtornos psiquiátricos de menor gravidade <sup>20</sup>.

Pode ser iniciado tratamento farmacológico e de orientação geral sobre os objetivos realistas do uso do fármaco a ser iniciado e mantido pelo próprio clínico com apoio de consultoria psiquiátrica. Caberia, portanto, ao psiquiatra atuando no nível ambulatorial secundário, a função de educar, principalmente pela atividade de *referência e contra-referência* (respostas a pedidos de pareceres), pacientes atendidos na atenção primária por médicos não-psiquiatras. Este processo também pode ser usado para orientação a respeito de outras condutas em saúde mental, além dos tratamentos propriamente psiquiátricos.

Poderá ainda o paciente ser encaminhado pelo médico não-psiquiatra ao psiquiatra em nível ambulatorial (extra-hospitalar) já antes de o

não-psiquiatra fornecer qualquer diagnóstico ou prescrever qualquer psicofármaco. Para isso, é claro, a rede de atenção deve contar com atendimento psiquiátrico ambulatorial destinado a atendimentos de pacientes com síndrome menos grave ou com ausência de diagnóstico propriamente psiquiátrico – já que boa parte dos encaminhamentos à psiquiatria são de situações de sofrimento psíquico, relacionais e sociais que não devem ser tratados como doenças médicas. Essa diferenciação, que os demais médicos podem não ter a capacidade de fazer, é *obrigatória* ao psiquiatra conhecer.

Para que o médico não-psiquiatra encaminhe o paciente com possibilidade de síndrome menos grave ao psiquiatra em nível ambulatorial, o médico encaminhador pode pautar seu encaminhamento nas diretrizes assinaladas a seguir. Estas diretrizes técnicas e éticas também devem ser levadas em conta nas situações em que o médico não psiquiatra resolver dar início, ele próprio, a alguma prescrição psiquiátrica.

### **Diretriz 1**

O clínico na atenção primária não deve fazer diagnóstico psiquiátrico baseando-se apenas nos critérios descritivos de guias diagnósticos exclusivamente classificatórios, como o capítulo psiquiátrico da CID-10 <sup>21</sup> ou outro guia de classificação, como o DSM <sup>8</sup> (o guia classificatório usado nos EUA). Ambos têm sua relevância diagnóstica apenas dentro de uma base conceitual psiquiátrica mais ampla, inclusive psicopatológica, não devendo ser confundidos com consensos que ensinam a fazer diagnósticos em psiquiatria.

Estes critérios classificatórios devem ser abordados da forma a que os mesmos se propõem, como codificações visando uma nomenclatura sintomatológica (sindrômica) aproximada e comum entre profissionais ou especialistas. Portanto, no caso dos diagnósticos psiquiátricos específicos, os mesmos devem ser usados apenas após o diagnóstico clínico psicopatológico especializado (psicodinâmico, de psiquiatria clássica, de psiquiatria biológica etc.), caso este seja feito, e não de modo generalizado, sem parâmetro conceitual específico.

Se não houver o conhecimento psicopatológico específico, ou condições para que este diagnóstico específico seja realizado, porém havendo necessidade burocrática incontornável da atestação de diagnóstico, devem ser usados apenas os diagnósticos da CID que conformam a categoria “R” (o Capítulo XVIII daquele guia, “Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte”, mais especificamente as codificações R40 a R46, “Sintomas e sinais relativos à cognição, à percepção, ao estado emocional e ao comportamento”) ou a categoria “Z” (o capítulo XXI, “Fatores influenciando o estado de saúde e o contato com serviços de saúde”). Em último caso, pode-se recorrer aos diagnósticos psiquiátricos (categoria “F”) que não denotem especificidade, como *transtorno mental não especificado*, *transtorno de humor não especificado* etc. O paciente deve ser informado, nestes casos, que não foi feita nenhum diagnóstico psiquiátrico, propriamente dito, e que o número de CID está sendo usado apenas para fins burocráticos. A colocação de um diagnóstico de

CID em relação ao qual o médico não tenha habilidade ou condições propícias para concluir não deve ser obrigação do médico, muito menos para fins apenas burocráticos. Isso remete a considerações técnicas e éticas principalmente devido ao fato de que tal procedimento pode se tornar deletério ao paciente.

### **Diretriz 2**

Deverá o clínico na atenção primária ser capacitado para saber que nem toda afetação psíquica considerada anormal pelo senso comum (como choro, raiva, vontade de agredir, angústia, tristeza, ansiedade, fadigas profissionais, solidão etc.) significa diagnóstico psiquiátrico e, menos ainda, doença, no sentido médico geral. Deverá ter habilidade em lidar com os diagnósticos das categorias “R” e “Z” da CID, a fim de não transformar em diagnósticos psiquiátricos problemas relacionais e sociais variados. Cabe novamente reiterar que a discussão sobre esse ponto pouco ensinado e discutido, enquanto saber médico, merece atenção à parte, embora isso vá além da dimensão deste presente ensaio.

### **Diretriz 3**

Em caso de desconhecimento de psicopatologia ou de tratamentos psiquiátricos, o médico não-psiquiatra deverá ter toda autonomia clínica e administrativa para tomar a conduta de *não fazer diagnóstico psiquiátrico* nem iniciar tratamento com psicotrópicos. Deverá ser *desincentivado* a optar pelo caminho resolutivo mais curto em atendimentos que necessitariam ser complexos e longos, que é prescrever um psicotrópico para um suposto diagnóstico psiquiátrico feito às pressas e com poucos

critérios. Neste caso poderá encaminhar o paciente ao psiquiatra, mas informando ao mesmo que se trata de encaminhamento para *avaliação* e não para *tratamento* com o mesmo. Não deverá fornecer qualquer nome diagnóstico no ato do encaminhamento, mesmo a título de encorajamento, para que o paciente, impressionado, procure o especialista.

#### **Diretriz 4**

O médico não-psiquiatra não deverá iniciar tratamento psiquiátrico sem um diagnóstico sindrômico (de CID) de certeza, ancorado em descrição psicopatológica evidente, a qual deva estar descrita (e não apenas mencionada, codificada) no prontuário do paciente. Um médico também não deverá ter obrigação, seja em pronto-socorro ou outros serviços, de dar continuidade à prescrição de outro médico, exceto sob orientação pessoal deste, ou em casos excepcionais e transitórios (férias, afastamentos etc.).

#### **Diretriz 5**

O médico não-psiquiatra só deverá iniciar tratamento psicofarmacológico quando há segurança dos desdobramentos dessa modalidade de tratamento, incluindo suas possíveis complicações. Deve saber lidar com os efeitos colaterais dos fármacos, com a necessidade e consequências de associar medicações ou de fazer sucessivas trocas de remédios, de como evitar dependências químicas e uso abusivo, bem como deve ter conhecimento de como manter a medicação por meses ou anos, como proceder para o encerramento da farmacoterapia e de como dar alta do acompanhamento. Na ausência de todo este conhecimento só

deverá dar vazão ao início de tratamento medicamentoso quando for claro e factível o trabalho em parceria com psiquiatra no nível secundário ou terciário, por intermédio de referência e contra-referência, para o seguimento do tratamento até o seu fim ou sua manutenção ao longo prazo (se for o caso).

Se houver conhecimento e disposição (conceitual e técnica, incluindo institucional) apenas para a prescrição inicial de psicofármacos e não houver consultoria psiquiátrica no nível secundário, deve ser resguardada a autonomia clínica do médico em não iniciar o tratamento. Na ausência dessas condições a prescrição médica de psicofármacos deve ser considerada, até mesmo, uma situação de imperícia.

#### **Diretriz 6**

No caso de prescrição, o clínico na atenção primária deverá saber entender e prescrever psicotrópicos como *sintomáticos* e não como *curativos*, e saber explicar isto ao paciente em linguagem acessível. O clínico na atenção primária deverá saber explicar que o remédio alivia, mas não resolve tudo o que o paciente está sofrendo, demonstrando, assim, que o paciente e/ou a família terão que se tornar ativos diante do que está lhes acontecendo. Essa orientação é imprescindível para que o paciente e/ou sua família busquem compreender o que está lhes acontecendo e possam, efetivamente, procurar solução para o problema, inclusive na área da saúde, se for o caso.

#### **Diretriz 7**

O clínico na atenção primária deverá evitar a prescrição de benzodiazepínicos. E se for ine-

vitável prescrever, fazê-lo com a orientação clara de que eles são medicações apenas sintomáticas, para uso no máximo por algumas semanas - ressalvadas algumas exceções. O médico também deverá possibilitar consultas de retorno para o paciente, contínuas e previamente agendadas, até que este interrompa o uso do benzodiazepínico. A prescrição de psicotrópico para uso contínuo é responsabilidade – ética e clínica – do médico que o prescreve e a disponibilização de retornos agendados para o paciente é responsabilidade do serviço. Serviços que não disponibilizem retornos previamente agendados não devem ter prescrição de psicotrópicos. Os serviços de saúde também devem ser proibidos de organizar “trocas de receitas” sem que o paciente seja efetivamente atendido.

### **Diretriz 8**

O clínico deverá saber que só se trata insônia com benzodiazepínico, antes de diagnóstico mais acurado, em casos extremos e temporariamente, até ser iniciada avaliação específica da insônia. Deve estar atento ao fato de que insônia primária é mais rara do que insônia secundária a outros problemas, muitos dos quais, grande parte das vezes, não são doenças médicas, mas inaptações de hábitos de vida ou estresse psíquico e social.

### **Diretriz 9**

O clínico também deverá ser estimulado a não encaminhar o paciente ao psiquiatra apenas como forma de se livrar do paciente que “desabafa” ou chora durante o atendimento, devido a sua situação de desamparo psíquico, familiar, social ou existencial.

### **Diretriz 10**

As gestões públicas de saúde deverão ser proibidas de tentar regular o tempo de atendimento médico com base na demanda crescente de atendimentos ou em outros parâmetros que não a *necessidade clínica*, competência relativa à autonomia do médico em gerir o tempo de atendimento, de modo individualizado para cada caso. Os médicos devem ser incentivados a denunciar aos conselhos de ética e outras instâncias as pressões que estejam sofrendo para reduzir o tempo de consulta.

### **Considerações finais**

Infelizmente, o sucateamento em que se encontra a saúde pública no Brasil do início do século XXI, bem como a quase total desregulamentação (em termos práticos) do atendimento privado em saúde no país, têm sido usados para disputas corporativas de grupos políticos ou profissionais em torno da gestão administrativa da saúde. Diante do exposto neste ensaio é simples acusar as *medicações psiquiátricas* de estarem fazendo um grande mal à população brasileira. Numa saúde pública em que quase tudo vai mal, convencer a população de que os culpados isolados por um ou outro problema vêm a ser determinados grupos profissionais tornou-se muito fácil. Mas se a prescrição e o uso de psicotrópicos no Brasil estão fora de controle, isto se deve ao fato de que o uso abusivo e indiscriminado de psicotrópicos está fora do próprio controle médico sobre este fenômeno.

Os problemas decorrentes de diagnósticos feitos por não-psiquiatras bem como da prescri-

ção indiscriminada de psicotrópicos remetem a situações que estão muito além da possibilidade de resolução isolada de qualquer especialidade médica ou classe profissional. Tal problemática adquiriu a dimensão de problema social que exige esforços amplos, contínuos e não dogmáticos, de profissionais das várias áreas da saúde e políticas distintas, de modo conciliatório, coordenado e com franco envolvimento da medicina. De fato, parece cada vez mais impraticável o enfrentamento da situação com base em disputa política e profissional.

Nesse ensaio, tentou-se organizar, com finalidade clínica, algumas diretrizes para a prática médica cotidiana, envolvendo o médico não-psiquiatra e a relação deste com os diagnósticos psiquiátricos, com a prescrição de psicofármacos e com encaminhamento aos serviços de psiquiatria, buscando estabelecer uma ação mais didática do psiquiatra em relação ao clínico na rede pública. As diretrizes aqui sugeridas, no entanto, apenas fazem sentido se forem direcionadas, no Brasil, a partir da implementação de modelos reais de saúde pública, que levem em consideração o estabelecimento de uma *Atenção Primária em Saúde Mental*. Esta *Atenção*, que necessariamente estaria relacionada a serviços psiquiátricos em nível secundário (ambulatorial) permitiria que se conseguisse estabelecer um claro diálogo com os médicos da atenção primária, visando o diagnóstico e acompanhamento do paciente de maneira técnica e ética; que deixasse de lado a crença ingênua de que fazer muitos

diagnósticos e prescrever muitas medicações significa estabelecer tratamentos eficazes.

Além disso, este ensaio tratou do abuso de diagnósticos psiquiátricos e da prescrição de psicotrópicos como um problema de saúde pública ou mesmo como um grande problema social brasileiro. Essa interface demonstra que seu debate perpassa mais do que a esfera técnica e normativa da área da medicina, configurando-se claramente em problemática interdisciplinar e bioética. Ou seja: algo que deva envolver, como defendeu Rego e colaboradores, não apenas o conhecimento técnico-prático do médico e de sua deontologia específica, e sim um debate e aprofundamento bioético, *a legitimar a garantia de acesso dos usuários às informações sobre saúde e a valorização da dimensão subjetiva e social* da relação entre médico e paciente <sup>6</sup>. Nesse aspecto, o ato de adoecer e ser tratado como doente deve deixar de ser pautado apenas no conhecimento técnico unilateral do profissional, para se tornar um ato eticamente sustentável diante de conhecimentos que se renovam e se modificam em várias áreas do saber. Uma das facetas deste problema, contudo, é a dificuldade do saber médico em assumir a existência dessa complexa problemática. Nesse sentido, as diretrizes aqui apontadas somente fariam sentido se esse reconhecimento ocorresse, como mais frequente e abertamente tem acontecido em outros países nesta primeira década do século XXI, com repercussão positiva e salutar sobre a prática médica <sup>16,22</sup>.



## Resumen

---

### **Medicina general y psiquiatría: un límite ético entre la atención primaria y servicios de psiquiatría**

En este artículo estudiamos en dos etapas la relación entre los doctores generales y los psiquiatras. El primero discute los problemas éticos y técnicos que implican esta relación, incluyendo la ocurrencia baja de este tema en la literatura científica, los errores conceptuales del diagnóstico psiquiátrico hecho por los médicos no psiquiatras, así como la prescripción abusiva y no específica de psicotrópicos sedativos en la salud pública brasileña. En otro nivel de abordaje, más a propósito, elaboramos un modelo de enseñanza que oriente de modo didáctico y práctico el diagnóstico y conductas médicas frente a problemas clínicos que, en principio, demanden diagnósticos psiquiátricos, prescripción de psicotrópicos o encaminamiento de pacientes a los servicios de la psiquiatría. Se propone que el médico no psiquiatra debe hacer diagnósticos psiquiátricos no específicos, orientándose para esto en la distinción entre los síndromes psiquiátricos severos y los síndromes con una severidad de menor gravedad. Y que a partir de esta distinción, el debe orientar su conducta ateniéndose a su capacidad técnica de administrar tratamientos psiquiátricos a medio y largo plazo, o debe contar con la ayuda del especialista. También se discute cómo debe ser hecho el encaminamiento psiquiátrico, cuando este sea el caso.

**Palabras-clave:** Atención Primaria de Salud. Salud Pública. Psiquiatría. Psicotrópicos.

## Abstract

---

### **General medicine and psychiatry: an ethical limit between primary attention and psychiatry services**

In this article we studied in two stages the relationship between other doctors and psychiatrists. First we approached the ethical and technical problems that involve this relationship, including the rare occurrence of this theme in the scientific literature, the conceptual mistakes of the psychiatric diagnosis done by other doctors, and the abusive and generic prescription of sedative psychotropic medicines in the Brazilian Public Health System. On another level, we elaborated a practical and didactic model to guide the psychiatric diagnosis, the prescription of medicines and the patients' referral to psychiatry services. We proposed that doctors who are not specialized in psychiatry should make psychiatric diagnoses without specificity, basing these on the distinction between severe psychiatric disorders and less severe syndromes. With this distinction, the doctor who is not a psychiatrist should guide his conduct in agreement with his technical capacity to handle psychiatric treatments over the long term, or should refer the patient to a psychiatric specialist. Also we discussed how such referrals should be made, when they are thought to be necessary.

**Key words:** Primary Health Care. Public Health. Psychiatry. Psychotropic drugs.

## Referências

---

1. Associação Brasileira de Psiquiatria. Diretrizes para um modelo de assistência integral em saúde mental no Brasil [Online]. [Acessado em 4 Jun 2007]. Rio de Janeiro: ABP/AMB/CFM/FENAM; 2006. Disponível em:URL: [http://www.abpbrasil.org.br/diretrizes\\_final.pdf](http://www.abpbrasil.org.br/diretrizes_final.pdf).
2. Valentini W, Levav I, Kohn R, Miranda CT, Feijó de Mello AA, Feijó de Mello M et al. Treinamento de clínicos para o diagnóstico e tratamento da depressão. *Rev Saúde Pública* 2004;38(4):522-8.
3. Botega NJ. Encaminhamento ao psiquiatra e funcionamento institucional. *Rev ABP-APAL* 1991;13(1):27.
4. Ribeiro CRO, Zoboli ELCP. Poverty, bioethics and research. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2007;15 (numero especial):713-6.
5. Marcolino JAM, Cohen C. Sobre a correlação entre a bioética e a psicologia médica. *Rev Assoc Med Bras* 2008;54(4):363-8.
6. Rego S, Gomes AP, Siqueira-Batista R. Bioética e humanização como temas transversais na formação médica. *Rev Bras Educ Med* 2008;32(4):482-91.
7. Kaplan HI, Grebb JA, Sadock BJ. *Compêndio de psiquiatria*. 9ªed. Porto Alegre: Artmed; 2007.
8. American Psychiatric Association. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-IV-Tr.)*. Porto Alegre: Artmed; 2002.
9. Stahl SM. *Psicofarmacologia: base neurocientífica e aplicações práticas*. 2ª ed. São Paulo: Medsi; 2002. p. 95-6.
10. Andrade MF, Andrade RCG, Santos V. Prescrição de psicotrópicos: avaliação das informações contidas em receitas e notificações. *Rev Bras Cienc Farm* 2004;40(4):471-9.
11. Poyares D, Pinto Jr LR, Tavares S, Barros-Vieira S. Hipnoindutores e insônia. *Rev Bras Psiquiatr* 2005; 27(1 supl):2-7.
12. Barros JA. Tranquilizantes benzodiazepínicos: instrumento de cura o de medicalizacion? *Carta med A.I.S. Bolív* 1999;14(1):33-7.
13. Auchewski L, Andreatini R, Galduróz JCF, Lacerda RB. Avaliação da orientação médica sobre os efeitos colaterais de benzodiazepínicos. *Rev. Bras. Psiquiatr* 2004; 26(1):24-31.
14. Porter R. *Cambridge: história da Medicina*. Rio de Janeiro: Revinter; 2008. p. 264.
15. Szasz TS. *Fabricação da loucura: um estudo comparativo entre a inquisição e o movimento de saúde mental (a)*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara; 1984.
16. Conrad P. *The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press; 2007.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. *Legislação em saúde mental: 1990-2004*. 5ª. ed. ampl. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

18. Henriques RSP. A remedicalização da Psiquiatria: uma reflexão crítica sobre a revolução nosológica do DSM-III [dissertação]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2003.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Legislação em saúde mental: 1990-2004. 5ª ed. ampl. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
20. Cordioli AV. Psicofármacos: consulta rápida. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2005.
21. Organização Mundial de Saúde (OMS). Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10. Porto Alegre: Artmed; 2007.
22. Horwitz AV, Wakefield JC. The loss of sadness: how psychiatry transformed normal sorrow into depressive disorder. New York: Oxford University Press; 2007.

Recebido: 9.7.2008      Aprovado: 2.12.2008      Aprovação final: 3.2.2009

## **Contato**

---

Francisco da Costa Júnior - [franciscodacostajr@yahoo.com.br](mailto:franciscodacostajr@yahoo.com.br)  
SQN 411, Bloco M, Apto. 108, Asa Norte, Cep 70866-130. Brasília/DF, Brasil.