

**Saúde
mental
na
próxima
década**



Hoje em dia, uma pessoa que procura ajuda por acreditar que tem um problema emocional ou do comportamento se vê diante de uma multiplicidade de posturas e decisões. Seu problema é psicológico ou é uma afecção do cérebro? Será necessário o uso de medicação ou de terapia? Será que seu problema é algo que pode ser exposto a familiares, amigos, colegas de trabalho ou não? Estas perguntas são muito atuais e vão continuar a ser motivo de debate na próxima década em todos os setores da sociedade que estão direta, ou indiretamente, em contato com o transtorno mental. O propósito deste ensaio é discorrer sobre o que se pode esperar de alguns destes setores: do pesquisador que se propõe a investigar os mecanismos biológicos do funcionamento cerebral, passando pela interação entre agente de saúde e paciente e, finalmente, de quem é a responsabilidade de oferecer e arcar com as despesas da saúde mental no milênio que se aproxima.

UM NOVO MODELO CONCEITUAL

A importância de um modelo teórico de entendimento da doença mental reside no fato de que ele vai nortear a conduta dos agentes da saúde diante do paciente com problemas emocionais e do comportamento. Além disso, um modelo teórico oferece a oportunidade de um exercício constante de verificação da sua validade diante do dinamismo que é a mente humana.

A questão prática exposta na introdução retoma as diferentes proposições do que vem a ser a doença mental. A psiquiatria, a especialidade médica que cuida da doença mental, servirá de exemplo de um setor que atua na saúde mental na nossa discussão. Duas disciplinas, basicamente, procuram definir o que se sabe a respeito dos mecanismos que medeiam o comportamento humano e, por extensão, norteiam a prática psiquiátrica. De um lado, as ciências biológicas, que estudam o cérebro (neurociências), e do outro, as teorias psicodinâmicas, fundamentalmente a psicanálise, que procuram entender a vida psíquica sob a ótica de processos inconscientes, intrapsíquicos que prescindem de uma teoria do funcionamento cerebral. A seguir, faremos um breve histórico dessas disciplinas, salientando as vantagens e limitações que impõem quando da interação entre agente de saúde e paciente.

A psicanálise, vista como o conjunto das obras de Sigmund Freud e seus discípulos, é ainda hoje o modelo de explicação mental mais elegante que

ANDRÉ B. NEGRÃO
é psiquiatra e médico-pesquisador do National Institute of Mental Health, NIH, Bethesda, MD.

JULIO LICINIO
é psiquiatra e médico-pesquisador do National Institute of Mental Health, NIH, Bethesda, MD.

existe. Através do método de exploração do universo subjetivo por meio da livre associação e interpretação dos sonhos a psicanálise desenvolveu um robusto constructo teórico. Categoriza e atribui funções distintas para estruturas conscientes e inconscientes (ego, *id* e *superego*) e organiza o entendimento do universo psíquico do indivíduo a partir das relações com seus pais na infância. A psicanálise vai além, ao propor que por meio da transferência, o terapeuta é capaz de orientar o paciente a repassar conflitos que não foram adequadamente vividos e que são causa dos problemas, neuroses. Desta maneira, o psicanalista tem uma compreensão do aparelho psíquico do indivíduo e pode ser um agente terapêutico também. A psiquiatria, principalmente nos centros acadêmicos, assimilou a psicanálise quase de modo exclusivo no final da década de 40 até o final dos anos 60. Porém, limitações dentro da psicanálise mudaram o interesse e a prática da psiquiatria nos últimos vinte anos. O método de exploração psicanalítico, priorizando o subjetivo, é limitado porque carece de um elemento de comprovação empírica. Outra limitação está no espectro de transtornos em que a psicanálise oferece uma melhora da qualidade de vida do analisando, pois ela exclui em grande parte os mais graves transtornos psiquiátricos, a esquizofrenia e o transtorno afetivo bipolar.

Os avanços no que diz respeito aos mecanismos biológicos da atividade mental encontravam-se numa posição desvantajosa no início deste século. Enquanto a psicanálise oferecia aos psiquiatras um método de investigação e cura, as ciências neurobiológicas encontravam-se num estágio rudimentar de investigação científica. A biologia da mente carecia de um corpo conceitual e de técnicas de exploração para um entendimento da maioria dos processos mentais mais sofisticados, quanto mais dos transtornos do psiquismo. Um surto de inovação foi o advento da psicofarmacologia que revolucionou a vida de milhões de pessoas com transtornos mentais na década de 60. Os neurolépticos, carbonato de lítio e antidepressivos foram

as primeiras medicações efetivas no tratamento da esquizofrenia, transtorno bipolar e depressão maior, respectivamente. Outro avanço significativo foi a adoção de critérios objetivos e válidos para o diagnóstico de transtornos mentais, que possibilitou uma melhor comunicação entre pesquisadores e a facilitação de testes clínicos de novos medicamentos. Cabe aqui ressaltar que a descoberta de drogas efetivas no tratamento de transtornos psiquiátricos se deu muito mais pelo acaso e a observação astuta de alguns investigadores do que pelo avanço metódico e gradual do que se sabe sobre o funcionamento cerebral.

Foi principalmente nos anos 80 que as neurociências (ciências cognitivas, neurofisiologia, etc.) lançaram descobertas fundamentais para o entendimento do funcionamento mental e a atividade do cérebro. Os métodos de investigação radiológica ditos funcionais possibilitam a visualização de mudanças no fluxo de sangue concomitantes à realização de tarefas cognitivas (cálculos matemáticos, testes de memória, expressão de tristeza ou alegria). Mais ainda, sabe-se que funções tais como memória e aprendizado motor modificam a fina arquitetura que conecta os neurônios (sinapses). Experimentos desse tipo sugerem que todo tipo de aprendizado altera a circuitaria neuronal no cérebro de modo duradouro, o que vem ao encontro de um princípio cardinal nas neurociências sobre atividade mental e cérebro: todos os processos mentais, mesmo os mais complexos, são derivados de operações que ocorrem no cérebro.

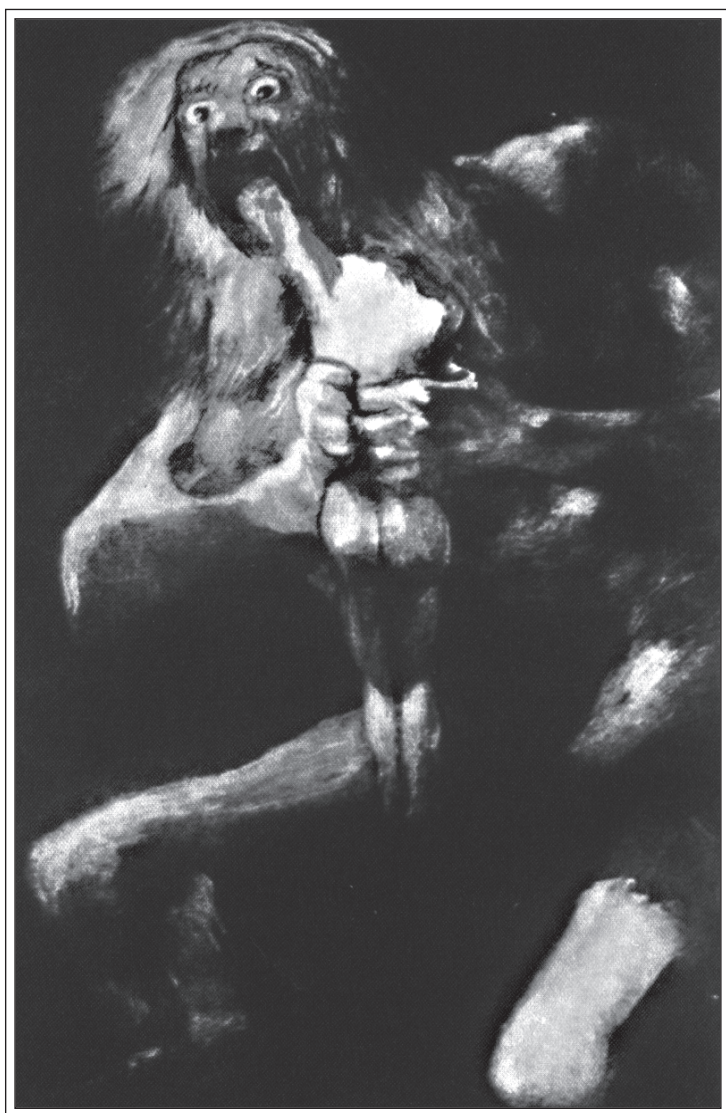
Infelizmente, as neurociências estão seguindo o mesmo caminho de todas as áreas de investigação médica deste final de década: a medicina molecular. Vários são os centros de pesquisa e academias que adotam o dogma de que a investigação de qualquer mecanismo vital deve priorizar os aspectos moleculares do organismo vivo. A crítica a esse modelo reside no fato de que ele reduz a riqueza da produção mental humana não a um órgão, o cérebro, mas a substâncias químicas (neuropeptídeos, neurotransmissores, fatores de transcrição,



A Nau dos
Insensatos,
de H. Bosch

etc.). Outro ponto delicado no avanço científico das neurociências é a falta de teorias ou conceitos do comportamento humano que sintetizem a enormidade de informações que se acumulam a cada dia sobre o microambiente funcional dos neurônios. Existe um perigo para o paciente desta ultra-especialização: uma psiquiatria em que faltará a perspectiva humana do que seja o sofrimento mental, aspecto inerente da prática e teoria de terapêuticas psicodinâmicas. Uma solução, já veiculada por alguns psiquiatras, é testar as idéias da estrutura de funcionamento do psiquismo segundo a psicanálise e teorias psicodinâmicas, com os recursos tecnológicos das neurociências. Essa integração, de certo modo, já ocorre no dia-a-dia dos consultórios. A aborda-

**Saturno
Devorando o
Filho, de Goya**



gem que integra medicamento e terapia é considerada pelos agentes de saúde mental o tratamento mais eficiente para alguns transtornos psiquiátricos (ver abaixo para uma discussão mais pormenorizada sobre tratamento).

Num artigo recente, publicado no *American Journal of Psychiatry*, o periódico oficial da Associação Americana de Psiquiatria, Eric Kandel, conhecido por suas contribuições a respeito dos mecanismos moleculares da memória, propõe um exemplo de quão benéfica pode ser essa integração. A tese levantada pelo autor propõe uma analogia entre aspectos neurocognitivos da memória e o inconsciente visto sob os olhos da psicanálise. A memória é dividida pelos cientistas neurocognitivistas em duas formas: memória explícita e memória implícita, grosso modo, uma memória para o que as coisas *são* e uma memória de como *fazer* algo, respectivamente. A memória explícita guarda informações de acesso consciente, dados autobiográficos e fatos (pessoas, lugares, objetos, acontecimentos). A partir do estudo de pacientes com lesões cerebrais (por exemplo, um tumor) e mais modernamente em estudos de pessoas sadias por meio da ressonância nuclear magnética funcional descobriu-se que o lobo temporal e uma região chamada de hipocampo são as estruturas cerebrais necessárias para o bom funcionamento da memória explícita. Por sua vez, a memória implícita, também chamada de memória procedural, necessita de estratégias inconscientes que envolvam movimentos para ser evocada. Ela depende da integridade de sistemas motores e sensoriais específicos, além de uma outra estrutura na base do cérebro (corpo estriado) e do cerebelo. Estes dois sistemas mnemônicos se sobrepõem no dia-a-dia, de modo que todo aprendizado humano faz uso de ambos. Por exemplo, aprender a dirigir um carro no começo exige uma recordação consciente do que é e de como fazer, mas num momento futuro, dirigir se torna um ato motor não-consciente. Pacientes que sofreram danos no hipocampo são incapazes de aprender novos nomes de

pessoas, lugares (memória explícita) mas aprendem novas habilidades que requeiram movimentos. Quando indagados quando, quem ensinou, onde aprenderam são incapazes de dizer, mas não se esquecem de como executar a nova habilidade motora.

Qual a finalidade de toda essa descrição? Fazer uma analogia entre a memória procedural como exemplo biológico de uma atividade mental inconsciente e o inconsciente freudiano. Um dos pilares da teoria psicanalítica é que conflitos pessoais, que gerariam grande desconforto se expostos à luz da consciência, permanecem inconscientes (reprimidos) e se fazem manifestar de modo simbólico (sonhos, sintomas neuróticos). Ao longo dos seus escritos, Freud usa o termo inconsciente para designar o aspecto reprimido ou dinâmico da mente mas também postula que há um aspecto do inconsciente que não é oriundo de conflitos ou desejos, daí não estar reprimido. Ao contrário do inconsciente dinâmico, este jamais vem à consciência, não é reprimido e diz respeito a hábitos, percepção e habilidades motoras. Uma vez que esse aspecto do inconsciente freudiano se assemelha à memória procedural dos neurocognitivistas, Kandel o denomina inconsciente procedural.

Essa correspondência, prossegue Kandel, entre aspectos do inconsciente e memória procedural já havia sido notada por dois autores numa revista especializada em psicanálise. Os autores discorrem sobre o que ocorre e como se dão as mudanças no comportamento do analisando. Eles propõem que o avanço durante as sessões de psicanálise ocorre no domínio dos comportamentos e conhecimentos não-verbais (inconsciente procedural). Esses momentos da interação entre terapeuta e analisando, em que há um avanço no processo da terapia por meio da criação de novas memórias implícitas, é denominado de momento de significação pelos mesmos autores. Visto assim, o progresso da terapia não depende de *insights* conscientes, pelo contrário, os momentos de significação parecem mudar o comportamento do analisando por meio de um incremento no rol

das estratégias procedurais de ser e fazer por parte do paciente. Dentro do propósito integrativo e prático da união das duas disciplinas, o próximo passo, ainda segundo Kandel, seria o de usar do empirismo científico para testar a seguinte hipótese: Quais são as estruturas ou sistemas cerebrais que medeiam aspectos da memória procedural de relevância psicanalítica? O método sugerido pelo autor seria o de examinar o comportamento da pessoa e imagens cerebrais por meio da radiologia moderna de cada momento de significação durante as sessões de análise e verificar qual sistema anatômico da memória procedural é utilizado.

O exercício reflexivo sugerido por Kandel pode ser a chave no futuro para o uso integrado dos postulados psicanalíticos no contexto vigente da ciência experimental. O modelo proposto poderá ser utilizado por qualquer profissional que se depare com as instigantes perguntas do porquê e como dos transtornos mentais.

O MODELO CONCEITUAL NA PRÁTICA: O TRATAMENTO

Cabe agora voltarmos ao nosso paciente hipotético e discorrer sobre o que está disponível e o que esperar quando se fala em tratamento do transtorno mental no século XXI. A descoberta de medicações efetivas no tratamento da esquizofrenia e do transtorno bipolar na década de 50 introduziu os pacientes mentais no que se chama de estudo clínico controlado. Nesses estudos, um grupo de pacientes recebe a droga a ser testada e um grupo de pacientes com o mesmo transtorno recebe uma substância inerte (placebo), isso porque é sabido que o fato de estar numa situação de tratamento pode levar à melhora por si só. O psicofarmacologista quer saber se a droga testada é melhor do que a contingência de tratamento *per se*, ou seja, o que se passa com o grupo que recebe o placebo. Toda medicação com potencial terapêutico deve passar pelo crivo desses estudos antes de

ser oficialmente qualificada de eficaz contra o transtorno a que se destina. A mesma metodologia foi adotada para se verificar a eficácia de diferentes modalidades de psicoterapias para os transtornos mentais. O grupo “placebo” neste caso são pacientes que estão numa lista de espera ou pacientes que recebem uma outra intervenção psicoterápica, que não a testada. Os estudos de eficácia das psicoterapias demonstraram que a terapia cognitiva ou a terapia interpessoal aliviam moderadamente os sintomas de pessoas com depressão maior; terapia comportamental funciona razoavelmente bem para pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo, terapia cognitiva tem ótimos resultados em paciente com ataque de pânico; e terapia comportamental-cognitiva leva a um alívio importante da bulimia nervosa.

Os estudos acima são conhecidos também pelo rótulo de estudos de eficácia do tratamento, sejam eles psicoterápicos ou farmacológicos. Os estudos de eficácia são feitos em condições rigorosamente controladas em que o tempo do tratamento é limitado, a modalidade de tratamento é a mesma do começo ao fim e o paciente não tem escolha do que vai receber. E mais, os pacientes destes estudos só podem ter um transtorno mental isolado e, finalmente, a ênfase do tratamento é a remissão dos sintomas da doença. Martin Seligman, pesquisador do Departamento de Psicologia da Universidade da Pensilvânia, tem a seguinte opinião a respeito dos estudos de eficácia: “Estudos de eficácia parecem ser o melhor instrumento científico para se dizer se um novo tratamento *pode* [itálico do autor] funcionar para uma doença quando o tratamento é levado do contexto experimental para a sociedade”. A condição em itálico é bem verdade, porque a rotina do consultório de psiquiatras, terapeutas, assistentes sociais, psicólogos é a negação de cada requisito dos estudos de eficácia. A saída científica, porém inviável, seria fazer um estudo de eficácia em saúde mental em que o tratamento teria uma duração variável, ajustes das condições do tratamento seriam feitos de acordo com a demanda do

paciente, em que o resultado seria medido pela melhora global do paciente e não só no alívio dos sintomas e, por fim, que o paciente tivesse vários problemas além do transtorno em foco. Alguns pesquisadores chegaram a fazer estudos de eficácia abordando pelo menos um aspecto da realidade no tratamento em saúde mental, o uso combinado de psicoterapia e medicamento no mesmo transtorno. No caso da depressão, tem-se claro que o uso de medicação associada a terapia interpessoal ou terapia cognitiva evita recaídas da depressão se comparado com qualquer uma das modalidades de tratamento em separado, um exemplo benéfico da associação. Mais pesquisas têm sido feitas abordando o uso combinado de diferentes modalidades terapêuticas para transtorno do pânico, transtornos alimentares, transtorno obsessivo-compulsivo e as conclusões a seu respeito estarão prontas nos próximos anos.

É importante que o profissional de saúde mental não se deixe contaminar pela inflexibilidade e limitação dos estudos de eficácia de tratamento. A finalidade do estudo é traduzir para o paciente um número que indique a porcentagem de melhora de determinado tratamento. Por trás destes estudos estão outros fatores não tão aparentes: a indústria tem interesse a cada novo estudo farmacológico porque quer saber se tem em mãos um produto com poder de venda ou não e o *managed care* (discutido em detalhe na seção seguinte) irá contratar um terapeuta por 10 sessões ao invés de um por 40 sessões se tiver em mãos um estudo de eficácia de 10 semanas de duração. A grande perspectiva no tratamento do doente mental é que toda a interação junto ao paciente tem o potencial de criar um novo aprendizado de como lidar com o seu problema (depressão, ansiedade, obsessões, delírios, etc.). A dificuldade do pesquisador, do clínico, do terapeuta é discernir o que exatamente cura, a “pílula mágica”, na miríade de interações entre paciente e agente de saúde. A resposta a essa pergunta economizaria tempo e dinheiro. Ora, o que falta, na maior parte das vezes, é uma maneira fidedigna de se verificar quando e

como ao longo do tratamento (medicamentoso, psicoterápico ou combinado) se dão as alterações duradouras no centro de toda vida mental do indivíduo, seu cérebro.

Tendo em vista a proposta conceitual acima, iremos descrever um estudo frequentemente citado quando se fala de diferentes modalidades de tratamento e efeitos nítidos no comportamento e na atividade cerebral, feito em pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo (TOC), em 1992. Essa é uma doença comum e muito debilitante, caracterizada por pensamentos recorrentes e indesejáveis, as obsessões, e movimentos conscientes e ritualizados, as compulsões. Felizmente, medicações tais como os inibidores seletivos de recaptura de serotonina (ISRS), por exemplo, Prozac, ou a terapia cognitivo-comportamental reduzem drasticamente os sintomas dos pacientes com TOC, uma descoberta feita na década de 80. Mais recentemente, vários pesquisadores postularam que duas regiões do cérebro que estão implicadas no controle voluntário do movimento, córtex frontal e gânglios da base, podem estar afetadas, sendo a possível origem dos sintomas obsessivo-compulsivos. Essa hipótese advém do fato de que uma sub-região dos gânglios da base, o núcleo caudado, encontra-se excessivamente ativada nos pacientes com TOC quando examinados com o auxílio da tomografia por emissão de pósitrons (PET). Em 1992, pesquisadores da Universidade da Califórnia examinaram pacientes com TOC por meio do PET antes do tratamento e depois. O interessante nesse estudo é que o grupo de pacientes foi dividido aleatoriamente em dois subgrupos de tratamento, um recebeu só medicação (ISRS) e o outro recebeu terapia comportamental-cognitiva. Os dois grupos tinham um sinal de aumento da atividade (utilização de glicose) na região do núcleo caudado. Os resultados do estudo são fascinantes: primeiro, os dois grupos melhoraram em muito dos sintomas, e mais, na *mesma* intensidade de recuperação; segundo, nos dois grupos houve uma *normalização* da atividade do núcleo caudado!

O argumento que se pode fazer a partir do estudo com pacientes com TOC é que tanto terapia quanto o uso de psicofármacos levam a mudanças no cérebro do paciente e concomitante melhora dos sintomas. Isso sugere que, quando um psicoterapeuta interage com um paciente, o terapeuta não só faz contato pelo olhar e dialoga, mas suas palavras agem na maquinaria neuronal do cérebro do paciente e, se há melhora, é de se esperar que a terapia deixe um efeito duradouro nessa maquinaria. Uma previsão possível é que mais e mais os pacientes na área de saúde mental vão se beneficiar da ação combinada de diferentes modalidades de tratamento e os profissionais responsáveis por sua melhora poderão utilizar os recursos técnicos de investigação por imagem para monitorar a recuperação dos pacientes.

UM CONFLITO MERCANTIL: A REALIDADE DOS SISTEMAS DE SAÚDE

O final da década traz um complicador a mais na área de atendimento e financiamento da saúde no país. Além das dificuldades estruturais (sistema de saúde público precário, marcantes desigualdades socioeconômicas) o setor de saúde está às voltas com a introdução do gerenciamento da assistência médica (*managed care*) por parte das empresas de planos e seguros-saúde. O *managed care* nos EUA existe há décadas mas foi somente a partir dos anos 80 que ele passou a ser difundido e, dentre as várias especialidades médicas, ele trouxe profundas modificações no sistema de atendimento ao doente mental. Apesar das diferenças de sistemas de saúde dos dois países, faremos um histórico do *managed care* e seus efeitos no sistema de saúde mental americano para traçarmos um possível perfil do que pode vir a acontecer nos próximos anos no Brasil.

Nos EUA, o governo se encarrega de

dar assistência médico-hospitalar para pessoas que comprovadamente tenham baixa renda através do programa Medicaid. Cabe ao restante da população gerenciar seu próprio atendimento, através de planos de saúde, remuneração direta pelos serviços ou, mais modernamente, através do *managed care*. Até a década de 80, a maior parte dos médicos eram pagos diretamente pelas empresas de seguro que respeitavam os honorários estabelecidos pelos médicos e hospitais. Com o crescente aumento dos custos da assistência médica americana deu-se carta branca para que o *managed care* entrasse no mercado para reduzir os gastos com a saúde. O *managed care* é uma forma de gerenciamento da assistência médica que possibilita a contenção de custos, controle e padronização de serviços. Ou seja, é primariamente uma medida de contenção de gastos com a saúde e não uma racionalização do atendimento, que priorizaria a excelência na prestação de serviços e faria deste princípio a base para o controle dos gastos. Os proponentes do *managed care* alegam que sua intenção é “racionalizar o sistema de saúde, para viabilizá-lo”. A grande questão é conter os gastos (aumentar o lucro das empresas) sem que haja comprometimento da qualidade de vida dos pacientes e dos agentes da saúde.

A cobertura para transtornos mentais dentro dos pacotes oferecidos pelo *managed care* de modo geral não inclui transtornos crônicos e restringe as consultas a um máximo de 20 visitas ambulatoriais e 30 dias de internação por ano. Esse pacote seguramente desfavorece as pessoas que têm um transtorno mental grave e persistente. Porém, há outras limitações. Se uma pessoa julga necessitar de atendimento dentro da parte de saúde mental do pacote oferecido, ela deve primeiro telefonar a um triador do *managed care*, em geral, uma enfermeira psiquiátrica que vai autorizar e fiscalizar qual o serviço a ser utilizado. A autorização por parte do triador é julgada de acordo com protocolos organizacionais elaborados pela própria empresa que priorizam o serviço mais barato com ênfase no atendimento ambulatorial.

O sistema provou ser enxuto. Entre 1996 e 1997 as empresas de *managed care* economizaram 34 bilhões de dólares para as seguradoras de planos de saúde. As críticas que se fazem a esse sistema são muitas e partem dos pacientes e dos prestadores de serviço, principalmente os psiquiatras. Depois de mais de uma década de *managed care* os pacientes e psiquiatras se ressentem porque é a empresa quem decide sobre questões clínicas; os provedores da empresa recebem menos do que cobriam na prática privada individual, e os pacotes penalizam os provedores que indicam a utilização de muitos serviços (prescrições, exames, internações) e oferecem bônus àqueles que agem de maneira oposta. Os pacientes, por intermédio de suas associações, têm feito *lobby* com os congressistas para que haja modificações no *managed care*. Por outro lado, as empresas de *managed care* fazem seu próprio *lobby*; só em 1995 o governo repassou 157 bilhões de dólares as essas empresas, e é certo que elas vão querer garantir seu mercado.

A presença do *managed care* trouxe também uma nova configuração no quadro de profissionais que atendem o doente mental. Tradicionalmente, o psiquiatra foi sempre a linha de frente do tratamento de doentes mentais: fazia o diagnóstico, prescrevia se necessário e, muitas vezes, a terapia era conduzida por ele mesmo. Um dos métodos de contenção de despesas com gastos médicos é limitar o encaminhamento para atendimento especializado. Para tal, o *managed care* contrata o médico clínico-geral que serve como um triador de casos, gratificando o médico que pouco encaminha com bônus além do salário contratual. Assim, o paciente agora é visto primariamente por um clínico-geral que, ao suspeitar de um transtorno mental, encaminha seu paciente a um administrador de caso (*case manager*), um profissional não-médico, encarregado do diagnóstico e da determinação do tratamento adequado. Cabe ainda ao médico-geral prescrever os psicofármacos quando indicado. Se há necessidade de terapia, esta é feita por um profissional especializado em aconselhamento psico-

lógico, geralmente um assistente social ou enfermeira. Seguramente, a classe profissional mais lesada com essas mudanças foi a psiquiatria e muito se discute a respeito do seu futuro nos EUA. Especula-se que o psiquiatra terá sua atuação limitada aos casos graves, de pior prognóstico ou a subespecialidades dentro da psiquiatria (psiquiatria geriátrica).

Diante da regulamentação do setor de seguro-saúde no Brasil, em que se definem regras mais claras de atuação, empresas norte-americanas operadoras do *managed care* e outras modalidades de planos de saúde têm se associado a empresas nacionais e aberto franquias com intuito de expandir sua presença no mercado brasileiro. É improvável que essas empresas irão modificar sua filosofia de limitar o uso de serviços de saúde mental de seus clientes. Cabe ao Congresso Nacional finalizar a regulamentação desse novo

modelo assistencial e assegurar que todos os pacientes, graves ou não, tenham suas demandas atendidas.

Os pacientes e os profissionais da área de saúde mental encontram-se numa situação única, e, de certo modo, irônica, nesta virada de século. Existe um amplo conhecimento científico de como diagnosticar e tratar de modo eficaz vários transtornos mentais, e os agentes de saúde podem oferecer uma visão integrada do que é e como abordar estes transtornos a seus pacientes. Ao mesmo tempo, forças políticas e econômicas podem limitar o acesso desse conhecimento àqueles que mais poderiam se beneficiar dele. Não é possível prever qual o resultado final da ação desses aspectos no dia-a-dia do paciente com transtornos mentais, mas é cada vez mais claro que qualquer modificação que vier vai ficar concretamente fixada nas mentes dos pacientes e da sociedade em geral.

BIBLIOGRAFIA

BAXTER, L. R. Jr.; SCHWARTZ, J. M.; BERGMAN et al. "Caudate Glucose Metabolic Rate Changes with Both Drug and Behavior Therapy for Obsessive-compulsive Disorder", in *Archives of General Psychiatry*, 49, 1992, pp. 681-9.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. <http://www.cfm.org.br/>

KANDEL, E. R. "Biology and the Future of Psychoanalysis: a New Intellectual Framework for Psychiatry Revisited", in *American Journal of Psychiatry*, 156, 1999, pp. 505-24.

PLANOS DE SAÚDE/CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. <http://www.planosdesaude.org.br/>

SELIGMAN, M. E. P. "The Effectiveness of Psychotherapy — The Consumer Report Study", in *American Psychologist*, 50, 1995, pp. 965-74.