

Estratégia Educacional em Saúde Mental para Médicos da Atenção Básica

Mental Health Educational Program for Primary Health Care Physicians

Alexandre de Araújo Pereira¹
Daniela Correia Leite Andrade¹

PALAVRAS-CHAVE

- Saúde Mental.
- Atenção Primária à Saúde.
- Medicina de Família e Comunidade.

RESUMO

Introdução: A Estratégia de Saúde da Família e a Reforma da Assistência Psiquiátrica Brasileira têm trazido contribuições importantes para a melhora da atenção em saúde no País. Ambas defendem os princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS) e propõem uma mudança no modelo de assistência à saúde, privilegiando a descentralização e a abordagem comunitária/familiar em detrimento do modelo tradicional, centralizador e voltado para o hospital. **Objetivos:** Este artigo objetiva fornecer elementos práticos que poderão servir de modelo para a implantação de estratégias educacionais em saúde mental, para médicos que atuam na atenção básica, no contexto da realidade brasileira. **Métodos:** Trata-se de um estudo de investigação educacional, de enfoque qualitativo, construído com base na metodologia de triangulação de dados, colhidos em revisão da literatura, aplicação de questionários e grupos focais. O estudo foi conduzido na cidade de Sobral (CE) e contou com a participação de 26 médicos, lotados em 28 Unidades Básicas de Saúde, além de três docentes de escolas médicas brasileiras. **Resultados:** A maioria dos médicos de família se sentiu despreparada para o atendimento das demandas de saúde mental e identificou falhas importantes na formação durante a graduação médica. Segundo eles, os temas de saúde mental foram insuficientes, de cunho eminentemente hospitalar, curativo e fora do contexto da atenção comunitária. Em alguns casos, a formação ocorreu de maneira bastante negativa, reforçando preconceitos e tabus em relação ao atendimento psiquiátrico e criando barreiras que dificultaram o interesse e a disponibilidade desses médicos para atender pacientes portadores de transtornos mentais. A estratégia educacional resultante deste estudo oferece às equipes de saúde e às instituições formadoras de recursos humanos referências conceituais, práticas e metodológicas para a elaboração de programas de qualificação em saúde mental, no contexto da atenção básica à saúde. **Conclusões:** As ferramentas de identificação de necessidades de aprendizado em saúde utilizadas neste estudo mostraram-se úteis na elaboração de programas de educação permanente junto aos profissionais da rede básica. Para maior validação da proposta, recomenda-se sua aplicação e avaliação em outros municípios brasileiros.

KEY-WORDS

- Mental Health.
- Primary Health Care.
- Family Practice.

ABSTRACT

Introduction: Brazilian primary health care and mental health policies have contributed significantly to improving health care in the country. Both defend the basic principles of the Unified Health System (SUS) and propose a change in the health care model, focusing on a decentralized, community/family-oriented approach, rather than the traditional centralized, hospital-oriented model. **Objective:** This article aims to provide practical elements, which may serve as a model for the implementation of mental health education programs for primary health care physicians who work in Brazil. **Methods:** Learning needs in mental health were identified using data triangulation methodology that drew on literature review, questionnaires and focus groups. The study was conducted in the town of Sobral, Ceará, with the participation of 26 family physicians from 28 Basic Health Units and three psychiatry professors from Brazilian medical schools. **Results:** Most of the family doctors felt unprepared to solve mental health problems and identified major gaps in their medical training. They reported that the focus on mental health issues was insufficient, and centered on the hospital setting and healing, rather than in the context of community care. The educational program developed provides health teams and health education institutions with the conceptual, practical and methodological framework for primary-level mental health education initiatives. **Conclusion:** The tools to identify health learning needs proved useful in the development of continuing education programs together with primary health professionals. For the purposes of validation, it is suggested that this program be tested in different Brazilian cities followed by thorough evaluation.

Recebido em: 01/04/2017

Aprovado em: 11/04/2017

INTRODUÇÃO

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) e a Reforma da Assistência Psiquiátrica Brasileira (RAPB) têm trazido contribuições importantes para a reformulação da atenção em saúde no País. Ambas defendem os princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS) e propõem uma mudança no modelo de assistência à saúde, privilegiando a descentralização e a abordagem comunitária/familiar em detrimento do modelo tradicional, centralizador e voltado para o hospital. Tais políticas trouxeram avanços no processo de municipalização da saúde e têm contribuído para a transformação do modelo assistencial vigente. Tais iniciativas vêm sendo estimuladas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) nos últimos anos^{1,2}.

A ESF constitui a principal alternativa para a assistência à atenção básica à saúde no Brasil, o que pode ser confirmado pelos números do Ministério da Saúde (MS). Em 1994, quando do início do programa federal, havia 920 equipes de saúde da família, em 55 municípios brasileiros. Em fevereiro de 2015, o número de equipes saltou para 37.802, abrangendo 5.296 municípios, o que representa uma cobertura populacional de 60,27%³.

Segundo o MS, o equacionamento de recursos humanos na área da saúde mental é imprescindível para a consolidação da RAPB⁴. A maioria dos profissionais ligados à área encontra-

-se nos grandes centros urbanos. Os programas de capacitação formal são raros e concentrados geograficamente. Não há mecanismos de supervisão continuada ou de fixação dos psiquiatras no interior. A disponibilidade de cuidados é insuficiente quando se trata de situações clínicas mais graves. Em razão disso, os usuários ainda são encaminhados para internações nos grandes centros, onde se concentram os hospitais psiquiátricos. Daí a necessidade de melhorar a capacidade resolutiva da atenção primária, garantindo o atendimento dos casos mais comuns nessa área da assistência à saúde.

A demanda de saúde mental no âmbito da atenção geral à saúde tem sido objeto de numerosos estudos, especialmente a partir da década de 1980. Nos EUA, o *Epidemiologic Catchment Area Study* (ECA) revelou que 40-60% da demanda de saúde mental estavam sendo atendidas na atenção básica, por médicos generalistas^{5,6}.

Uma investigação multicêntrica patrocinada pela OMS no início dos anos 1990, denominada *Psychological Problems in General Health Care* (PPGHC/OMS), desenvolvida em 15 países, inclusive no Brasil, confirmou a prevalência média de 24% de transtornos mentais entre os pacientes de unidades gerais de saúde. Em sua grande maioria, os pacientes identificados pelo estudo são portadores de quadros depressivos (média de 10,4%) e ansiosos (média de 7,9%). Muitas vezes, são quadros

de caráter agudo, com menor gravidade dos sintomas e que desaparecem espontaneamente, os denominados Transtornos Mentais Comuns (TMC). Sua presença está associada a indicadores sociodemográficos e econômicos desfavoráveis, como pobreza, baixa escolaridade e pertencer ao sexo feminino, bem como à ocorrência de eventos de vida desencadeantes. Há predomínio de sintomas somáticos entre as queixas, em contraposição aos sintomas psicológicos, estes mais presentes entre os pacientes atendidos em unidades especializadas^{7,8}. Em países europeus, observou-se alta prevalência de TMC: 37% na Inglaterra, 32,7% em Portugal, 35% na Holanda^{9,10,11}. No Brasil, uma pesquisa multicêntrica realizada no contexto da atenção primária identificou prevalências de TMC ainda maiores: 51,9% no Rio de Janeiro, 53,3% em São Paulo, 57,7% em Porto Alegre e 64,3% em Fortaleza¹².

Especialmente nos últimos dez anos, observa-se grande expansão do número de escolas médicas. Daí a exigência de maior cuidado quanto à qualidade na formação dos futuros profissionais voltados para a atenção aos portadores de transtornos mentais. Atualmente, o Brasil possui 249 escolas médicas, perdendo apenas para a Índia, que tem 381¹³. A carga horária curricular dos cursos médicos, relacionada à saúde mental/psiquiatria, é geralmente insatisfatória, de cunho predominantemente teórico, sem oferta de estágios práticos com supervisão adequada, com predomínio do modelo biomédico, centrada no atendimento hospitalar, desconsiderando os aspectos psicossociais e comunitários.

Dados da literatura apontam que os médicos que atuam na atenção primária de saúde não estão preparados para atender, com qualidade e de forma resolutiva, os casos de transtorno mental no âmbito da comunidade, o que aponta a necessidade de criar estratégias educacionais em saúde mental para esses profissionais^{8,14,15,16}.

Alguns autores têm relatado modelos de integração assistencial/educativa em saúde mental no âmbito da atenção básica, alguns deles voltados para a integração curricular de residentes de Psiquiatria e de medicina comunitária^{15,17}. Tais iniciativas têm se mostrado promissoras quanto à aquisição de novos conhecimentos pelos médicos da atenção básica, refletindo-se nos cuidados prestados à população e contribuindo para reduzir os estigmas culturais relacionados aos transtornos mentais.

Uma revisão teórica sobre aspectos pedagógicos relacionados à qualificação em saúde mental, direcionados para médicos da atenção básica, foi publicada pelo autor principal deste trabalho¹⁸.

Este artigo pretende fornecer elementos práticos que poderão servir de modelo para a implantação de estratégias

educacionais em saúde mental, para médicos que atuam na atenção básica no contexto da realidade brasileira.

MATERIAL E MÉTODOS

O estudo foi conduzido na cidade de Sobral (CE), tendo como referência as 28 Unidades Básicas de Saúde e as 41 equipes de saúde da família, todas integradas à rede local do SUS. A metodologia buscou unir elementos teóricos e empíricos por meio da triangulação de dados, que, segundo Turato¹⁹ e Minayo²⁰, pode ser descrita como a utilização de dois ou mais métodos/técnicas para, simultânea ou sequencialmente, examinar o mesmo fenômeno, com o objetivo de melhor validar os achados investigados.

Foi feita uma revisão narrativa da literatura que incluiu documentos oficiais de órgãos nacionais e internacionais, além das seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) e *Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line* (Medline), nos últimos dez anos. Obtiveram-se os seguintes termos de busca nos descritores de assuntos em ciências da saúde da Bireme (DeCS) e MeSH: saúde mental, atenção primária, atenção básica, educação e medicina. Utilizaram-se os operadores booleanos "AND", "OR" e "*" para compor as estratégias de busca. Os critérios de inclusão definidos para a seleção dos artigos foram: aqueles publicados em português, inglês e espanhol; artigos de revisão, reflexão teórica, relato de experiências e pesquisas empíricas relacionados ao tema.

Aplicou-se um questionário semiaberto dirigido a 26 médicos que atuaram na ESF do município de Sobral. O formato e o conteúdo do questionário foram desenvolvidos seguindo as linhas gerais propostas por Turton²¹ e Kerwick¹⁶ em dois estudos semelhantes ao proposto, realizados no Reino Unido. O questionário foi estruturado em quatro partes, buscando as seguintes informações: a) perfil sociodemográfico e de formação pós-graduada em saúde mental; b) opinião sobre o interesse pela formação em saúde mental; c) identificação de necessidades sentidas de aprendizagem; d) definição de formatos educacionais mais adequados à rotina dos profissionais. Os médicos que responderam ao questionário foram escolhidos pelo método aleatório simples, buscando-se incluir profissionais com larga experiência na ESF. Esse número representava 62% dos médicos que atuavam na atenção básica do município.

Foram conduzidos grupos focais com o intuito de: a) identificar os principais problemas percebidos por estes profissionais na abordagem de pacientes com transtornos mentais; b) definir as atribuições dos médicos da atenção básica na abordagem dos transtornos mentais. O interesse despertado pela incorporação da saúde mental na atenção básica foi o prin-

principal critério de inclusão. Os dois grupos foram conduzidos pelo mesmo moderador e por um mesmo relator em dois encontros de duas horas cada. O grupo 1 foi composto por quatro médicos, e o grupo 2 por sete, com tempo de experiência na ESF que variou entre dois e dez anos. As informações colhidas pelos grupos focais foram categorizadas por meio da técnica de conteúdos temáticos proposta por Turato¹⁹.

Um questionário aberto foi aplicado a três docentes de Medicina com experiência no ensino de disciplinas de saúde mental nos níveis de graduação e pós-graduação. Os objetivos deste questionário foram: a) identificar as principais competências em saúde mental de médicos para atuarem na atenção primária; b) identificar os métodos de ensino-aprendizagem adequados a estes profissionais em sua formação em saúde mental. Foram encaminhados questionários a dois cursos de Medicina do Estado do Ceará e a um curso de Medicina do Estado do Rio de Janeiro. A escolha destas instituições deveu-se à reconhecida existência de docentes com larga experiência no tema estudado, além de um dos cursos ser responsável pela formação da maioria dos médicos que atuavam na ESF de Sobral no período em que a pesquisa foi realizada. Os três professores eram doutores com experiência em docência que variava de três a 15 anos. As informações colhidas pelas questões abertas também foram categorizadas pela técnica de conteúdos temáticos, como preconiza Turato¹⁹.

Foram excluídos da pesquisa todos aqueles que não aceitaram participar livremente da investigação. Uma declaração emitida pelo Comitê de Ética do Mestrado em Educação em Ciências para a Saúde, da Escola de Saúde Pública de Cuba, constatou que a pesquisa reunia todos os requisitos éticos exigidos.

Os instrumentos utilizados permitiram uma análise qualitativa e quantitativa dos dados. Os dados do questionário semiaberto foram processados utilizando-se o programa estatístico Epiinfo 7.1.5.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

É importante salientar que foram pesquisados médicos que trabalhavam em áreas urbanas e rurais, já que poderiam apresentar necessidades de aprendizado diferenciadas em virtude do contexto cultural dos pacientes e de maiores dificuldades de acesso aos serviços de saúde mental. A observação de campo em Sobral e dados da literatura internacional normalmente assumem maior número de casos de saúde mental, referenciando apenas casos muito severos²².

Em relação ao local de graduação no curso médico, observa-se predomínio de escolas médicas do Nordeste do Brasil, já que 4 (15,3%) médicos se graduaram em estados do Sul e

Sudeste e 3 (11,5%) em outros países. Apenas 8 (30,8%) dos médicos haviam concluído algum curso de especialização, nenhum deles em saúde mental, e 23 (88%) não haviam atuado previamente em ações voltadas para a saúde mental. Um detalhamento do perfil dos médicos pesquisados está descrito na Tabela 1.

TABELA 1
Perfil dos médicos de Sobral (CE) que responderam ao questionário semiaberto (N = 26)

Variáveis	Médicos	
	N	%
Região onde trabalha no município de Sobral		
Sede	15	57,7
Distrito	6	23
Não atuava mais	5	19,3
Tempo de atuação na ESF (incluindo outros municípios)		
Menos de 1 ano	7	26,9
Entre 1 e 3 anos	6	23,1
Entre 4 e 6 anos	7	26,9
Entre 7 e 9 anos	4	15,4
10 anos ou mais	2	7,7
Sexo		
Masculino	14	53,8
Feminino	12	46,2
Idade		
Menos de 25 anos	0	0
25 a 30 anos	12	46,1
31 a 35 anos	9	34,6
36 a 40 anos	3	11,5
41 a 45 anos	1	3,9
Mais de 45 anos	0	0
Não informado	1	3,9

Fonte: Questionário de pesquisa.

A Tabela 2 explicita as necessidades de aprendizado em saúde mental sentidas pelos médicos pesquisados. Ansiedade (92,3%), depressão (88,5%) e pacientes políquelosos (84,6%) foram os problemas de saúde mental de maior interesse. Preocupações com o diagnóstico e o tratamento farmacológico foram escolhidos por mais de 80% dos profissionais, e as emergências psiquiátricas por quase 70% deles. Trata-se de competências específicas da formação médica, sugerindo que elas não foram suficientemente desenvolvidas no curso de graduação. Os transtornos psicóticos ocuparam, juntamente com o retardo mental, as últimas colocações no interesse de aprendizagem dos médicos. Em relação às psicoses, embora não sejam patologias tão prevalentes, podem ser bastante severas, trazendo repercussões importantes para todo o círculo

familiar, foco central da atuação da ESF. Parece ainda haver a concepção de que essa clientela não é de responsabilidade da atenção básica e, portanto, deve ficar vinculada unicamente aos serviços especializados de saúde mental. Em relação ao retardo mental, é sabido que, na grande maioria dos casos, não há complicações psiquiátricas severas envolvidas e que a orientação e a implantação de medidas pedagógicas e educativas são geralmente suficientes.

TABELA 2		
Priorização de necessidades percebidas de aprendizagem pelos médicos do município de Sobral (CE)		
Temas de interesse	N = 26	%
Ansiedade	24	92,3
Depressão	23	88,5
Pacientes-problema (poliqueixosos)	22	84,6
Emergências psiquiátricas	18	69,2
Somatizações	17	65,4
Problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas	16	61,5
Problemas de comportamento na adolescência, na infância e na velhice	14	53,8
Problemas de relacionamento intrafamiliar	13	50,0
Inserção da saúde mental na atenção básica e relação com os CAPS	12	46,2
Habilidades de comunicação na relação do paciente com o profissional de saúde	11	42,3
Problemas de sono	10	38,5
Situações de luto e perda	9	34,6

Fonte: Questionário de pesquisa.

Nota 1: CAPS – Centros de Atenção Psicossocial.

Nota 2: Omitiram-se os tópicos que não foram escolhidos por nenhum médico pesquisado.

De forma geral, os médicos se sentiam despreparados para o atendimento das demandas de saúde mental e identificaram falhas importantes na formação durante a graduação médica. Segundo eles, os temas de saúde mental foram insuficientes, de cunho eminentemente hospitalar, curativo e fora do contexto da atenção comunitária. Em alguns casos, a formação ocorreu de maneira bastante negativa, reforçando preconceitos e tabus em relação ao atendimento psiquiátrico, criando barreiras que dificultaram o interesse e a disponibilidade desses médicos para o atendimento de pacientes portadores de transtornos mentais.

Nos grupos focais, afirmaram que se sentiam despreparados para utilizar recursos não farmacológicos de tratamento, como a atitude de escuta ativa ou a elaboração de um plano de cuidados. A ausência dessas habilidades limitou a atuação médica e reforçou a demanda da população pelo recurso medicamentoso. Com base nessas observações, os médicos identifica-

ram a necessidade de “mudança de paradigma assistencial”, provocada pelo desafio das demandas emocionais dos pacientes. Competências não farmacológicas deveriam ser incorporadas à qualificação dos médicos, além de maior utilização de recursos comunitários e de práticas complementares em saúde, como, por exemplo: terapia comunitária, massoterapia, alcoólatras anônimos (AA), grupo de autoajuda para familiares de dependentes químicos (Nar-Anon), grupo de caminhadas, grupo de pacientes poliqueixosos ou somatizadores. Por outro lado, quando apresentados a uma lista de opções de problemas de saúde mental e estratégias de intervenção, por meio do questionário semiaberto, observou-se falta de interesse de parcela importante dos profissionais na aquisição de competências não farmacológicas, como a abordagem dos problemas intrafamiliares, técnicas não farmacológicas individuais e grupais de abordagem de problemas psicossociais, habilidades de comunicação na relação do paciente com o profissional de saúde, abordagem das reações vivenciais estressantes e problemas de relacionamento intrafamiliar, ferramentas clínicas de grande valia para a prática da medicina familiar e comunitária. A discrepância desses achados se deve à provável diferença de perfil profissional e ao número de médicos que opinaram por meio do questionário semiaberto (N = 26) se comparado com os grupos focais (N = 11). Estes achados sugerem que os médicos souberam reconhecer os principais problemas de saúde mental presentes na atenção básica, mas necessitavam de um tutor ou facilitador no processo de aprendizagem que pudessem orientá-los sobre as melhores ferramentas para encaminhar soluções aos problemas de saúde mental identificados nesse contexto de atenção à saúde. Daí a importância da adoção de estratégias de educação permanente junto aos profissionais de saúde, no intuito de eliminar essa lacuna.

Os médicos também apontaram que os sistemas de informação da atenção básica não contemplam adequadamente os atendimentos de saúde mental, o que deixa à margem o registro destes procedimentos nas UBS. Ferramentas que ampliem a capacidade de diagnóstico e manejo de transtornos mentais, que já tenham sido amplamente testadas e cuja aplicação tenha se mostrado viável na prática cotidiana de assistência à saúde, deverão ser objeto de treinamento, como, por exemplo: Classificação Internacional das Doenças Mentais, versão para a Atenção Primária (CID 10 – AP), Miniexame do Estado Mental (MiniMental) e o Cage. Mais recentemente, um instrumento que contém um resumo desses instrumentos – Cartão Babel – foi disponibilizado pelo MS²³.

Os médicos pesquisados lembraram a importância dos agentes comunitários de saúde na equipe e defenderam a necessidade de um programa de qualificação em saúde mental

para essa categoria profissional. Na verdade, um programa único de formação que inclua todos os profissionais da atenção básica, inclusive aqueles vinculados aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf), parece ser a opção mais sensata em todos os aspectos: logístico, de custos e pedagógico. Um estudo semelhante a esse, realizado com enfermeiros da atenção básica, sustenta essa proposta^{24,25}.

Sobral apareceu como o primeiro lócus de formação sistematizada em saúde mental para quase todos os médicos que atuam na atenção básica, o que ocorreu com a introdução do matriciamento, organizado pela Rede de Saúde Mental local²⁶. Os médicos avaliaram essa metodologia de ensino-assistência como muito positiva, em conjunto com a triagem de grupo na UBS, ambas supervisionadas por psiquiatras. No entanto, avaliaram a necessidade de estratégias educacionais complementares como um meio de capacitar e dar suporte em saúde mental para as equipes de saúde da família. Um curso introdutório presencial ou em formato de Educação à Distância (EAD), como já é proposto por instituições de ensino (referência eletrônica abaixo), poderia disponibilizar as ferramentas básicas de intervenção em saúde mental, além de estabelecer as formas de operacionalização e aproximação do trabalho entre os serviços de saúde mental e a rede básica. Esta experiência é um exemplo de como os municípios podem exercer um papel de grande relevância e vanguarda na formação permanente de seus trabalhadores da saúde. <http://ned.unifenas.br/saudemental/>

Uma limitação metodológica deste estudo está relacionada à amostra, que ficou restrita a médicos de apenas um municí-

pio brasileiro. Dessa forma, os resultados encontrados podem traduzir necessidades regionais e não nacionais. Recomenda-se, para maior validação e generalização da proposta, que ela seja aplicada e avaliada em outros municípios brasileiros.

O Quadro 1 apresenta uma síntese dos consensos construídos nos grupos focais de médicos, enquanto o Quadro 2 contém os mesmos resultados relativos ao questionário aberto dirigido a docentes de cursos médicos.

CONCLUSÕES

As informações fornecidas pelos médicos em relação às suas necessidades de aprendizagem em saúde mental coincidiram com o perfil de prevalência dos transtornos mentais na atenção básica.

As ferramentas de identificação de necessidades de aprendizado em saúde utilizadas neste estudo (questionário semiestructurado e grupos focais) mostraram-se úteis para a elaboração de programas de educação permanente junto aos profissionais da rede básica de saúde. Podem ser usadas isoladamente, mas sua utilização conjunta contribuiu para maior validação interna dos achados.

Nos últimos anos, houve um aumento quantitativo e qualitativo da bibliografia sobre temas de saúde mental que orientam adequadamente os médicos no contexto da atenção básica brasileira^{23,27,28}. Isto deverá contribuir para um melhor acesso a informações técnicas relevantes. Além disso, é essencial que haja uma mudança de atitude dos médicos no sentido de uma visão menos preconceituosa dos transtornos mentais. A literatura tem evidenciado que a convivência mais próxima

QUADRO 1

Opiniões definidas por consenso pelos grupos focais de médicos de Sobral (CE)

As necessidades de aprendizagem citadas foram: dependência química, prescrição médica (manejo dos psicofármacos), diagnóstico e tratamento em Psiquiatria, condução de grupos (ex.: queixas difusas), habilidades de comunicação, promoção de saúde mental.
Há uma dificuldade de engajar os familiares no tratamento dos portadores de transtornos mentais, e a criação de grupos terapêuticos/educativos para as famílias nas UBS poderia ser um modo de suprir essa necessidade.
A comunidade também deve ser foco de atuação das equipes da ESF no que diz respeito à saúde mental, tendo em vista os tabus e preconceitos da sociedade em relação aos transtornos psiquiátricos.
Problemas gerenciais, políticos e de estrutura do trabalho são entraves no processo de melhor atender à população portadora de sofrimento psíquico, o que extrapola as ações estritamente educativas.
A incorporação de ações de saúde mental na ESF é recente e ainda há carência de protocolos, rotinas e diretrizes de Psiquiatria que possam ser utilizadas na atenção básica.
Pacientes com problemas na esfera mental têm dificuldades de se expressar e de superar algumas barreiras, exigindo do profissional mais tempo para efetuar uma escuta diferenciada.
Os Serviços de saúde mental têm acolhido as demandas de saúde mental do município, mas há carência de profissionais de saúde mental, especialmente psicoterapeutas.
A formação médica prévia pode interferir na forma do atendimento a pessoas com problemas emocionais. Em geral, o profissional é preparado para dar respostas mais imediatas às demandas dos pacientes, quase sempre mediante prescrição medicamentosa.

Fonte: Grupo focal.

QUADRO 2

Opiniões de docentes de escolas médicas brasileiras sobre o processo de formação em saúde mental no contexto da atenção básica

Sobre a qualidade da formação do médico em saúde mental nas escolas médicas

Na maioria das instituições de ensino em saúde, a formação geral do médico não é adequada em saúde mental. O modelo obedece aos conceitos ainda hegemônicos de saúde, e não às concepções de saúde preconizadas pelo modelo da ESF e às diretrizes mais contemporâneas da formação médica, voltadas à formação de um médico generalista que possa atuar de forma resolutiva no âmbito da atenção básica. Nesse sentido, a formação médica predominante é reducionista e tecnicista, ou seja, voltada à formação do especialista. Esta formação dificulta a atuação do médico na atenção básica e no manejo dos problemas de saúde mental.

Definição das ações de saúde mental de responsabilidade dos médicos na atenção básica

Além das competências para diagnosticar precocemente e tratar os portadores de transtornos mentais mais prevalentes do seu nível de atenção, devem saber encaminhar e dividir a responsabilidade dos transtornos de maior complexidade com os serviços especializados.

Definição das competências em saúde mental necessárias aos médicos na atenção básica

Dominar os conceitos de representação de saúde e doença, reações normais e patológicas ao adoecer, modelo biopsicossocial de saúde e doença, saúde mental comunitária e reabilitação psicossocial. Conhecer a proposta do SUS de atenção integral à saúde e o modelo da Reforma Assistencial Psiquiátrica. Diferenciar sofrimento psicossocial de transtorno mental. Definir e descrever os transtornos mentais comuns e os transtornos mentais maiores. Dominar noções básicas de psicofarmacologia e de psicoterapia. Demonstrar habilidades de comunicação.

Identificação dos recursos educacionais para a formação do médico que atua na atenção básica

O aprendizado deve ser desenvolvido em unidades ambulatoriais de nível primário, de preferência nas próprias UBS e nas comunidades onde as equipes atuam. Deve haver um misto de conteúdos teóricos e atividades práticas. Uma atividade importante da formação é o matriciamento regular de saúde mental realizada por psiquiatrias. Sugeriu-se também reformular os currículos dos cursos de Medicina no sentido de maior valorização da subjetividade, da interdisciplinaridade e do uso respeitoso dos saberes populares, além de incluir **módulos de saúde mental nas residências de Medicina de Família e Comunidade**. Durante a formação médica, é recomendável realizar atividades práticas na comunidade, o que colabora com o desenvolvimento de uma atitude reflexiva e de autoconhecimento.

Fonte: Questionário de pesquisa.

com portadores de Transtornos Mentais Maiores (TMM), bem como a supervisão regular da prática clínica são ferramentas fundamentais nesse sentido²⁶.

Ficou clara a necessidade de aprimorar a formação em saúde mental na graduação médica e de incluir essa temática nos cursos de especialização em atenção básica e na residência de Medicina de Família e Comunidade. A recomendação recente do Conselho Nacional de Educação (CNE) de introduzir o internato de Saúde Mental na formação médica geral poderá trazer consequências positivas no futuro²⁹. Espera-se que este estudo contribua para a elaboração de programas de formação em saúde mental em qualquer dessas instâncias da formação médica. Uma qualificação adequada em saúde mental amplia os recursos da intervenção médica em direção a uma medicina da pessoa, já que os aspectos psicossociais do adoecimento humano são elementos fundamentais na integralidade dos cuidados em saúde.

Salientamos que as estratégias educacionais em saúde mental, dirigidas a médicos que já estejam atuando na atenção básica, devem ser implantadas com ativa participação desses profissionais, tanto na concepção dos conteúdos propostos, quanto na organização das estratégias de ensino-aprendizagem. Estas ações garantem acerto na identificação de necessidades de aprendizado em diferentes contextos, maior motivação dos profissionais e melhor adequação de formatos

educativos compatíveis com a organização do trabalho. As informações colhidas neste estudo são compatíveis com as diretrizes gerais de formação médica propostas pela SBMFC³⁰.

O Anexo apresenta uma síntese da estratégia educacional, produto deste estudo.

REFERÊNCIAS

1. Relatório Mundial de Saúde. Saúde Mental: nova concepção, nova esperança. Lisboa, Portugal; 2001.
2. Integrating mental health into primary care: A global perspective. World Health Organization and World Organization of Family Doctors (Wonca), 2008.
3. Departamento de atenção básica [Internet]. Brasília (DF): Portal da Saúde; 2012. [Acesso em 19-04-15]. Disponível em: .
4. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Permanente de Capacitação de Recursos Humanos para a Reforma Psiquiátrica. Informe do Grupo de Trabalho do MS. Brasília: 2002.
5. Shapiro S e cols. Utilization of Health and Mental Health Services. Archives of General Psychiatry 1984; 41:971-78.
6. Simon GE, VonKorff M. Somatization and Psychiatric Disorder in the NIMH Epidemiological Catchment Area Study. American Journal of Psychiatry Nov 1991; 148-58.
7. Lopes C.S. Eventos de Vida Produtores de Estresse e Transtornos Mentais Comuns: Resultados do Estudo Pró – Saúde. Cad Saúde Pública 2003; 19 (6).

8. Fortes S, Villano LAB, Lopes CS. Nosological profile and prevalence of common mental disorders of patients seen at the Family Health program (FHP) units in Petrópolis, Rio de Janeiro. *Rev Bras Psiquiatr* 2008;30(1):32-7.
9. Kirmayer LJ et al. Somatization and Recognition of Depression and Anxiety in Primary Care. *Am J Psychiatry* 1993; 150:734-41.
10. Lloyd G. Psychiatric Syndromes with a Somatic Presentation - *Jour Psychosomatic Research* 1986; 30(2):113-20.
11. Goldberg D, Mann A, Tylee A. Psychiatry in primary care. In: Gelder MG, López-Ibor JR JJ, Andreasen NC. *New Oxford Textbook of Psychiatry*. Oxford: Oxford University Press 2000.
12. Gonçalves DA, Mari JJ, Bower P. Brazilian multicentre study of common mental disorders in primary care: rates and related social and demographic factors. *Cad. Saúde pública* 2014 mar;30(03):623-632.
13. Conselho Federal de Medicina. Brasília (DF); 2010-2015. [Acesso em 01-05-15]. Disponível em: http://www.portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=25479:2015-04-29-14-15-01&catid=46:artigos&Itemid=18
14. Bower P, Gask L. The changing nature of consultation-liaison in primary care: bridging the gap between research and practice. *General Hospital Psychiatry* 2002; 2:63-70.
15. Tyrer P, Ferguson B, Wadsworth J. Liaison psychiatry in general practice: the comprehensive collaborative model. *Act Psychiatr Scand* 1990; 81: 359-363.
16. Kerwick S, Jones R, Mann A, Goldberg D. Mental Health Care Training Priorities in General Practice. *British Journal of General Practice* 1997; 47:225-227.
17. Kates N. Sharing Mental Health Care: training psychiatry residents to work with primary care physicians. *Psychosomatics* 2000; 41 (1): 53-57.
18. Pereira AA, Costa AN, Megale RF. Saúde Mental para Médicos que atuam na Estratégia Saúde da Família: uma Contribuição sobre o Processo de Formação em Serviço. *Revista Brasileira de Educação Médica* 2012;36(2):269-279.
19. Turato ER. *Tratado da Metodologia da Pesquisa Clínico-Qualitativa*. Petrópolis: Editora Vozes; 2003.
20. Minayo MCS. *O Desafio do Conhecimento*. São Paulo: Editora Hucitec; 1999.
21. Turton P, Tylee A, Kerry S. Mental Health Training Needs in General Practice. *Primary Care Psychiatry* 1995; 1:197-199.
22. Craven MA, Cohen M, Campbell D, Williams J, Kates N. Mental health practices of Ontario family physicians: a study using qualitative methodology. *Can Psychiatry* 1997; 42: 943-949.
23. *Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental*. Dulce Helena Chiaverini (Organizadora) ... [et al.]. [Brasília, DF]: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011. 236 p.
24. Pereira AA, Reinaldo MAS, Andrade DCL. Formação dos enfermeiros em saúde mental que atuam na atenção primária à saúde: Contribuições teóricas. *Sanare* 2015;14(1):08-14.
25. Pereira AA, Reinaldo MAS, Andrade DCL. Proposta educativa em saúde mental para enfermeiros da atenção primária à saúde. *Sanare*. No prelo 2015.
26. Tófoli LF, Fortes S. Apoio Matricial de Saúde Mental na atenção primária no município de Sobral, CE: o relato de uma experiência. *SANARE*. Sobral, 2005/2007 jul-dez; 6(2):34-42.
27. Pereira AA, Vianna PCM, Machado LA, Silveira MR. *Saúde mental. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. NESCON/UFMG*. 2 ed. Belo Horizonte; 2013.
28. *Caderno de Atenção Básica 34/Saúde Mental*. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Brasília, Brasil: 2013. 176 p.
29. Brasil. Ministério da Educação. Resolução CNS nº 116 de 20/06/2014. Aprova as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina.
30. Demarzo MMP, Almeida RCC, Marins JN., et al. Diretrizes para o ensino na Atenção Primária à Saúde na graduação em Medicina. *Revbrasedfam comunidade*. Florianópolis, 2011 Abr-Jun; 6(19): 145-5

ANEXO

Proposta Educativa em Saúde Mental para Médicos da Atenção Básica

Objetivos gerais – Os médicos deverão saber diagnosticar precocemente e instituir tratamento psicofarmacológico e não farmacológico aos transtornos mentais mais prevalentes na clínica geral; delegar a outros técnicos da sua equipe as tarefas correspondentes às suas capacidades; encaminhar aos serviços especializados os pacientes que necessitarem de investigação diagnóstica mais complexa ou não responderem adequadamente ao tratamento instituído inicialmente pela atenção básica; gerenciar a situação clínica do paciente, coordenando os contatos com outros profissionais de saúde de forma a assegurar a continuidade dos cuidados; organizar a assistência aos portadores de transtorno mental na unidade de saúde; fazer promoção, prevenção e reabilitação psicossocial em situações clínicas compatíveis com estas ações dirigidas aos pacientes, aos cuidadores e à comunidade.

Estratégia docente – Implantar ações combinadas de qualificação profissional que devem incorporar elementos cogniti-

vos e vivências, teóricos e práticos, desenvolvidos prioritariamente no território de atuação dos profissionais de saúde, com base no enfoque interdisciplinar e com ênfase nos métodos ativos de aprendizagem que estimulem uma postura criativa na tomada de decisões. Os facilitadores devem organizar estratégias educativas com predomínio da problematização, ou seja, com base na apresentação de uma vinheta de caso clínico ou de uma situação concreta de saúde mental. Após a discussão e elaboração do problema com o grupo, outras formas de intervenção educativa complementares podem ser empregadas: aulas teóricas dialogadas, exercícios de habilidades clínicas, *role play*, *video feedback*, pesquisa bibliográfica, etc. As habilidades clínicas serão desenvolvidas preferencialmente durante o matriciamento: entrevistas conjuntas, visitas domiciliares conjuntas e triagens grupais realizadas nas Unidades Básicas de Saúde. A elaboração desta proposta visa: responder às necessidades sociais, ter perfil amplo, ser flexível, equilibrado, cientificamente concebido, centrado no profissional e que tenha aplicabilidade. Neste sentido, foi desenvolvida uma estratégia de qualificação em dois eixos, que devem ocorrer simultaneamente:

Eixo I: Curso Introdutório de Saúde Mental (quatro ou cinco dias úteis em regime semanal ou quinzenal) – Conteúdos obrigatórios que devem ser abordados de forma sindrômica: somatizações, quadros ansiosos e depressivos (TMC), esquizofrenia e transtorno afetivo bipolar (TMM), *delirium*, demência, dependência química (incluindo abuso de benzodiazepínicos), retardo mental, distúrbios de conduta em crianças e adolescentes, transtornos globais do desenvolvimento, déficit de atenção e hiperatividade, prevenção de suicídio e problemas de sono. Conceitos básicos sobre: psicofarmacologia (benzodiazepínicos, antidepressivos, antipsicóticos e estabilizadores do humor); estratégias terapêuticas não farmacológicas (escuta ativa e acolhimento, terapia de resolução de problemas, terapia de reatribuição, princípios de intervenção grupal, utilização de recursos psicossociais do território). A rede de atenção psicossocial, organização das demandas de saúde mental no território da UBS, construção de vínculos com as equipes de saúde mental e do Nasf (matriciamento).

Eixo II: Matriciamento em saúde mental nas Unidades Básicas de Saúde (três horas mensais ou quinzenais) – Os matriciadores deverão atuar como facilitadores do processo de educação permanente de toda a equipe da atenção primária, organizando os momentos de aprendizado nas UBS, de acordo com as necessidades de saúde locais. As atividades desenvolvidas deverão ser prioritariamente direcionadas para a aquisição de habilidades clínico-assistenciais e de intervenção comunitária, além da constante reflexão sobre a postura ética dos profissionais frente aos problemas de saúde mental. Ativi-

dades educativas que podem ser desenvolvidas: discussões de casos clínicos e problemas de saúde mental da comunidade, avaliação de pacientes por meio de consultas e visitas domiciliares conjuntas, além da triagem de grupo. Orientação quanto à indicação e administração de psicofármacos e condução de grupos, planejamento e organização das ações assistenciais e de intervenção no território, supervisão da aplicação de instrumentos padronizados de auxílio diagnóstico, avaliação das atividades práticas do curso introdutório e supervisão da utilização dos recursos de aprendizagem independentes. Poderão ser organizados momentos de aprofundamento teórico-prático de temas abordados no curso introdutório ou de novos temas de saúde mental que se mostrarem relevantes. A comunicação entre o facilitador e os profissionais de saúde poderá, eventualmente, ser conduzida por chamada telefônica ou por meios de comunicação rápida por escrito (ex.: WhatsApp).

Sistema de avaliação – A proposta avaliativa será qualitativa, de caráter formativo. Deverá contemplar a avaliação dos objetivos de aprendizagem mediante: 1. Observação direta dos profissionais de saúde, realizada pelos facilitadores, por meio de uma escala de qualificação de competências com os seguintes critérios de avaliação: satisfatório e insatisfatório. 2. Avaliação da atuação profissional mediante consulta direta aos profissionais de saúde, gerência das unidades de saúde e coordenação da ESF do município sobre a satisfação no trabalho e desempenho profissional. Sugere-se fazer essa consulta seis meses após a realização do curso introdutório de saúde mental.

Nota: Com poucas adaptações, os autores defendem que esta proposta pode ser utilizada para a qualificação de qualquer profissional de nível superior que venha a atuar na atenção básica.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Alexandre de Araújo Pereira

Idealizador do estudo, participou da coleta e análise dos dados além da revisão final do texto.

Daniela Correa Leite Andrade

Participou da revisão dos dados coletados e redação do texto.

CONFLITO DE INTERESSES

Nenhum a declarar.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Alexandre de Araújo Pereira

Rua Professor Moraes, 562/806

Funcionários - Belo Horizonte

CEP 30150-370

E-mail: alex68@uol.com.br