

**MINISTÉRIO DA SAÚDE  
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA DE CUBA**

**PROPOSTA EDUCATIVA EM SAÚDE MENTAL PARA MÉDICOS E  
ENFERMEIROS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SOBRAL – CE –  
BRASIL**

**Autor: ALEXANDRE DE ARAÚJO PEREIRA**

**Orientadora: BERTA FERNÁNDEZ OLIVA**

**MESTRADO EM EDUCAÇÃO MÉDICA**

**HAVANA**

**2006**

## **DEDICATÓRIA**

Para Laura e Patrícia, mulheres que de forma amorosa conseguem conviver comigo, apesar das minhas idiossincrasias.

## AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar e de forma especial a Luiz Odorico Monteiro de Andrade, por ter me acolhido sempre de forma tão calorosa em Quixadá e Sobral, lugares que marcaram a minha vida e meu trabalho.

À professora Bertha Fernández Oliva pela paciência, clareza das orientações e estímulo para o trabalho, mesmo de tão longe.

À Adriana e Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto, pelo apoio técnico para o processamento e análise dos dados através do Instituto de Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú / Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará.

Aos companheiros do Mestrado em Educação Médica, especialmente Maria Teresa, que dividiram comigo idéias e angústias durante o tortuoso processo de construção do conhecimento.

Aos médicos, enfermeiros e professores universitários, que de forma generosa colaboraram em participar desta pesquisa.

Ao meu tradutor e professor de espanhol Luiz Guilherme de Souza Lima Pádua, pela dedicação, amizade e rigor na arte de tornar compreensível meus textos em português, esta língua tão “exótica” no contexto da América Latina.

Ao amigo Horácio Pereira de Faria, pela revisão final do texto e, principalmente, por ter me enviado há doze anos atrás para o Ceará, em companhia do compadre Helian.

A todos aqueles que trabalharam comigo na Rede Integral de Saúde Mental de Sobral, pela colaboração na construção de algo que nos orgulha profundamente.

Aos companheiros da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia, uma instituição impar!

## RESUMO

Trata-se de um projeto de investigação e desenvolvimento educacional, de enfoque qualitativo, cujo produto final é uma proposta educativa em saúde mental para médicos e enfermeiros que atuam na atenção primária no município de Sobral, localizado na Região Noroeste do Estado do Ceará, Brasil. Primeiramente, foi conduzida uma investigação das necessidades de aprendizagem em saúde mental através da triangulação dos dados obtidos por métodos teóricos (análise e síntese, análise histórico-lógica, indução e dedução) e empíricos (questionário semi-aberto e grupo focal dirigidos aos médicos e enfermeiros da atenção primária; questionário aberto dirigido a docentes de medicina e enfermagem). Posteriormente, foi desenvolvida uma proposta educativa, cientificamente embasada, com os objetivos de comprometer e qualificar e os médicos e enfermeiros de Sobral a atuarem de forma resolutiva junto aos portadores de transtornos mentais no âmbito da atenção primária a saúde. A proposta educativa constitui-se em programa de educação permanente, estruturado a partir de um curso básico introdutório de saúde mental, composto por turmas mistas de médicos e enfermeiros, associado ao acompanhamento regular destes profissionais por tutores ou facilitadores, na própria unidade básica de saúde. O enfoque das estratégias de aprendizagem deverá ser centrado nos alunos, a partir da constituição de pequenos grupos interdisciplinares, com intensa problematização da prática cotidiana. Estas estratégias de ensino têm se mostrado mais compatíveis às demandas de aprendizagem dos adultos, que são motivadas pela necessidade de superar desafios e resolver problemas de saúde concretos. A proposta educativa oferece aos médicos e enfermeiros inseridos na Estratégia de Saúde da Família de Sobral referências conceituais e práticas de atuação em saúde mental dirigidas especificamente para a atuação deles no nível primário de saúde. Finalmente, recomenda-se que esta estratégia seja aplicada no município de Sobral para posteriormente ser avaliada e replicada em municípios de características similares.

## SUMÁRIO

### CAPÍTULO 01: INTRODUÇÃO

1. Contexto Histórico e Social do Objeto de Estudo.....	1
2. Antecedentes.....	2
3. Justificativa.....	5
4. Problema Científico e Objetivos da Investigação.....	6

### CAPÍTULO 02: MARCO TEÓRICO

1. A Atenção Primária em Saúde no Brasil.....	8
2. A Reforma Psiquiátrica Brasileira.....	15
3. Trastornos Mentais e Atenção Primária.....	18
4. Educação Permanente como Estratégia Educativa para a Formação em Saúde...	22
5. Estratégias Educacionais em Saúde Mental Dirigidas para a Atenção Primária.....	
5.1. Dirigidas para profissionais médicos.....	29
5.2. Dirigidas para profissionais de enfermagem.....	36

CAPÍTULO 03: DESENHO METODOLÓGICO.....	40
--	----

CAPÍTULO 04: RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	47
--	----

CAPÍTULO 05: PROPOSTA EDUCATIVA.....	76
--------------------------------------	----

CONCLUSÕES.....	90
-----------------	----

RECOMENDAÇÕES.....	91
--------------------	----

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	93
---------------------------------	----

ANEXOS.....	102
-------------	-----

## CAPÍTULO I – INTRODUÇÃO

### 1. Contexto Histórico e Social do Objeto de Estudo

Na última década, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) - e a Reforma Psiquiátrica Brasileira têm trazido contribuições importantes no sentido da reformulação da atenção em saúde no país. Ambos defendem os princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS) e propõem uma mudança radical 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. Estas políticas de saúde vêm trazendo grandes avanços no processo de municipalização da saúde e vêm contribuindo para a transformação do modelo assistencial vigente em nosso país.

Levando em conta o exposto acima, o Ministério da Saúde (MS), representado pelas Áreas Técnicas de Saúde Mental e da Atenção Básica, promoveram duas oficinas de trabalho. Participaram técnicos da atenção básica e da saúde mental provenientes de vários municípios brasileiros que haviam desenvolvido alguma experiência na implantação de ações em saúde mental na atenção primária. Estes encontros tiveram, como objetivo, acumular informações e vivências no sentido de formalizar uma proposta concreta e conjunta no sentido da incorporação de ações de saúde mental por parte das equipes da ESF em todo o território nacional. No **Primeiro Seminário de Incorporação de Ações de Saúde Mental na Atenção Básica** em 2001, participaram 62 pessoas, de diversos estados brasileiros (1). Em 2003, houve novo encontro, que contou com a participação de 49 pessoas, cujos resultados foram consolidados no **Relatório da Oficina de Saúde Mental: Desafios da Integração com a Rede Básica** (2). Dois outros eventos foram promovidos com os mesmos objetivos: o **Seminário Internacional para Formação de Recursos Humanos na Saúde Mental**, em 2002 e, por último, o **Seminário de Saúde Mental na Atenção Básica - O Vínculo e o Diálogo Necessários**, realizado durante a última reunião do Colegiado de Coordenadores de Saúde Mental em 2004. Estes encontros ratificaram o Relatório Anual da Organização Mundial de Saúde (OMS) de 2001 que recomenda, de forma enfática, a incorporação de ações de saúde mental na atenção primária, como estratégia fundamental para ampliação do acesso à esta modalidade de assistência (3).

O MS e a OMS acreditam que uma rede diversificada de serviços de saúde mental, articulada com a incorporação de ações de saúde mental na atenção básica, contribuirá para acelerar o processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira, oferecendo melhor cobertura

assistencial aos agravos mentais que, historicamente, apresentam grande dificuldade para entrar no circuito de atenção à saúde no âmbito do SUS.

## **2. Antecedentes**

O município de Sobral está situado na região noroeste do Estado do Ceará, distando 224 Km da capital, Fortaleza. É parte integrante da Área de Desenvolvimento Regional Sobral/Ibiapaba. Esta área, constituída por 25 municípios, apresenta uma área territorial de 11.963 Km<sup>2</sup>, o que corresponde a 8,1% da área total do Estado do Ceará e onde moram cerca de 530.000 habitantes (Anexo 1). Sobral conta com uma área de 2.119Km<sup>2</sup>, sendo, entre os municípios cearenses, o décimo nono no que se refere a maior dimensão territorial e o quinto em população. De acordo com o censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística de 2000, o município de Sobral dispõe de uma população de 155.276 habitantes, sendo 52% do sexo feminino e 48% masculino. O Censo deste mesmo ano apontou que 86% de sua população mora na área urbana e apenas 14% na rural. A população é eminentemente jovem e adulta, cerca de 85% na faixa entre 0 e 49 anos. O Índice de Desenvolvimento Humano é o sétimo do Estado do Ceará (0,698) e está abaixo da média nacional, que é de 0,757 (4).

É importante destacar que ao longo de sua historia, Sobral se consolidou como um centro de referência para toda a região noroeste do Estado, no que diz respeito à política, cultura, economia e atenção em saúde. Após um longo período de estagnação econômica, que durou até o início dos anos 90, o município, antes de estrutura econômica predominantemente agrário-pastoril e comercial, iniciou um ciclo de industrialização tardia que passou a redefinir seu perfil social urbano.

Segundo Andrade e Martins JR, até o ano de 1996, Sobral tinha como principal característica um governo municipal quase ausente na formulação e execução das suas políticas públicas. Esta característica perpassava todos os setores da administração, e de forma bastante acentuada, o da saúde (5).

Quase todas as redes dos serviços assistenciais de saúde pertenciam a entidades filantrópicas, entidades privadas e ao governo estadual. Como o município não se apresentava habilitado em nenhuma forma de gestão do SUS, o financiamento de sua rede assistencial se limitava ao pagamento por prestação de serviços. Até mesmo a oferta de serviços mais especializados era inconstante, variando ao sabor de interesses corporativos e das condições pontuais de financiamento, mas nunca à partir de sua realidade epidemiológica.

O modelo assistencial do município, referência para toda a região, apresentava um enfoque exclusivamente centrado na doença, tendo o espaço hospitalar como seu centro de gravidade. Mesmo os serviços ambulatoriais de Atenção Básica estavam centralizados nos hospitais, apresentando baixa cobertura e pouca, ou quase nenhuma resolubilidade. As unidades básicas de saúde do município estavam quase todos localizados dentro de escolas municipais, dispondo geralmente de duas pequenas salas, sem maiores condições de funcionamento.

O Conselho Municipal de Saúde, criado em 1994, não realizava reuniões regulares e não havia registros de suas atividades.

Considerando que para efetivar a construção do Sistema Municipal de Saúde se fazia necessária a elaboração de um Plano Municipal de Saúde e que este deveria ser trabalhado a partir de um amplo processo participativo e democrático, foi realizada a Oficina de Planejamento Estratégico, em abril de 1997, que contou com 117 participantes. Nesta Oficina, foram definidas as diretrizes fundamentais de uma nova proposta de atenção em saúde, que podem ser resumidas nos seguintes princípios:

**Missão:** Desenvolver ações de saúde e assistência social que promovam a qualidade de vida da população sobralense.

**Visão de Futuro :** Sobral com saúde de qualidade e qualidade de vida.

**Princípios Doutrinários:** Universalidade, Eqüidade e Integralidade.

**Princípios Organizativos:** Acessibilidade, Resolubilidade, Hierarquização da Rede de Serviços, Descentralização das Ações e Serviços de Saúde e Participação Social.

**Postura Ética e Profissional:** Solidária, Humanística e de Respeito à Cidadania.

No que diz respeito ao modelo de atenção à saúde até então existente, ficou bastante evidente que este era formado a partir de um conceito de saúde enquanto ausência de doença, e por isso marcadamente curativista e hospitalocêntrico. Tendo uma distribuição espacial de suas unidades de saúde centralizada, desconsiderava os fatores causais e apresentavam falhas no seu sistema de referência e contra-referência.

A nova proposta foi traçada buscando-se a inversão deste modelo para outro, onde se trabalhava o conceito de saúde como qualidade de vida e o processo saúde doença como fruto de uma produção social, muito mais do que simplesmente de uma história natural (biológica) da doença. Para o seu enfrentamento optou-se pela implantação da Estratégia de Saúde da Família.

Em Sobral, a ESF tem conseguido promover melhorias dos indicadores de saúde do município, merecendo também o reconhecimento do Ministério da Saúde que premiou esta experiência como uma das cinco melhores do Brasil, no Ciclo de Premiação Saúde



Brasil 1999, conferindo ao município de Sobral a classificação de Excelência com Destaque.

No que se refere à atenção em saúde mental, a assistência era tão ou mais deficiente que o restante do setor saúde. Segundo Sampaio (6), o atendimento especializado em psiquiatria de Sobral e, com conseqüência, da Região Noroeste do Estado do Ceará, data do início da década de 1970, quando foi instalado um pequeno serviço particular. Em 1974 é criada a Casa de Repouso Guararapes, hospital psiquiátrico que se consolidou como referência regional em atenção psiquiátrica até seu descredenciamento do SUS em 10 de julho de 2000. Na verdade não havia, em toda esta região do estado, qualquer política organizada de atenção aos portadores de transtornos mentais. O que ocorria até então era marcado pela presença de um hospital psiquiátrico de baixa qualidade clínica, que produzia uma cultura da exclusão social devido a reinternações freqüentes que se perpetuavam na ausência de estratégias de tratamento continuado de cunho ambulatorial.

O Programa de Saúde Mental de Sobral foi implantado oficialmente após a realização do I Seminário de Saúde Mental de Sobral, que ocorreu em abril de 1998. Sofreu um processo de ampliação gradual com a crescente diversificação das atividades oferecidas, individuais, grupais e comunitárias, até a sua constituição na atual Rede de Atenção Integral à Saúde Mental de Sobral (RAISMS). Desde o início de sua concepção, a RAISMS propunha a incorporação das equipes da ESF, promovendo assim, a integração entre o serviço especializado e a atenção básica. O fechamento do Hospital Psiquiátrico, até então o único dispositivo de atenção à saúde mental na região, provocou uma mudança no paradigma assistencial, desencadeando um processo de organização da atenção à saúde mental no âmbito dos municípios, a maioria sem serviços especializados de saúde mental. Esta nova realidade exigiu que os municípios passassem a desenvolver um papel ativo e responsável no acompanhamento de seus portadores de transtornos mentais, bem como em capacitar melhor os profissionais da atenção primária para o atendimento deste tipo de clientela. Foi constituído um Ambulatório de Psiquiatria no Centro de Especialidades Médicas de Sobral, além da criação de uma Unidade de Internação Psiquiátrica de 15 leitos em Hospital Geral, com o intuito de dar suporte especializado para os municípios de toda a Macro-região de Saúde de Sobral (Anexo 2), em substituição ao antigo modelo centrado no tratamento hospitalar. Para o atendimento exclusivo da população de Sobral, o maior município da região, foi criado: 01 Centro de Atenção Psicossocial para atendimento da população geral, 01

Centro de Atenção Psicossocial para usuários problemáticos de álcool e outras drogas, além de um Serviço Residencial Terapêutico.

É importante lembrar que o Estado do Ceará foi um dos precursores na adoção da Estratégia de Saúde da Família, com o início de implantação das primeiras equipes em 1994. A este respeito, um dado importante a ser considerado é o da boa cobertura populacional das equipes de saúde da família em Sobral. Durante o período do estudo o município contava com 41 equipes de saúde da família, caracterizando uma cobertura de 100% da população (Anexo 3).

Além disso, o Ceará conta, desde 1993, com a Lei 12.151, que dispõe sobre a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por outros recursos assistenciais (7).

### **3. Justificativa**

É bom lembrar que no Brasil, embora tenham sido criados, até 2005, cerca de 600 serviços de saúde mental de caráter ambulatorial, os Centros de Atenção Psicossocial, o número de serviços, bem como de profissionais de saúde mental capacitados para atender toda a população brasileira ainda se mostra insuficiente. Neste sentido, a capacitação em saúde mental de profissionais de saúde que atuam na atenção primária e, em particular na ESF se mostra de grande relevância. Segundo o Ministério da Saúde, a problemática de recursos humanos na área de saúde mental é crucial para a consolidação da Reforma Psiquiátrica no Brasil (8). A maioria dos profissionais ligados à área, encontra-se nos centros urbanos maiores; os programas de capacitação formal são raros e concentrados geograficamente; não há mecanismos de supervisão continuada ou de fixação dos psiquiatras no interior. Não há oferta de cuidados para as situações clínicas mais graves e estes usuários são, conseqüentemente, encaminhados para internações nos grandes centros, onde geralmente se concentram os hospitais psiquiátricos.

No âmbito da formação em saúde mental de profissionais da saúde, especialmente médicos e enfermeiros, as universidades têm mostrado pouca ênfase nesta temática. A carga horária curricular dos cursos de graduação é geralmente insatisfatória, de cunho predominantemente teórico, sem a oferta de estágios práticos com supervisão adequada, havendo predomínio do modelo biomédico e centrada no atendimento hospitalar em detrimento dos aspectos psicossociais e comunitários.

Três pesquisas recentes, que estudaram as ações de saúde mental por parte de equipes do PSF no Estado do Ceará (9,10,11) e outras duas pesquisas semelhantes

conduzidas no sudeste do país (12,13), deixaram claro a necessidade de capacitação em saúde mental por parte destes profissionais de saúde. Levantamento realizado em 2001 por Oliveira (14) junto a 47 profissionais de saúde do PSF de Sobral (11 médicos e 36 enfermeiros), constatou que 83% dos profissionais alegavam ter pouco conhecimento na área de saúde mental. Além disso, 90% dos profissionais avaliaram como necessária à inclusão das ações de saúde mental na ESF.

O problema da formação profissional em serviço deve ser incorporado na discussão da proposta de atenção à saúde mental, hoje em curso no município de Sobral. A implantação da Rede de Atenção Integral à Saúde Mental de Sobral em julho de 2000, considerou a incorporação da atenção primária na sua lógica de assistência, o que tem gerado um grande desafio para a instituição formadora local, responsável pela capacitação em serviço dos profissionais da área da saúde, bem como pela geração e transmissão de novas tecnologias de atenção à saúde para a região (15).

#### **4. Problema Científico e Objetivos da Investigação**

A avaliação dos elementos expostos até aqui nos permite identificar o seguinte problema científico:

Os médicos e enfermeiros que atuam na atenção primária à saúde no Estado do Ceará não estão preparados para atender, com qualidade e de forma resolutiva, os casos de transtorno mental no âmbito da comunidade, o que aponta para a necessidade da criação de uma proposta educativa em saúde mental para estes profissionais.

Esta estratégia visa diminuir, em médio prazo, e de forma significativa, os encaminhamentos de casos de transtornos mentais menos graves para a atenção secundária, bem como de casos mais graves para a atenção terciária, promovendo uma assistência à saúde mental descentralizada, contínua e qualificada para uma população de pouco mais de 150.000 pessoas.

Acreditamos que a investigação proposta irá oferecer elementos teórico-práticos que poderá servir de modelo para a implantação de um Programa Educativo em Saúde Mental para a Atenção Primária para municípios do mesmo porte e estrutura da região estudada. Uma proposta como esta promoveria uma melhora significativa no acesso à assistência em saúde mental bem como uma possível redução dos custos com internações hospitalares no município considerado.

No sentido de dar resposta aos problemas apontados, esta investigação se propõe a dois objetivos principais:

- 1. Identificar as necessidades de aprendizagem em saúde mental de médicos e enfermeiros que atuam na atenção primária no município de Sobral - Ceará - Brasil.**
- 2. Elaborar uma proposta pedagógica em saúde mental para médicos e enfermeiros que atuam na atenção primária em Sobral - Ceará - Brasil.**

## CAPÍTULO II – MARCO TEÓRICO

### 1. A Atenção Primária em Saúde no Brasil

Nos últimos 30 anos um número cada vez maior de países vêm implementando e aperfeiçoando a Atenção Primária à Saúde (APS). Este modelo, que passou a ser adotado oficialmente pela Organização Mundial da Saúde e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância, na Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde realizada em Alma-Ata em 1978, defendia que esta era a melhor estratégia no sentido de corrigir as grandes desigualdades no estado de saúde dos povos. O documento da Conferência definiu que os cuidados primários de Saúde são aqueles voltados para os principais problemas de saúde da comunidade oferecendo ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação. Além disso, a APS deve ser o primeiro nível de um contínuo processo de atendimento em saúde sustentada por métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitas, mediante sua plena participação a um custo que a comunidade e o país possa manter em cada fase do seu desenvolvimento. Nesta mesma oportunidade, os 134 governos e 67 organizações que participaram do evento, ratificaram a premissa de que é direito e dever dos povos participar individual e coletivamente no planejamento e na execução de seus cuidados de saúde (16).

No Brasil, a APS teve suas primeiras experiências embrionárias nas décadas de 60 e 70 em alguns municípios brasileiros. Estas experiências introduziram uma nova concepção do exercício da medicina sustentada na simplificação do ato médico, na valorização do trabalho auxiliar dos leigos e na participação comunitária. Foi quando a partir destas experiências localizadas começou a se gestar uma articulação nacional do movimento popular em saúde. Esta concepção de atenção comunitária à saúde sofreu modificações e aprimoramentos ao longo do tempo, atravessou a discussão promovida pelo Movimento da Reforma Sanitária Brasileira da década de 80, e ganhou maturidade legal e institucional na década de 90, com o processo de pactuação infraconstitucional do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da edição da chamada Lei Orgânica da Saúde (LOS) brasileira. A LOS é composta de duas Leis Complementares à Constituição (as Leis 8.080/90 e 8.142/90). O SUS, instituído pelas Leis Federais já citadas, tem o horizonte do Estado democrático e de cidadania plena como determinantes de uma *“saúde como direito de todos e dever do Estado”*, previsto na Constituição Federal de 1988 (17).

Esse sistema está baseado nos princípios de **acesso universal**, público e gratuito às ações e serviços de saúde; **integralidade** das ações, cuidando do indivíduo como um todo e não de forma fragmentada; **equidade**, como o dever de atender igualmente o direito de cada um, respeitando suas diferenças; **descentralização** dos recursos de saúde, garantindo o cuidado de boa qualidade o mais próximo dos usuários que dele necessitam; **controle social** exercido pelos Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde com representação dos usuários, trabalhadores, prestadores de serviço, organizações da sociedade civil e instituições formadoras dos profissionais de saúde. Analisando o desenvolvimento histórico do SUS no Brasil na década de 90, podem-se visualizar a evolução de fatos políticos, produções discursivas e referenciais paradigmáticos que marcaram este momento e propiciaram a implantação, por parte do Governo Federal, em 1994, do Programa de Saúde da Família, e que mais tarde passou a ser definido por Estratégia Saúde da Família (ESF).

Um resumo das condições que favoreceram a implantação da ESF foram listadas no Quadro 01 abaixo (18):

**Quadro 01. Fatos políticos, produções discursivas e referências paradigmáticas operados no setor saúde no Brasil por ocasião do nascimento do Programa de Saúde da Família**

<b>Fatores políticos</b>	<b>Produções discursivas</b>	<b>Referências paradigmáticas</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Descentralização</li> <li>• Novos atores institucionais (secretarias municipais e estaduais e conselheiros)</li> <li>• Criação de câmaras de pactuação (bipartites e tripartites)</li> <li>• Estruturação dos componentes administrativos do SUS (União, Estados e Municípios)</li> <li>• Consolidação do processo de controle social</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Racionalidade estratégica no planejamento</li> <li>• Crítica aos modelos centrados na racionalidade da epidemiologia</li> <li>• Elaboração de propostas de superação do modelo de atenção até então vigente (Silos – Opas, Medicina geral comunitária, Ação programática em saúde, Modelo em defesa da vida)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Crítica profunda ao modelo hegemônico biomédico</li> <li>• Defesa da idéia de que a saúde tem determinação social</li> <li>• Promoção da saúde</li> <li>• Etnoepidemiologia: epidemiologia e subjetividade</li> </ul>

Silos: Sistemas locais de saúde; Opas: Organização Pan-Americana de Saúde

**Fonte: Adaptado de Andrade, Barreto e Fonseca, 2004.**

A ESF é um modelo de organização dos serviços de APS peculiar do SUS brasileiro, com um forte potencial de transformação das práticas de saúde. É baseado em equipes multiprofissionais compostas por, no mínimo, um médico generalista ou de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde, responsáveis pela atenção integral e contínua à saúde de cerca de 800 famílias (aproximadamente 3.450 pessoas), residentes em um território, com limites geográficos definidos. Recentemente, em 2004, um odontólogo, um atendente de consultório dentário e um técnico em higiene dentário foram incorporados à equipe básica da ESF.

Na estruturação das ações que compõem a atuação da ESF o Ministério da Saúde definiu, em um Guia Prático de 2002, atribuições comuns e específicas para os componentes das equipes da ESF. Nos Quadros 02 e 03 abaixo serão relacionadas apenas as atribuições comuns, e aquelas relativas aos médicos e enfermeiros, por serem estas as categorias profissionais objetos deste estudo (19):

#### **Quadro 02. Atribuições comuns a todos os profissionais que integram as equipes de saúde da família**

---

- Conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis, com ênfase nas suas características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas
- Identificar os problemas de saúde e situações de risco mais comuns aos quais aquela população está exposta
- Elaborar, com a participação da comunidade, um plano local para enfrentamento dos problemas de saúde e fatores que colocam em risco a saúde
- Executar, de acordo com a qualificação de cada profissional, os procedimentos de vigilância à saúde e de vigilância epidemiológica, nas diferentes fases do ciclo de vida
- Valorizar a relação com o usuário e com a família, para a criação de vínculo de confiança, de afeto, de respeito
- Realizar visitas domiciliares de acordo com o planejamento
- Resolver os problemas de saúde no nível da atenção básica
- Garantir acesso à continuidade do tratamento dentro de um sistema de referência e contra-referência para os casos de maior complexidade ou que necessitem de internação hospitalar
- Prestar assistência integral à população adscrita, respondendo à demanda de forma contínua e racionalizada
- Coordenar, participar de e/ou organizar grupos de educação para a saúde
- Promover ações intersetoriais e parcerias com organizações formais e informais existentes na comunidade para o enfrentamento conjunto dos problemas identificados
- Fomentar a participação popular, discutindo com a comunidade conceitos de cidadania, de direito, à saúde e as suas bases legais
- Incentivar a formação e/ou participação ativa da comunidade nos Conselhos Locais de Saúde e no Conselho Municipal de Saúde
- Auxiliar na implantação do Cartão Nacional de Saúde

---

**Fonte: Guia Prático do Programa de Saúde da Família, 2002**

### **Quadro 03. Atribuições de médicos e enfermeiros que integram as equipes de saúde da família**

<b>Atribuições específicas dos médicos</b>	<b>Atribuições específicas dos enfermeiros</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Realizar consultas clínicas aos usuários da sua área adscrita</li><li>• Realizar o pronto atendimento médico nas urgências e emergências</li><li>• Encaminhar aos serviços de maior complexidade, quando necessário, garantido a continuidade do tratamento na Unidade de Saúde, por meio de um sistema de acompanhamento e de referência e contra-referência</li><li>• Executar as ações da assistência integral em todas as fases do ciclo de vida: criança, adolescente, mulher, adulto e idoso</li><li>• Realizar consultas e procedimentos na Unidade de Saúde e, quando necessário, no domicílio</li><li>• Realizar atividades clínicas correspondentes às áreas prioritárias de intervenção na Atenção Básica: saúde da criança, saúde da mulher, controle de hipertensão, controle da diabetes mellitus, controle da tuberculose, eliminação da hanseníase, ações de saúde bucal</li><li>• Aliar a atuação clínica à prática da saúde coletiva</li><li>• Fomentar a criação de grupos de patologias específicas, como de hipertensos, diabéticos, de saúde mental, etc</li><li>• Realizar pequenas cirurgias ambulatoriais</li><li>• Indicar internação hospitalar</li><li>• Solicitar exames complementares</li><li>• Verificar e atestar óbito</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Realizar consulta de enfermagem, solicitar exames complementares, prescrever/transcrever medicações, conforme protocolos estabelecidos no Programas do Ministério da Saúde e as disposições legais da profissão</li><li>• Realizar cuidados diretos de enfermagem nas urgências e emergências clínicas, fazendo a indicação para a continuidade da assistência prestada</li><li>• Executar as ações da assistência integral em todas as fases do ciclo de vida: criança, adolescente, mulher, adulto e idoso</li><li>• Realizar ações de saúde em diferentes ambientes, na Unidade de Saúde e, quando necessário, no domicílio</li><li>• Realizar as atividades correspondentes às áreas prioritárias de intervenção na Atenção Básica: saúde da criança, saúde da mulher, controle de hipertensão, controle da diabetes mellitus, controle da tuberculose, eliminação da hanseníase, ações de saúde bucal</li><li>• Aliar a atuação clínica à prática da saúde coletiva</li><li>• Organizar e coordenar a criação de grupos de patologias específicas, como de hipertensos, diabéticos, de saúde mental, etc</li><li>• Planejar, gerenciar, coordenar, executar e avaliar a Unidade de Saúde</li><li>• No nível de suas competências, executar assistência básica e ações de vigilância epidemiológica e sanitária</li><li>• Supervisionar e coordenar ações para capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde e de auxiliares de enfermagem, com vista ao desempenho de suas funções</li></ul>

**Fonte: Guia Prático do Programa de Saúde da Família, 2002**



Justificando as atribuições dos profissionais das equipes da atenção primária à saúde, a ESF defende as seguintes premissas gerais (19):

- É estruturante do SUS e, como modelo de organização da APS defende os princípios da universalidade, integralidade e equidade.
- Mantém coerência com os princípios organizativos do SUS: acessibilidade, resolutividade, regionalização, descentralização, hierarquização e participação popular. É o componente do sistema responsável pela APS da população, com potencial de resolubilidade de até 90% das demandas à Unidade Saúde da Família e com uma capacidade racionalizadora sobre a demanda originária do seu território para média e alta complexidade.
- Prioriza em suas bases teóricas a promoção de saúde, o que não significa desprezar a clínica, visto que a integralidade da atenção é um dos seus princípios norteadores, além do que, todas as ações de saúde (promoção, prevenção, cura e reabilitação) estão embutidas no conceito amplo de promoção.
- Tem o coletivo como seu foco de atenção, entendendo que os indivíduos estão inseridos em uma família que, por sua vez, está inserida em um grupo populacional, e que o processo saúde-doença é determinado socialmente. Como consequência, só uma abordagem coletiva poderá efetivamente provocar um impacto profundo e duradouro nesse processo. Isso não significa que a abordagem individual deverá ser desprezada.

As diferenças entre o modelo de saúde ainda hegemônico em nosso país e o da ESF podem ser vistos de forma esquemática no Quadro 04 abaixo (18):

#### Quadro 04. Diferença entre o modelo hegemônico e o modelo da ESF/SUS

Modelo hegemônico	Modelo ESF/SUS
<ul style="list-style-type: none"><li>• Saúde como ausência de doença</li><li>• Baseado em práticas freqüentemente clientelistas</li><li>• Atenção centrada no indivíduo</li><li>• Centrado em ações curativas</li><li>• Hospital como serviço de saúde dominante</li><li>• Serviços de saúde concentrados nos centros urbanos dos municípios</li><li>• Predomínio de intervenção do profissional médico</li><li>• Planejamento desconsiderando perfil epidemiológico da população</li><li>• Não consideração da realidade e autonomia local, não valorização da participação comunitária</li><li>• Funcionamento baseado na demanda espontânea</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Saúde como qualidade de vida</li><li>• Prestação de serviços de saúde como um direito de cidadania</li><li>• Atenção concentrada no coletivo</li><li>• Centrado na atenção integral à saúde, incluindo ações de promoção, proteção, cura e recuperação</li><li>• Hierarquização da rede de atendimento, ou seja, garantir que os níveis de atenção estejam articulados entre si</li><li>• Serviços de saúde distribuídos em todo o território do município</li><li>• Predomínio da intervenção de uma equipe interdisciplinar</li><li>• Planejamento com base em dados populacionais e priorizando as famílias ou grupos com maior risco de adoecer e morrer</li><li>• Estimulação da participação comunitária, garantindo a autonomia de atuação das equipes de saúde em seu território</li><li>• Funcionamento baseado na organização da demanda</li></ul>

**Fonte: Adaptado de Andrade, Barreto e Fonseca, 2004.**

A expansão da ESF como alternativa para a assistência à atenção primária à saúde pode ser confirmada pelos números do Ministério da Saúde. Em 1994, quando se iniciou o Programa Federal, havia 920 equipes de saúde da família, em 55 municípios brasileiros (0,9% do total). Pouco mais de 11 anos depois, o número de equipes subiu para 22.000, presentes em 4.707 municípios brasileiros (84,6% do total) (20).

Neste período, o Ministério da Saúde conduziu dois estudos de avaliação da implantação e funcionamento da ESF, um em 1999 (21) e o outro em 2002 (22). No primeiro estudo a população alvo era composta de 1.219 municípios de 24 estados brasileiros com 3.119 equipes de saúde da família. O estudo utilizou três fontes de informação: secretários municipais de saúde, equipes da ESF e coordenadores estaduais da ESF. O percentual de resposta foi de 81,8% para os secretários e 75,9% para as equipes. A coleta de dados foi efetuada no período de abril a junho de 1999. Foram utilizados questionários auto-aplicáveis para os secretários municipais de saúde e entrevistas semi-estruturadas com os coordenadores estaduais da ESF.

No segundo estudo a população alvo era composta por 13.501 equipes de saúde da família, de 3.778 municípios brasileiros. Todas as equipes foram entrevistadas no seu local de trabalho a partir de um questionário, além da aplicação de um roteiro de observação. Estes dois estudos procuraram traçar um perfil geral do funcionamento da ESF no país, e não investigaram, diretamente, elementos da saúde mental na atenção primária.

No primeiro estudo, foram apontadas limitações para a operacionalização da ESF, que podem ser resumidas no Quadro 05:

#### **Quadro 05. Principais limitações para a operacionalização da ESF na opinião das coordenações estaduais**

---

##### **Relacionadas aos gestores**

- Falta de entendimento dos gestores
- Alta rotatividade dos secretários municipais
- Alta rotatividade dos secretários estaduais

##### **Relacionadas aos recursos humanos**

- Formação inadequada dos profissionais
- Falta de profissionais / número insuficiente (médicos)
- Alto custo dos profissionais (médicos)
- Alta rotatividade dos profissionais
- Remuneração baixa dos profissionais
- Dupla militância dos médicos
- Pequeno número e qualificação da equipe de coordenação estadual
- Falta de confiança na continuidade da proposta por parte dos médicos ou em geral
- Condições de trabalho e vínculos empregatícios muito precários

##### **Relacionadas à infra-estrutura**

- Infra-estrutura precária na Unidades de Saúde

##### **Relacionadas aos recursos financeiros**

- Falta de recursos financeiros dos municípios
- Falta de definição de recursos para capacitação

##### **Outros**

- Grande extensão geográfica do estado
  - Dificuldade de acesso
  - Cultura institucional / dificuldade de absolver o novo modelo
  - Falta de supervisão
  - Isolamento do programa
- 

**Fonte: Ministério da Saúde, 2000**

No segundo estudo, embora não tenha sido um elemento diretamente pesquisado, observou-se uma grande insipiência nas ações investigadas que consistiam na identificação, cadastramento e visitas domiciliares dos agentes comunitários para os portadores de sofrimento mental. Além disso, foi constatado insuficiência em relação a disponibilidade da atenção especializada, o que compromete a resolubilidade e a continuidade da atenção às populações assistidas pela ESF. Especificamente em relação à saúde mental, apenas 57.8% das equipes entrevistadas disseram ter disponibilidade de

consultas psiquiátricas. Nos dois estudos houve claro indício de que a qualificação técnica das equipes para atuação na ESF deve ser ampliada e aprimorada.

Sendo historicamente muito recente, a ESF não se constitui em um modelo acabado. Pelo contrário, está em pleno processo de aprofundamento de suas bases conceituais e criação de uma nova práxis entre os trabalhadores integrantes das equipes. Tal construção ocorre concomitante ao seu crescimento quantitativo. É preciso lembrar, ainda, que esse crescimento está sendo estimulado por uma grande aceitação popular, haja vista sua aprovação em centenas de Conferências Municipais de Saúde realizadas em todo o país nos últimos anos (18).

## **2. A Reforma Psiquiátrica Brasileira**

De acordo Desviat (23) as críticas à eficácia do asilo, espaço hegemônico de tratamento e tutela da loucura por cerca de 150 anos, não são recentes e estiveram presentes ao longo de todo o processo de constituição da psiquiatria. No entanto, só após a Segunda Guerra Mundial, em tempos de crescimento econômico e reconstrução social, de grande desenvolvimento dos movimentos civis e de maior tolerância e sensibilidade para com as diferenças e minorias, que a comunidade profissional e cultural, por vias diferentes, chegou a conclusão de que o hospital psiquiátrico deveria ser transformado ou abolido. Junto com esta vontade coletiva de criar uma sociedade mais livre e igualitária, a descoberta dos medicamentos psicotrópicos, a adoção da psicanálise e o aprofundamento das temáticas de saúde pública / comunitária nas instituições psiquiátricas foram elementos propulsores dos diferentes movimentos de reforma psiquiátrica desencadeados, inicialmente nos Estados Unidos e em alguns países europeus e, posteriormente, difundido para a América Latina e outros continentes.

No Brasil, segundo Amarante (24), a reforma psiquiátrica é um processo que surge mais concreta a partir da conjuntura da redemocratização, no final da década de 70. No decorrer das décadas de 50 à 80 a política nacional de cuidados para portadores de distúrbios mentais se orientou preponderantemente através da expansão do número de leitos nos hospitais psiquiátricos, na sua grande maioria privados, e da contratação destes leitos pelo setor público da saúde. Só para termos uma idéia da rápida evolução da oferta de leitos em hospitais psiquiátricos no Brasil, que foi fruto da adoção de um modelo de saúde baseado na atenção médica curativa e centralizada no setor terciário, de 1965 até 1978, o número de hospitais psiquiátricos teve um aumento de mais de 300%, passando de 110 para 351(24).

A retomada do processo democrático, no final da década de 70, permitiu que as péssimas condições de vida dos internados nos hospitais psiquiátricos se tornassem visíveis para a opinião pública. A mobilização desencadeada pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica contribuiu para revelar a insustentabilidade da manutenção de um modelo que representa o principal fator de exclusão da pessoa portadora de transtorno mental de seu grupo social. Contrapondo-se a esse modelo centrado no hospital psiquiátrico, iniciou-se, na década de 80, a instalação progressiva de serviços extra hospitalares no sentido de reverter a lógica assistencial dominante.

Na composição de uma Rede de Atenção à Saúde Mental que procura prescindir da participação do hospital psiquiátrico e que mobiliza os recursos sanitários, afetivos, sociais, culturais e econômicos, a experiência brasileira criou os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS). Os CAPS são serviços de saúde mental especializados, compostos por equipe multidisciplinar (psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, auxiliares de enfermagem e oficinairos) vinculados ao SUS. É o lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem de transtornos mentais, psicoses, neuroses e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem um acompanhamento de uma equipe de saúde mental. Trata-se de um serviço de atendimento à saúde, mas que também deve ser responsável pelo fomento de políticas e ações no território de sua responsabilidade sanitária, sempre atuando no sentido da desconstrução do estigma da doença mental e da construção da inclusão social. Neste sentido, sua atuação é heterogênea, se considerarmos as diversas realidades de um país continental e de grande diversidade cultural e sócio-econômica como é o Brasil, embora norteadas pelas seguintes ações básicas, resumidas no Quadro 06 abaixo (25):

## **Quadro 06: Ações de responsabilidade dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)**

- Prestar atendimento ambulatorial
- Prestar atendimento em regime de atenção dia e noite (dependendo do tipo de CAPS)
- Gerenciar os projetos terapêuticos oferecendo cuidado clínico eficiente e personalizado
- Promover a inserção social de seus usuários através de ações intersetoriais na comunidade
- Organizar a rede de serviços de saúde mental no seu território
- Dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na atenção primária (ESF)
- Regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental de seu território
- Coordenar junto com o gestor local as atividades de supervisão de unidades hospitalares gerais e psiquiátricas que atuem no seu território
- Coordenar junto com o gestor local a assistência farmacêutica dos medicamentos psicotrópicos

**Fonte: Adaptado de – Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial, 2004**

Apesar dos grandes esforços empreendidos até aqui, especialmente a partir da década de 90, observamos que ainda há uma hegemonia do regime de internação psiquiátrica. Na verdade, poderíamos dizer que estamos em um período de transição no sentido da implantação de um novo modelo clínico-assistencial em saúde mental no Brasil. Poderíamos chamar este momento de “via mão dupla da reforma psiquiátrica”, caracterizada pelo declínio consistente do número de leitos em hospitais psiquiátricos e ampliação dos serviços de atenção diária, os CAPS. Embora a grande fatia dos recursos destinada ao financiamento da assistência à saúde mental ainda esteja alocada no pagamento de leitos nos hospitais psiquiátricos (93,14% em 1997 e 84,18% em 2001), observamos uma mudança de perfil ao longo dos últimos anos, o que se reflete pela diminuição gradual do número de leitos e aumento do número de CAPS no Brasil, como mostra a Tabela 01(26).

**Tabela 01. Relação entre o número de leitos em hospitais psiquiátricos e número de CAPS no Brasil nos anos de 1996 à 2005**

Ano	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Leitos em hospitais psiquiátricos	72.514	71.041	70.323	66.393	60.868	56.755	52.304	48.828	44.234	44.057
CAPS	145	176	231	237	253	259	424	500	605	622

**NOTA: \* até abril**

**Fonte: Ministério da Saúde - DATASUS, 2005**

Uma consequência imediata da diminuição do número de leitos psiquiátricos é a necessidade de oferecer assistência adequada à saúde geral e especializada, de caráter não asilar, a uma população que tradicionalmente, devido ao grande estigma e despreparo dos profissionais de saúde, tem grande dificuldade de acesso aos serviços do SUS.

Um aspecto importante que consolidou os avanços até aqui conquistados foi a aprovação da Lei Federal 10.216, de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental (27). Embora a Lei não tenha conseguido extinguir os hospitais psiquiátricos, como queriam alguns movimentos sociais, a Lei reflete o consenso nacional possível sobre a reforma psiquiátrica no Brasil até o momento, e significa um grande avanço da sociedade brasileira em pró de uma assistência mais adequada e justa aos portadores de transtornos mentais.

Um outro elemento fundamental que tem impulsionado as mudanças é a disponibilização de recursos financeiros federais para a implantação e custeio de novos serviços tipo CAPS nos municípios brasileiros através das seguintes Portarias Ministeriais: 336 de 02/2002, 189 de 03/2002 e a 245 de 02/2005 (27). Esta estratégia tem induzido e acelerado a abertura de novos CAPS, que aumentaram em 2.4 vezes de 2001 até abril de 2005.

### **3. Transtornos Mentais e Atenção Primária**

Segundo Rodrigues (28) os primeiros estudos de prevalência de transtornos psiquiátricos no âmbito da APS foram conduzidos a partir da década de 60 na Inglaterra por Shepherd e colaboradores. Esta pesquisa demonstrou que a maior parte dos cuidados em saúde mental na Inglaterra era prestada por médicos generalistas. Com o crescente aumento dos países que passaram a dar importância à atenção primária enquanto estratégias de organização dos serviços de saúde, estudos sobre saúde mental relacionados aos cuidados primários de saúde têm se mostrado cada vez mais presentes na comunidade científica, como demonstra bem a revisão de estudos epidemiológicos conduzido por Fortes (29).

Segundo esta mesma autora, a demanda de saúde mental presente na atenção geral à saúde tem sido objeto de numerosos estudos, especialmente a partir da década de 80. Nos EUA, o Epidemiologic Catchment Area Study (ECA) revelou que 40-60% da demanda de saúde mental estava sendo atendida na Atenção Primária por médicos generalistas (30,31).

Desde então, vários trabalhos (32-35) demonstraram como é alta a prevalência de transtornos mentais na atenção primária. A realização de uma investigação multicêntrica patrocinada pela Organização Mundial de Saúde no início dos anos 90, denominada “Psychological Problems in General Health Care” (PPGHC/OMS), desenvolvida em 15 países diferentes, inclusive o Brasil (36-39) confirmou essa alta prevalência de transtornos mentais entre os pacientes de unidades gerais de saúde. Representam uma demanda específica que busca tratamento junto aos médicos generalistas e que tem características diferentes daquela atendida em ambulatórios de saúde mental. Situa-se, em média, em 24% dos pacientes dos ambulatórios de clínicos gerais nos vários centros estudados no PPGHC/OMS (36). Na sua grande maioria os pacientes identificados pelo estudo são portadores de quadros depressivos (média de 10,4%) e ansiosos (média de 7,9%), de caráter agudo, com menor gravidade dos sintomas e que remitem muitas vezes espontaneamente. Sua presença está associada com indicadores sócio-demográficos e econômicos desfavoráveis, tais como: pobreza, baixa escolaridade e ser do sexo feminino (40,41) e com eventos de vida desencadeantes (42). Há um predomínio de sintomas somáticos entre as queixas por eles apresentadas, em contraposição aos sintomas psicológicos mais presentes entre os pacientes atendidos em unidades especializadas (32,36,43).

Esses quadros têm sido denominados **Transtornos Mentais Comuns (TMC)** nas pesquisas realizadas desde Bridges & Goldberg (32). Diferenciam-se daqueles detectados nas unidades especializadas em saúde mental, onde geralmente são encontrados pacientes mais graves portadores de **Transtornos Mentais Maiores (TMM)**. A definição de TMC de Goldberg & Huxley (44) é a seguinte: *“transtornos que são comumente encontrados nos espaços comunitários, cuja presença assinala uma alteração em relação ao funcionamento normal”* (p7-8).

Freqüentemente seu quadro clínico não corresponde aos sintomas essenciais para preenchimento de critérios diagnósticos em classificações tradicionais como a Classificação Internacional das Doenças em sua décima versão (CID-10) (45) ou o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV) (46).

Essa especificidade dos transtornos mentais presentes na Atenção Primária, caracterizado por quadros subclínicos e grande comorbidade entre as diversas síndromes, motivou a criação de uma classificação especial para os Transtornos Mentais na Atenção Primária, a CID-10-AP (47), bem como a readequação da apresentação do DSM-IV para sua utilização na atenção primária, o DSM-IV-PC (48).



No Brasil, o mais extensivo estudo sobre prevalência de transtornos psiquiátricos na comunidade foi realizado por Naomar Almeida Filho e colaboradores em três capitais brasileiras (49). Este estudo apontou para uma prevalência anual potencial de casos psiquiátricos, ajustada pela idade, que variou de 19% (São Paulo) à 34% (Brasília e Porto Alegre). Os transtornos ansiosos foram os mais prevalentes (chegando a 18%) e a prevalência de alcoolismo, consistente em todos os locais pesquisados, situou-se por volta de 8%. Os quadros depressivos apresentaram grande variação, de menos de 3% (São Paulo e Brasília) até 10% (Porto Alegre).

No Brasil ainda são poucos os estudos sobre transtornos mentais proveniente de pacientes que freqüentam as unidades gerais de saúde e, em particular, as unidades vinculadas à Estratégia Saúde da Família (ESF). No Quadro 07, destacamos os principais estudos de prevalência de transtornos mentais em unidades básicas de saúde realizados no país:

**Quadro 07. Prevalência de transtornos mentais em Unidades de Atenção Geral a Saúde no Brasil**

AUTOR	ANO	LOCAL	INSTRUMENTO	RESULTADOS
Busnello et al.	1983	Centro de Saúde	SRQ-20 Entrevista clínica	TMC: 55% Casos Confirmados: 48,5%
Mari	1986 1987	Centro de Saúde / Ambulatório Geral de Hospital	SRQ-20 GHQ12(2/3) CIS	TMC: 47 a 56% TMM:25 a 27%
Iacoponi	1989	Centro de Saúde	SRQ20	TMC: 53%
Villano	1995	Ambulatório Medicina Integral (Geral) em Hosp. Universitário	GHQ-12 CIDI	TMC: 20,9% a 41,8% TMM: 38%
Fortes	2004	Unidade de Saúde da Família	GHQ12 CIDI	TMC: 56% TMM: 33%

**Nota:** TMC (Transtornos Mentais comuns), TMM (Transtornos Mentais Maiores), SRQ (Self-Reporting Questionnaire), GHQ(General Health Questionnaire), CIS(Clinical Interview Shedule), CIDI(Composite International Diagnostic Interview)

**Fonte: Adaptado de Fortes (2004)**

Dentre os estudos apresentados, o de Fortes (29) merece uma apresentação detalhada já que foi o único que ocorreu dentro do atual contexto da ESF. Foram avaliados 714 pacientes atendidos em 5 unidades da ESF do município de Petrópolis, Estado do Rio de Janeiro, entre agosto a dezembro de 2002. A prevalência geral de Transtornos Mentais Comuns (TMC) foi obtida através da utilização do General Health

Questionnaire (GHQ12), com ponte de corte 2/3 em geral e 4/5 para transtornos graves. O perfil nosológico de 215 pacientes positivos ao rastreamento foi realizado através do Composite International Diagnostic Interview (CIDI 2:1). O perfil sócio demográfico e econômico, e as informações sobre a rede social desses pacientes, foram obtidos através de um questionário geral. A análise dos fatores associados aos TMC foi feita através de regressão logística dentro do programa SPSS. Detectou-se uma prevalência média de 56% de Transtornos Mentais Comuns nos pacientes, sendo que 33% do total eram de quadros graves. Constituíam-se principalmente de Transtornos Depressivos e Ansiosos, destacando-se também os Transtornos Somatoformes e Dissociativos. Cerca de 56% dos pacientes positivos ao GHQ apresentavam comorbidade ao CIDI. Verificaram-se associações estatisticamente significativas entre ser portador de TMC e ser mulher (OR=2,90), ter menos de 45 anos (OR=1,43), ter renda per capita familiar menor que R\$120,00 (OR=1,68), e não ter um companheiro (OR=1,71). Quanto à rede de apoio social, freqüentar regularmente a Igreja (OR=0,62) e a participar em atividades esportivas ou artísticas (OR=0,42) exercia efeito protetor para ter TMC, assim como ter pelo menos quatro familiares íntimos (OR=0,53).

A conclusão do estudo confirma a alta prevalência de TMC na clientela da ESF, e esta se apresenta principalmente a partir de transtornos ansiosos, depressivos, somatoformes e dissociativos. Esses resultados apontam para a importância da estruturação de formas de atendimento alternativas, incluindo não medicamentosas, e a necessidade de se capacitar as equipes da ESF para a abordagem dos problemas psicossociais dessa clientela.

Em Sobral, uma pesquisa conduzida em uma unidade básica de saúde na zona rural, durante 04 meses, a partir da avaliação de 294 pessoas que solicitaram atendimento médico por demanda não programada, utilizando um instrumento padronizado diagnóstico já validado no Brasil (Prime – MD), identificou uma prevalência de TMC próxima de 60%, bem próximo dos estudos brasileiros até aqui conduzidos (50).

Fortes (29) também aponta que, embora alta, a presença de patologia mental nos pacientes atendidos na rede básica de saúde, costuma passar despercebida no atendimento prestado a esses pacientes. Segundo alguns estudos internacionais é baixa a eficiência do atendimento a esses pacientes nesse nível do sistema de saúde (51,52). Um dos fatores que diminuem a qualidade desse atendimento é a incapacidade dos profissionais, principalmente médicos, de corretamente diagnosticar

e tratar as patologias mentais presentes na sua clientela habitual. Dentre as dificuldades encontradas pelos profissionais da atenção primária para corretamente diagnosticar e tratar esses pacientes destaca-se a forma de apresentação do sofrimento mental nesses casos. Como já foi dito, predomina nesses pacientes a apresentação de sintomas físicos associados às patologias mentais, e esses não são compreendidos pelos médicos gerais como manifestações de transtorno mental (52). Frequentemente o que aparece são queixas somáticas difusas, inespecíficas e mal caracterizadas, que não são reconhecidas como estando associadas a transtornos mentais e que constituem a maioria dos ditos “pacientes poliqueixosos”, grandes usuários de serviços médicos (53).

Finalmente, uma revisão extensa e recente da literatura indexada internacional efetuada por Cohen (54) sobre as experiências dos países em desenvolvimento na implantação de ações de saúde mental na atenção primária aponta a necessidade da realização de mais estudos sobre o tema, já que concluiu o seguinte:

1. Não há evidências claras da eficácia do tratamento de doenças mentais na atenção primária (embora existam relatos de experiências promissoras neste sentido no Brasil)<sup>1</sup>;
2. Não existe um modelo único de serviços de saúde mental para a atenção primária que tenha sido testado e que poderia ser implantado, em condições semelhantes, em vários lugares;
3. Não há dados sobre a eficácia de intervenções específicas para determinado problema específico;
4. Não existe um método de capacitação para a atenção primária que já tenha sido adequadamente avaliado em sua eficácia na assistência aos pacientes;
5. Não existem relatos detalhados e críticos de programas de saúde mental na atenção primária.

#### **4. Educação Permanente como Estratégia Educativa para a Formação em Saúde**

Segundo Borroto Cruz e colaboradores, o século 20 foi rico na introdução de experiências no campo da formação dos recursos humanos em saúde (55).

Em 1910, foi publicado o relatório Flexner a partir do estudo de 155 escolas médicas dos Estados Unidos e Canadá, a partir do qual foi elaborado um conjunto de

---

1. <sup>1</sup> Observação do autor: No Brasil várias experiências promissoras de implantação de ações de saúde mental na ESF foram descritas em: Lancetti A, editor. Saudeloucura – Saúde Mental e Saúde da Família. Segunda edição. São Paulo: Hucitec; 2001.

recomendações. Segundo estes mesmos autores, o aspecto mais significativo deste estudo foi a consolidação de um modelo biomédico clínico de caráter eminentemente individual e curativo, o que veio a se constituir mais tarde em um poderoso complexo médico industrial. Este modelo, inicialmente desenvolvido nos Estados Unidos, se disseminou pelo mundo e influenciou a formação e a prática médica, que se mantiveram inalteradas por várias décadas.

Nos últimos 40 anos, entretanto, um conjunto de acontecimentos tem produzido as bases para um novo paradigma na educação médica. Nos anos 60, o trabalho desenvolvido pela Universidade McMaster que introduziu o ensino baseado em problemas, se estendeu por múltiplas escolas de medicina no mundo.

Na década de 70, o Encontro de Alma Ata, sobre atenção primária à saúde, gerou as bases para que a OMS desenvolvesse em 1981 a estratégia “Saúde para Todos no Ano 2000” que influiu no desenvolvimento de currículos orientados para temas comunitários e a implantação de novas áreas de ensino voltados para a educação e a promoção de saúde.

Nos anos 80 e 90, a partir do informe produzido pelas Escolas de Medicina dos Estados Unidos, das Conferências de Educação Médica de Edimburgo em 1988 e 1993, do Encontro Continental de Educação Médica de Punta Del Este em 1994 e da Assembléia Geral da OMS de 1995, foram postuladas as bases para a educação médica do terceiro milênio que podem ser resumidas a partir de 05 princípios básicos (55):

**Estratégias:**

- Formação médica orientada para a qualidade - satisfação ótima das necessidades de saúde
- Integração docência-assistência-investigação como base para a formação médica de qualidade: diminuição da brecha educação médica – prática médica
- Educação multiprofissional para o desenvolvimento de equipes de trabalho
- Definição de áreas para a colaboração interdisciplinar

**Processo de Ensino – aprendizado:**

- Do ensino para a aprendizagem
- Das estratégias de ensino passivo para as estratégias ativas: centradas no professor para aquelas centradas no aluno, auto-dirigidas
- Da memorização para a solução de problemas
- Integração do ensino das ciências básicas com a clínica e do indivíduo com a comunidade

- Prioridade nas técnicas de busca da informação, sobre as de transmissão da informação

#### **Avaliação:**

- Formativa durante o processo de ensino/aprendizagem e certificativa ao concluir com propriedade as atividades práticas
- Avaliação, acreditação e certificação externa das unidades de ensino e de saúde
- Avaliação externa como reguladora do processo de controle de qualidade
- Desenvolvimento de novos métodos de avaliação da competência clínica e do desempenho profissional de maior validade e confiabilidade

#### **Dos docentes, dos estudantes e da comunidade na educação médica:**

- Seleção do docente pela capacidade e habilidade para o ensino
- Aperfeiçoamento profissional e formação pedagógica para os docentes: de espontânea e individual para a estruturada (mestrado e doutorado)
- Seleção dos estudantes para o ingresso nas áreas cognitivas, motivacionais e relativas à suas habilidades
- Participação da comunidade e dos estudantes na tomada de decisões sobre a formação e prática médicas

#### **Papel da Universidade**

- O intercâmbio internacional como fonte de enriquecimento e desenvolvimento da universidade
- A universidade médica como centro gerador de conhecimentos e resultados científicos para melhorar a educação e a prática médica
- Busca de novas formas de financiamento para as universidades
- Competência pelo vínculo para o trabalho como principal avaliador externo da qualidade do processo formador universitário
- Manutenção de boas relações da universidade com o Estado e a sociedade, baseada nos princípios da autonomia, onde o Estado assume ações de regulação e avaliação

Embora a complexidade dos problemas de saúde atuais esteja exigindo uma readequação das práticas em saúde, com participação cada vez maior da atenção primária enquanto estratégia de mudança paradigmática das ações em saúde, no Brasil, assim como no resto do mundo, a grande maioria das instituições de formação em saúde ainda são norteadas pelos princípios do Relatório Flexner. Estes princípios, que são pautados por referenciais pedagógicos tradicionais, centrados na transmissão e no

adestramento, não parecem estar contribuindo de forma relevante para as mudanças das práticas em saúde.

Como observou bem Arteaga e Hatim (56) as tendências mais atuais da formação pós graduada estão mais coerentes com as estratégias de educação continuada e as metodologias ativas de ensino – aprendizado, geralmente de caráter problematizador, que proporcionam aos educandos aprender a aprender e ensinar a pensar.

Após ter conduzido extensa revisão da literatura e ter estudado diversas instituições formadoras da Europa e dos Estados Unidos, Laxdal (57) observou que os programas de Educação Médica Continuada (EMC) mais eficazes foram aqueles que obedeceram a um planejamento sólido, baseado em 05 passos essenciais: identificação das necessidades de aprendizado a partir de métodos objetivos, estabelecimento de prioridades, seleção dos objetivos de aprendizagem, planejamento e execução de um programa de formação adequado aos objetivos e necessidades identificados com a participação ativa dos educandos, avaliação a partir da revisão das necessidades de aprendizagem inicialmente identificadas. Este autor destaca que a grande função do educador, no processo de formação de adultos, é a de ajudar os educandos a descobrir quais são suas necessidades de aprendizado, já que as necessidades reais e sentidas de aprendizagem nem sempre são coincidentes.

Segundo Hatim (58), uma necessidade real de aprendizado pode ser definida como o desvio real entre o desempenho prático do indivíduo e o que o sistema de saúde tem previsto para esta função ou posto de trabalho. Já as necessidades sentidas de aprendizagem referem – se àquelas que um indivíduo ou grupo desejam conscientemente satisfazer.

No Brasil o Governo Federal vem desenvolvendo uma política de formação de recursos humanos na saúde que prioriza a estratégia da Educação Permanente em Saúde (EPS) como elemento chave para a transformação das práticas em saúde. Concretamente, o Ministério da Saúde criou, em 2002, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde que foi responsável pela Portaria 198/2004 que definiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor (59). Trata-se de um modelo de educação continuada para profissionais da área da saúde que vem sendo desenvolvido pela OPAS nos últimos 20 anos e que tem se mostrado síntone com as propostas de formação médica contemporânea descritas acima (60,61).

Segundo Hatim (56), esta nova forma de conceber a formação do profissional de saúde pode ser definida da seguinte maneira:

*“La Educación Permanente constituye una estrategia de desarrollo de la Salud basada en los procesos de aprendizaje presentes durante toda la vida laboral del trabajador, que tiene como eje fundamental la problematización y transformación de los servicios de salud, la participación consciente y activa de los trabajadores y un alto grado de motivación y compromiso en la elevación de la calidad del desempeño profesional, que satisfaga las demandas de capacitación en los servicios por introducción de nuevas tecnologías y técnicas, el perfeccionamiento y actualización de los conocimientos, hábitos, habilidades y modos de actuación de los trabajadores y la superación de las deficiencias en la calidad de la producción y los servicios. El Subsistema de Educación Permanente constará de cuatro fases o etapas fundamentales: la identificación de necesidades de aprendizaje, el proceso educativo, el monitoreo y la evaluación” (p. 16).*

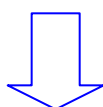
Esta proposta parte da premissa de que os modelos clássicos de capacitação de pessoal para a saúde, não têm se mostrado eficazes em produzir novas práticas de trabalho nos serviços de saúde, o que compromete a qualidade da assistência à população. Como referencial metodológico para a proposta pedagógica, que de fato possa traduzir as necessidades reais dos serviços de saúde, a EPS defende a pedagogia da problematização. Dentre suas características principais, destacamos:

- O espaço do trabalho é identificado como o principal local da aprendizagem
- O papel ativo do educando e sua posição central no processo ensino-aprendizado, agente produtor de conhecimento
- O papel do educador como facilitador, orientador, catalisador, e não de mestre, conhecedor de todas as verdades
- O ponto de partida é a indagação (elaboração de perguntas) sobre a prática cotidiana
- A identificação dos problemas da prática representa um ponto fundamental do processo educativo
- O pensar a prática deve ser uma atividade coletiva e solidária
- Há estimulação da criatividade, da reflexão e das atividades afetivas
- A teoria está comprometida com a transformação da prática: após a identificação adequada dos problemas, de forma coletiva e consensual, buscam-se referências teóricas para compreendê-los e aprofundá-los
- Requer uma programação educativa continuada
- Uma abordagem dialética do processo de ensino-aprendizado, na medida em que explicita as tensões e incoerências;

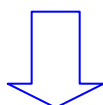
- Procura identificar os conteúdos latentes e manifestos produzidos pelos educandos no processo educativo
- Não descarta o avanço individual, mas dá mais ênfase ao coletivo

De forma sintética, a metodologia problematizadora, que estrutura a proposta de EPS, estabelece a seguinte seqüência dentro do desenho educativo:

**Papel dos trabalhadores de saúde: identificam os problemas de sua prática**  
**Papel do facilitador do processo educativo: auxilia o grupo na identificação de necessidades reais de aprendizado**



**Papel dos trabalhadores de saúde: estabelecem propostas de atuação que incluem a capacitação / formação através da atualização de conhecimentos e práticas**  
**Papel do facilitador: organiza e implementa experiências didáticas coerentes com as necessidades de aprendizado**



**Papel dos trabalhadores de saúde: estabelecem prioridades de mudança a partir da reorientação das práticas de trabalho**  
**Papel do facilitador: monitora o processo e participa ativamente de sua avaliação**

Haddad e colaboradores (60) ressaltam ainda que a priorização dos conteúdos de uma proposta de EPS deverá realizar-se em torno das formas mesmas da organização do trabalho e devem incluir 03 dimensões complexas e recíprocas, que poderão ter uma maior ou menor importância dependendo do desenho da proposta:

- A direção técnica: que define as competências<sup>2</sup> de cada categoria profissional - o saber, o saber fazer e as atitudes
- O trabalho cooperativo: que influencia as articulações das produções específicas em função de um objetivo comum – relações interpessoais

<sup>2</sup> As competências referem – se a uma combinação integrada de conhecimentos, habilidades e atitudes que conduzem a um desempenho adequado e oportuno em diversos contextos (62).



- Os processos institucionais: que se refere ao ambiente sócio-organizacional – papéis, comunicação, tomada de decisões, cultura institucional.

Embora a proposta de Educação Permanente dê prioridade e ênfase para a aprendizagem a partir dos problemas concretos de saúde identificados pela equipe ao longo do processo de trabalho, Roschke e colaboradores (63) consideram a inclusão de estratégias diversificadas de formação como algo necessário, haja visto os diversos contextos de aprendizagem possíveis. Tais estratégias poderiam tomar o formato de: cursos, seminários, grupos de estudo / discussão, oficinas, estágio supervisionado, intercâmbios, Interconsulta, consultoria e ligação, estudo independente, educação à distância, círculos de qualidades total, qualificação técnica de pessoal, especialização, mestrado, doutorado, e até mesmo pós-doutorado.

Segundo os mesmos autores,

*“... as instâncias estratégicas constituem alternativas de respostas passíveis de combinação. Desta forma, pode-se dar prioridade combinada para uma instância de educação no trabalho, para uma instância de capacitação em uma área prioritária e, considerando os cenários futuros, para uma instância de formação avançada em saúde. No que concerne a essência do processo educativo, a estratégia deve considerar, sobretudo, a possibilidade de uma mudança efetiva no comportamento dos sujeitos.”* (p10).

O autor desta pesquisa defende a EPS como estratégia principal na formação em saúde mental para os profissionais da ESF no âmbito da pós – graduação sem, contudo, desconsiderar as observações de Perea (64). Segundo ele, não existe um método de ensino universal e cada método deve vincular – se com outros. A seleção e aplicação dos métodos dependem das condições para o aprendizado, das exigências cognitivas, das especificidades do conteúdo, das características dos educandos e do professor, além dos objetivos propostos. Neste sentido, não se trata de erradicar da nossa prática pedagógica os métodos passivos / reprodutivos, que se caracterizam pelo predomínio da participação do professor (métodos explicativos – ilustrativos e reprodutivos) cujo valor é amplamente conhecido, mas trata – se de vincular racionalmente estes métodos com aqueles que estimulam o protagonismo dos educandos, através das atividades ativas / criativas (métodos problematizadores).

## **5. Estratégias Educacionais em Saúde Mental Dirigidas para a Atenção Primária**

### **5.1. Dirigidas para profissionais médicos**

Embora muitos países do mundo já tenham adotado a atenção primária como estratégia chave na organização de seu sistema de saúde, alguns, mais recentemente, vêm se destacando na condução de estudos que articulam estratégias assistenciais e educacionais com enfoque na saúde mental. Nessa esfera do conhecimento, países como Canadá (65-67), Austrália (68-71), e Chile (72-74) têm contribuído de forma valiosa.

A Inglaterra, por sua vez, há mais de 20 anos tem se consolidado como o local de maior tradição de pesquisa em estratégias educacionais em saúde mental dirigidas para a atenção primária. Por este motivo, o autor da pesquisa optou por um período de estágio naquele país, onde pode discutir seu projeto de pesquisa com renomados investigadores, observar processos de formação em curso e aprimorar a revisão bibliográfica (Anexo 04).

Os primeiros estudos mais aprofundados sobre o tema foram publicados na década de 80 pelo professor Goldberg e colaboradores, vinculados ao Instituto de Psiquiatria de Londres (75). Um destes estudos identificou que aspectos da personalidade dos clínicos gerais, bem como suas habilidades na condução da entrevista clínica eram fatores determinantes na capacidade desses clínicos em identificar distúrbios emocionais em seus pacientes<sup>3</sup> (76,77). Durante este mesmo período, estes autores demonstraram que a utilização de técnicas de áudio e vídeo feedback, quando os próprios alunos conduziam entrevistas médicas com seus pacientes e depois analisavam o material gravado em grupo, eram mais eficazes que aulas expositivas no desenvolvimento de habilidades em entrevistar os pacientes (78). Estas técnicas foram então aprimoradas ao longo dos anos e passaram a ser também utilizadas com sucesso no desenvolvimento de habilidades para a abordagem de problemas específicos de saúde mental na atenção primária, como o: síndrome da fadiga crônica, psicoses, demências, depressão e somatizações (79).

Outro centro de grande importância na pesquisa educacional em saúde mental para a atenção primária é o Departamento de Psiquiatria da Universidade de Manchester. O grupo de pesquisadores desta Instituição, coordenado pela professora Linda Gask, trabalha em conjunto com o Instituto de Psiquiatria de Londres e possui vasta experiência

---

<sup>3</sup> Os 10 aspectos da entrevista clínica relacionados com a habilidade em identificar problemas emocionais nos pacientes: estabelecer bom contato olho no olho, clarificar as queixas atuais, usar questões diretivas na pesquisa de queixas físicas, começar com questões mais amplas e abertas e posteriormente utilizar perguntas mais fechadas, fazer comentários empáticos, estar atento às dicas verbais e não verbais dos pacientes, não ler enquanto estiver entrevistando o paciente, saber lidar com o paciente que fala demais, explorar problemas emocionais.

na condução, bem como na avaliação de cursos de saúde mental direcionados para profissionais da atenção primária (80-83). Na oficina oferecida para médicos de família, que ocorre duas vezes por ano, com aulas semanais de um ou dois turnos, por um período de 08 semanas, defende o emprego de múltiplas técnicas de aprendizagem (84), tais como:

- conferências breves com apresentação de slides sobre modelos de consulta médica
- discussão de casos clínicos reais ou previamente preparados em grupo
- apresentação de modelos de abordagem de situações clínicas com enfoque em determinadas habilidades a partir da apresentação de vídeo
- exercícios de role-play por parte dos alunos para treinar uma habilidade específica a ser desenvolvida
- vídeo feedback em pequenos grupos a partir da utilização de vídeos trazidos pelos próprios alunos com pacientes reais, produzidos durante a oficina a partir de role-play executado pelos alunos, ou através da participação de atores como pacientes

O objetivo principal deste curso é o de oferecer ao médico de família referências conceituais e práticas sobre sua atuação no nível primário de saúde e não o que o especialista deveria fazer se o paciente fosse encaminhado para o nível secundário de assistência. O conteúdo do curso foi organizado da seguinte forma: introdução aos problemas mentais na comunidade, problemas dos idosos, problemas em crianças e adultos jovens, detecção e manejo da depressão, apresentação física de problemas psicológicos, problemas com álcool e drogas, manejo de transtornos mentais severos, transtornos de personalidade, problemas sexuais e tratamento comportamental na atenção primária.

Há um consenso entre os pesquisadores britânicos de que os clínicos gerais daquele país têm fácil acesso aos conhecimentos produzidos na área da saúde mental, mas lhes faltam habilidades clínicas para o manejo de transtornos mentais no âmbito das unidades de saúde (85). As habilidades clínicas necessárias são raramente ensinadas nos cursos de medicina e não são assimiláveis a partir de conferências. Para que haja aprendizado destas habilidades é necessário que elas sejam demonstradas e posteriormente exercitadas pelos alunos.

Para facilitar a organização do processo ensino – aprendizagem, recomenda – se dividir as habilidades em componentes mais simples, as chamadas micro – habilidades,

que serão identificadas e discutidas com os alunos. A experiência tem demonstrado que o método mais poderoso na aquisição de habilidades clínicas em saúde mental tem sido fornecer feedback aos médicos a partir de áudio ou vídeo de suas próprias entrevistas clínicas. A ênfase da atividade de ensino deve recair sobre uma análise das técnicas de entrevista utilizadas pelo aluno, ao invés de discutir os problemas clínicos do paciente. Durante a projeção do material de vídeo, que é realizada em pequenos grupos, os alunos podem interromper para fazer perguntas ou expressar suas opiniões de como abordar determinada situação. Mas os autores salientam que assistir aos vídeos não garante uma mudança de comportamento por parte dos alunos. É necessário que eles exercitem a situação previamente trabalhada utilizando suas próprias palavras. Um role – play é então conduzido com a participação de 02 ou 03 alunos. Um deles atua como médico, o outro como paciente, e há a possibilidade de um terceiro atuar como observador. Após um exercício de cerca de 30 minutos, quando cada um dos participantes atua em um papel diferente, todos geram feedback para o grupo.

Como pode ser difícil a produção de vídeo pelos alunos, os centros de formação em saúde mental para a atenção primária no Reino Unido, apoiados pela Associação Mundial de Psiquiatria, tem produzido vídeos que retratam situações clínicas diversas e que contam com a participação de clínicos gerais verdadeiros e atores no lugar dos pacientes e familiares. Este material vem acompanhado de slides, contendo a apresentação das micro – habilidades a serem observadas, além de instruções para os tutores. Como as fitas estão em língua inglesa, os autores sugerem que o material seja utilizado como modelo para a produção de material original. Podem também receber dublagem ou legendas na língua dos alunos (79).

Segundo um grupo de estudos da OMS lembrado por Rodrigues (28), que se deteve no desenvolvimento de cuidados de saúde mental para a atenção primária, a formação e treinamento dos médicos de família deve ter como enfoque a relação médico/paciente, as técnicas e práticas do trabalho em equipe e o desenvolvimento da capacidade para ouvir e se comunicar. Além do mais, a formação deve ser, tanto quanto possível, contínua e utilizar uma linguagem comum que seja compreensível para todos os educandos.

Na avaliação de um treinamento em cuidados primários à saúde mental para médicos dos serviços primários de saúde no Brasil, Ballester (87) defende fortemente a capacitação em psicofarmacologia pelos seguintes motivos: já existem dados suficientes que suportam uma teoria biológica dos transtornos mentais; os psicofármacos são capazes de modificar o funcionamento cerebral em um curto prazo; há estudos que

indicam uma especificidade da eficácia de determinados medicamentos de acordo com o transtorno mental; a associação de psicofármacos a outras terapias não farmacológicas tem se mostrado superior à utilização isolada destas técnicas. O autor argumenta que a ênfase na abordagem farmacológica pode gerar uma certa “medicalização” da população atendida no primeiro momento, já que haverá um maior número de transtornos mentais diagnosticados. Por essa razão, é necessário que haja o aperfeiçoamento da capacidade dos médicos de distinguir entre problemas existenciais, situações estressantes da vida, problemas de vínculo familiar e social, dos transtornos mentais propriamente ditos, para que não ocorram prescrições desnecessárias. O autor também defende a capacitação dos médicos em técnicas psicoterápicas de postura mais pragmática, voltada para tratamentos mais curtos, e que tenham eficácia já comprovada na atenção primária. Nesta vertente, enquadram-se o aconselhamento para resolução de problemas e as técnicas cognitivas – comportamentais para a depressão leve / moderada e para ansiedade.

No nosso meio, as estratégias de intervenção comunitária como a massoterapia e a terapia comunitária têm se mostrado promissoras, especialmente na abordagem de Transtornos Mentais Comuns.

Em um estudo mais recente, Ballester e colaboradores estudaram 41 clínicos gerais, que atuavam na atenção primária em 02 cidades da Região Sul do país, com o intuito de identificar possíveis barreiras no atendimento aos portadores de transtornos mentais (88). Após a condução de grupos focais, análise de conteúdo do material transcrito e revisão da literatura atual, os autores chegaram às seguintes conclusões de cunho educacional:

- Psiquiatras e clínicos gerais nem sempre concordam com os conteúdos que devem ser discutidos nos processos de educação médica continuada.
- Programas de formação centrados exclusivamente no diagnóstico e no uso da medicação podem descaracterizar a atuação do médico na atenção primária, cujo principal objetivo é o de sustentar relacionamentos com pacientes portadores de problemas complexos, com o intuito de facilitar o atendimento e contribuir para com uma maior eficácia no tratamento.
- A formação em saúde mental oferecida nas escolas de medicina tem demonstrado notória limitação. Há, portanto, uma necessidade de que o processo educacional tenha continuidade durante a vida profissional.
- O ensino baseado em problemas, assim como a interação a partir de pequenos grupos, têm se mostrado superiores aos métodos de ensino tradicionais na

aquisição de novas competências em saúde mental. Estas estratégias de ensino mostram – se mais compatíveis às necessidades de aprendizado dos adultos, que são motivadas pela necessidade de superar desafios e resolver problemas de saúde concretos.

- Uma importante ferramenta de educação continuada tem sido a possibilidade do médico generalista trabalhar com o suporte de um especialista, através da atuação do psiquiatra na atenção primária.
- O desafio da educação continuada em saúde mental, para os médicos que atuam na atenção primária, requer métodos que atuem na dimensão afetiva do aprendizado, levando a mudanças de atitude, o que vai muito além da simples aquisição de conhecimentos.

A percepção dos clínicos gerais sobre as suas necessidades de aprendizado em saúde mental foi foco de investigação de dois estudos britânicos. No estudo de Turtun e colaboradores (89), a partir de uma amostra aleatória envolvendo 190 clínicos gerais de 95 áreas sanitárias diferentes no Reino Unido, os médicos afirmaram que suas maiores necessidades de treinamento em saúde mental eram: “ conselho terapêutico” psicodinâmico (25%), técnicas de manejo de estresse (20,8%), técnicas cognitivas (15%), manejo das dependências químicas (13, 3%), como ajudar os doentes mentais crônicos (10%), como e quando prescrever psicofármacos (9,2%) e avaliação de risco de suicídio (7,5%). No estudo de Kerwick (90) foi enviado um questionário com uma proposta de capacitação de 26 temas de saúde mental para 380 clínicos gerais de Londres. Deste total, 62% responderam. Os temas mais requisitados para treinamento foram: as urgências psiquiátricas, as somatizações, o “conselho terapêutico “, os pacientes com problemas afetivos, os problemas psicosexuais e o manejo de estresse. Cada um destes temas foi escolhido por pelo menos 40% dos médicos que responderam ao questionário. Observou – se que as demandas de capacitação destes clínicos estão direcionadas para Transtornos Mentais Comuns (TMC) e para a aquisição de habilidades de manejo com o paciente de cunho predominantemente não farmacológico. Embora estes achados possam servir de referência para a definição de conteúdos de capacitação para os profissionais da atenção primária nos locais onde as pesquisas foram realizadas, é recomendável que estudos semelhantes sejam replicados em outros contextos de formação médica e sanitária, no sentido da correta identificação das necessidades de aprendizagem locais.

Dentro da perspectiva de produzir ferramentas adequadas a diferentes contextos, um detalhado manual de saúde mental dirigido para equipes de atenção primária de países em desenvolvimento foi recentemente publicado por Patel (91). Este manual define diretrizes para o diagnóstico e tratamento de transtornos mentais, bem como para a prevenção e promoção em saúde mental a partir de uma abordagem baseada em categorias de problemas, diferentemente do que ocorre na maioria dos manuais tradicionais, cujo enfoque é centrado no diagnóstico. Segundo Patel, os sistemas de classificação psiquiátrica atuais, muito fragmentados e pouco coerentes com certas manifestações culturais, não se mostram úteis para a maioria dos profissionais de saúde que trabalham neste nível de atenção. O manual, que é ilustrado e apresenta uma série de vinhetas clínicas, é dividido nos seguintes tópicos: introdução aos transtornos mentais, avaliação de alguém com transtorno mental, tratamento dos transtornos mentais, comportamentos que causam preocupação, sintomas sem explicação médica, hábitos que causam problemas, problemas gerados por perda ou violência, problemas de comportamento em crianças e adolescentes, saúde mental em outros contextos, promoção da saúde mental.

De acordo com extensa revisão de experiências europeias conduzida por Tylee (92) e Kerwick (93) há forte evidência de que os programas de formação em saúde mental dirigidos para médicos da atenção primária, devem ser implantados com ativa participação destes profissionais, com enfoque centrado no aluno, a partir de atividades auto-dirigidas e sob supervisão de tutores preparados para esta função. Também há uma evidência crescente de que o local mais adequado para a realização da formação profissional é a unidade de saúde, pois é lá onde ocorrem os problemas cotidianos, de natureza clínica ou não, relacionados ao trabalho em equipe e a organização da assistência em saúde.

No Reino Unido alguns dos programas mais recentes de capacitação estão organizados através de momentos de concentração mediados por facilitadores, quando profissionais de atenção primária (médicos e enfermeiras) desenvolvem projetos compartilhados com membros das equipes de saúde mental (psiquiatras, enfermeiras psiquiátricas e psicólogos). A partir das demandas concretas da assistência, são constituídos planos de cuidados compartilhados, o que acaba produzindo ações criativas junto aos pacientes ao mesmo tempo em que são criados novos canais de comunicação entre as unidades básicas de saúde e os centros comunitários de saúde mental.

Vários autores têm relatado modelos de integração assistencial / educativa em saúde mental no âmbito da atenção primária (94,95), alguns deles voltados para a integração curricular de residentes de psiquiatria e da medicina comunitária (96). Dos diversos modelos propostos, pelo menos 06 variações foram identificadas e podem ser utilizadas em diferentes contextos, dependendo dos objetivos de aprendizagem (97):

- No **modelo de consultoria** o psiquiatra avalia o paciente do médico generalista apenas quando esse identifica um problema e requisita um especialista. A participação do especialista é pontual e limita – se a oferecer uma opinião diagnóstica e de tratamento para um caso já identificado como suspeito. A tendência, neste caso, é de que aqueles médicos com maior habilidade ou interesse recebam maior atenção e oportunidades de aprendizado, enquanto aqueles que mais dificilmente reconhecem ou tratam problemas mentais permaneçam alheios à situação de aprendizado.
- A **estratégia de ligação** está baseada no relacionamento educacional contínuo entre a equipe de saúde e o especialista em saúde mental. Este modelo permite observar as interações da equipe com os pacientes, o que pode ser aproveitado pelo consultor para assinalar à equipe suas dinâmicas de funcionamento. Parece ser um modelo ideal para abordagem de pacientes difíceis para a equipe da atenção primária, que exigem intervenções constantes e diferenciadas.
- O **modelo de ponte** representa um envolvimento mais integral entre o psiquiatra e médicos da atenção primária, onde o psiquiatra é visto como um membro da equipe e está disponível para atividades de ensino formais e informais. Embora haja um maior dispêndio de tempo e recursos do que nos modelos de consultoria e ligação, há vantagens como o reconhecimento e manejo de um espectro mais amplo de problemas e uma maior oportunidade de aprendizado para os médicos generalistas e o psiquiatra.
- No **modelo híbrido**, além do trabalho do psiquiatra, há participação de outros profissionais de saúde mental, como assistentes sociais, psicólogos, enfermeiros e outros. Este modelo tem as vantagens de reduzir custo e de oferecer ampla especificidade de ações, de acordo com as necessidades dos pacientes.
- No **modelo autônomo** o serviço de atenção primária contrata um profissional de saúde mental, geralmente não médico, que não possui vínculo administrativo ou funcional com a instituição. Ele então passa a realizar atividades assistenciais e de



ensino. Este modelo tem se mostrado economicamente viável e se mostrou útil na resolução dos problemas de saúde mais comuns.

- O **modelo de especialização** requer um programa extensivo de ensino em psiquiatria para médicos de atenção primária, realizado ao mesmo tempo ou após a Residência em Cuidados Primários. Embora haja uma tendência de que os médicos optem pela prática de apenas uma destas especialidades ao longo do tempo, existe a vantagem de que se tornem educadores em saúde mental para seus colegas dos serviços básicos.

Estas iniciativas tem se mostrado promissoras na aquisição de novas competências por parte dos médicos da atenção primária, o que deve refletir no cuidado prestado à população, além de contribuir para a diminuição dos estigmas culturais relacionados aos transtornos mentais.

## **5.2. Dirigidas para Profissionais de enfermagem**

A revisão de literatura sobre estratégias educacionais em saúde mental dirigidas para a atenção primária no campo da enfermagem evidenciou uma quantidade muito inferior de publicações, se comparada aos profissionais médicos. Por si só, este achado aponta a necessidade de maiores estudos e publicações sobre o tema, já que a enfermagem na atenção primária tem assumido um papel cada vez maior na assistência aos portadores de transtornos mentais.

Infelizmente, há evidências de deficiência generalizada na formação destes profissionais em saúde mental, que pode ser corrigida a partir de programas de capacitação profissional que incluam estratégias de identificação de necessidades reais de aprendizagem (98).

No Brasil, um número significativo de enfermeiras gerencia unidades básicas de saúde, supervisionam diretamente aos agentes comunitários de saúde, além de serem responsáveis pela assistência aos portadores de transtornos mentais na ausência do profissional médico. Potencialmente as enfermeiras tem um papel importante na abordagem e manejo de Transtornos Mentais Comuns (condições relacionadas ao estresse / estados ansiosos e depressivos menos severos), além de participar do gerenciamento de cuidados dos Transtornos Mentais Maiores (psicoses e demências).

O Reino Unido tem se destacado no registro de experiências práticas e de pesquisa educacional. Há relatos de programas de capacitação bem sucedidos na avaliação e manejo de depressão, na utilização de técnicas de aconselhamento para resolução de

problemas na depressão maior, além do gerenciamento de doenças crônicas em pacientes portadores de transtornos mentais severos e persistentes (99). Segundo os mesmos autores, a administração de antipsicóticos de depósito também tem sido realizada nestes pacientes, mas há necessidade de maior treinamento para aquisição das seguintes habilidades: aplicação das injeções, revisão de sua necessidade, monitorização dos efeitos colaterais e do estado mental do paciente, articulação com o serviço especializado e manejo de situações críticas.

Programas de treinamento em saúde mental têm se mostrado úteis no aumento da confiança e na mudança de atitudes por parte das enfermeiras (100). Também tem sido descritos modelos de trabalho, associados a momentos de capacitação profissional, em que a enfermagem divide a carga de trabalho em saúde mental com os médicos. Em um programa dirigido para pacientes com depressão desenvolvido em Londres, a enfermagem era responsável por: avaliar a gravidade dos casos, encaminhar os casos mais severos para os serviços especializados, encorajar aderência ao tratamento, monitorizar efeitos colaterais dos medicamentos, estimular medidas de auto – ajuda, aconselhar para resolução de problemas e fornecer bibliografia de apoio apropriada ao problema. A introdução destas novas atribuições de enfermagem diminuiu em 60% o número de encaminhamentos deste perfil de pacientes para os serviços especializados, nos 03 anos avaliados (101).

Uma referência bibliográfica de grande importância sobre o tema foi editado por Armstrong (102). Trata – se de um guia prático de saúde mental dirigido para enfermeiras da atenção primária. O livro tem como objetivo explicitar as ferramentas e habilidades necessárias em saúde mental para a enfermagem da atenção primária, considerando os seguintes problemas de saúde: depressão, ansiedade e condições de estresse associadas, intervenção de enfermagem para a depressão / ansiedade e condições de estresse associadas, álcool e outras drogas, transtornos alimentares, transtornos mentais severos, transtornos mentais em idosos, estigma na atenção primária, desenvolvimento de estratégias de equipe, promoção da saúde mental. Devido a sua importância na identificação de necessidades de aprendizado, algumas habilidades clínicas dirigidas para a atuação da enfermagem foram abaixo relacionadas:

1. Conduzir entrevistas adequadamente é tão importante para a enfermagem quanto para o corpo médico. Parte do papel da enfermagem durante a consulta é o de facilitar o acesso à avaliação médica. Portanto, é importante que a enfermeira reconheça os

principais sintomas dos transtornos mentais mais prevalentes, saiba orientar o paciente e referenciá-lo corretamente para o clínico geral ou o psiquiatra

2. Adotar uma postura de escuta ativa, no sentido de buscar compreender o que está acontecendo com o paciente e como seus problemas são vistos por ele e a sua família

3. Utilizar algumas escalas de auxílio diagnóstico<sup>4</sup> poderão ser úteis na identificação de casos suspeitos de: alcoolismo (CAGE), ansiedade e depressão (HADS), demência (MMSE), depressão em idosos (GDS)

4. Promover ações preventivas em saúde mental com as seguintes diretrizes gerais:

- Devem ser direcionadas para populações de risco: Crianças (em situação de pobreza extrema, com comportamento alterado, cujos pais estejam em processo de separação ou sejam dependentes químicos, situações de luto familiar, violência doméstica); Adultos (em processo de separação conjugal, desempregados, em situação de luto, risco de depressão na gestação, violência doméstica); Idosos (em situação de isolamento social, múltiplas patologias, violência doméstica)
- Devem ajudar as pessoas a retomar o controle das suas vidas, sempre em busca da maior autonomia possível
- Devem utilizar a maior gama possível de recursos comunitários para promover uma ampliação do suporte psicossocial (voluntariado, cooperativas de trabalho, amigos, familiares, religiosos, espaços de convivência, etc)

5. Avaliar risco de suicídio em todo paciente com depressão

6. Atender os quadros depressivos leves e moderados, sem perda grave de autonomia, já que podem se beneficiar do atendimento realizado pela enfermagem.

7. Desenvolver ações de saúde mental no tratamento dos casos levando em conta:

- A utilização de Medicamentos: encorajar aderência ao tratamento, monitorizar efeitos colaterais, avaliar resposta ao tratamento, nos casos em que haja necessidade de uso contínuo de medicação psicotrópica, especialmente nos transtornos ansiosos e depressivos
- Intervenções psicológicas: instituir tratamento de apoio (qualquer paciente em sofrimento psíquico intenso), instituir estratégias de terapia cognitivo – comportamental (depressão, ansiedade), instituir aconselhamento para resolução

---

<sup>4</sup> Escalas de auxílio diagnóstico: CAGE (Cut, Annoyed, Guilty, Eye-Opener), HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale), MMSE (Mini – Mental State Examination), GDS (Geriatric Depression Scale).

de problemas (pacientes com grande dificuldade de tomar decisões), encaminhar para aconselhamento especializado ou psicoterapia (pacientes com problemas específicos de natureza inter-pessoal ou familiar severos)

- Medidas de auto – ajuda: encaminhar para grupos de auto – ajuda, estimular ampliação das redes sociais, instruir sobre estratégias alternativas (exercícios físicos, relaxamento / meditação, aromaterapia, biblioterapia, constituição de diário de atividades, etc)

8. Implementar e gerenciar planos de cuidados para pacientes com transtornos mentais severos e persistentes. Para este grupo de pacientes, altamente vulneráveis, o ideal parece ser a estruturação de programas de cuidados compartilhados envolvendo as equipes de atenção primária e as equipes de saúde mental. Nestes casos, o importante é a definição clara das responsabilidades na condução dos casos por parte de cada equipe. Muitas equipes da atenção primária talvez se sintam mais confortáveis em abordar apenas os aspectos de saúde física destes pacientes, mas outras poderão desenvolver ações mais complexas de cuidado, como:

- Identificar pacientes e organizar revisões regulares de sua situação de saúde
- Avaliar de forma abrangente o caso, incluindo aspectos sociais e ambientais, estado mental e físico, uso da medicação
- Avaliar indicação de atendimento especializado
- Educar e aconselhar os pacientes e cuidadores
- Auxiliar no gerenciamento das situações de crise

### **CAPÍTULO III - DESENHO METODOLÓGICO**

Trate-se de um Projeto de Investigação e Desenvolvimento Educacional, de enfoque qualitativo, cujo produto final é uma proposta educativa para médicos e enfermeiros que atuam na atenção primária no município de Sobral, localizado na Região Noroeste do Estado do Ceará, Brasil. O estudo se desenvolveu na cidade de Sobral, tendo como referência as 28 Unidades Básicas de Saúde e as 41 Equipes de Saúde da Família, todos integrados à rede local do SUS (Anexo 3).

O sistema de métodos previstos integrou métodos teóricos, empíricos e procedimentos da estatística descritiva a partir da triangulação de dados. A triangulação, segundo Turato (103) e Minayo (104), pode ser descrito como sendo a utilização de dois ou mais métodos / técnicas para simultânea ou seqüencialmente examinar o mesmo fenômeno com o intuito de melhor validar os achados investigados.

#### **Os métodos teóricos empregados foram:**

- Análise e síntese: foi utilizada para sistematizar as informações obtidas dos documentos produzidas pelos órgãos oficiais de saúde de todos os níveis de assistência. As fontes de dados incluíram Sobral (Secretaria Municipal de Saúde e Escola de Saúde Local), o Estado do Ceará (Secretaria Estadual de Saúde e Escola de Saúde Estadual), a Federação (Ministério da Saúde), Órgãos Internacional (OPAS/OMS), além de uma revisão de literatura sobre atenção primária e saúde mental, com ênfase nos aspectos educacionais, que incluíram o MEDLINE / LILACS e documentos pesquisados durante estágio no Departamento de Atenção Primária e Saúde Mental do Instituto de Psiquiatria de Londres durante o mês de janeiro de 2004 (Anexo 4).

- Análise histórico-lógica: a partir da revisão bibliográfica conduzida e da própria experiência pessoal do autor, que tem sido convidado para participar do debate nacional sobre o assunto estudado nos últimos 04 anos, procurou-se caracterizar a seqüência dos fatos e o contexto sócio-histórico em que as propostas ligadas à saúde mental e atenção primária têm sido implementadas no Brasil e no mundo.
- Indução e dedução: este método auxiliou na formulação dos conteúdos e métodos educativos fundamentais mais adequados à minha proposta de formação em saúde mental para médicos e enfermeiros, a partir da revisão documental e da investigação empírica.

**Os métodos empíricos utilizaram os seguintes instrumentos:**

- Questionário semi-aberto (Anexo 5) dirigido aos médicos e enfermeiros que estavam atuando ou haviam atuado recentemente (até há 02 anos da aplicação do questionário) na ESF do município de Sobral. Do universo de 42 médicos e 71 enfermeiros identificados participaram pelo menos 60% de cada categoria profissional, como se mostra a seguir:

**Tabela 02: Número e percentagem de médicos e enfermeiros que responderam ao questionário**

Respostas	Médicos		Enfermeiros		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Responderam ao Questionário	26	61.9	45	63.4	71	62.8
Não responderam ao Questionário	16	38.1	26	36.6	42	37.2
<b>Total</b>	<b>42</b>	<b>36.6</b>	<b>71</b>	<b>63.4</b>	<b>113</b>	<b>100</b>

**Fonte: Secretaria de Desenvolvimento Social e Saúde de Sobra, 2004**

O grupo de profissionais que respondeu o questionário foi definido pelo método aleatório simples, procurando não deixar de fora profissionais com larga experiência na ESF e na docência. Salientamos que houve interesse de quase todos os profissionais em preencher os questionários, que foram aplicados, na maioria das vezes, pelo próprio autor e por membros da equipe de saúde do município (gerentes de unidade de saúde e membros da equipe de saúde mental) nos meses de agosto, setembro e outubro de 2004.

O aprimoramento do formato do questionário e do nível de compreensão em seu preenchimento se deu pela aplicação previa de um questionário piloto para 08 profissionais da ESF (4 médicos e 4 enfermeiros).

O formato e conteúdo do questionário foram desenvolvidos seguindo as linhas gerais propostas por Turton (89) e Kerwick (90) em 02 estudos, semelhantes ao proposto, realizados no Reino Unido. O questionário era formado por 16 perguntas fechadas e 13 perguntas abertas complementares e foi estruturado em 04 partes, buscando as seguintes informações dos respondentes: a) perfil sócio-demográfico 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.

- Realização de 02 grupos focais mistos compostos por médicos e enfermeiros da ESF de Sobral, selecionados de forma intencional, com o intuito de: a) Identificar os principais problemas percebidos por estes profissionais na abordagem de pacientes com transtornos mentais; b) definir as atribuições de médicos e enfermeiros da atenção primária na abordagem de pacientes com transtornos mentais (Anexo 6).

Os médicos e enfermeiros selecionados foram indicados pelo próprio pesquisador por apresentarem as seguintes características: mostraram – se sensíveis e interessados pela incorporação da saúde mental na atenção básica e já terem realizado ações de saúde mental nas unidades básicas de saúde.

Os 02 grupos foram conduzidos pelo mesmo moderador, no caso o pesquisador, e por um mesmo relator, com experiência neste tipo de dinâmica. Os grupos debateram as questões levantadas pelo pesquisador em 02 encontros de 02 horas cada. Foram utilizadas tarjetas onde inicialmente os participantes escreviam suas opiniões sobre a questão levantada. Posteriormente as tarjetas foram agrupadas por temas e foi aberta a discussão na tentativa de se chegar a uma posição de consenso. Os grupos apresentaram uma composição de membros diversa, como demonstrado a seguir:

**Tabela 03: Perfil dos Participantes do Grupo Focal 1**

Profissionais	Sexo			Tempo na ESF em anos										Média em anos
	Total	Masc	Fem	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Enfermeiros	7	-	7	1	4		1				1			3
Médicos	4	2	2		1		2						1	5
Total	11	2	9	1	5		3				1		1	3,7

**Fonte: Grupos Focais**

**Tabela 04: Perfil dos Participantes do Grupo Focal 2**

Profissionais	Sexo			Tempo na ESF em anos										Média em anos
	Total	Masc	Fem	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Enfermeiros	5	-	5	1	1		2	1						3,2
Médicos	7	5	2		2		2	1			1		1	5
Total	12	5	7	1	3		4	2			1		1	4.2

**Fonte: Grupos Focais**

- Questionário aberto contendo 04 questões (Anexo 7), dirigido a docentes de medicina e enfermagem com larga experiência no ensino de disciplinas de saúde mental no nível de graduação e pós-graduação (Anexo 8).

Os objetivos deste questionário foram de: a) Identificar as principais competências em saúde mental de médicos e enfermeiros para atuarem na atenção primária; b)



Identificar os métodos de ensino – aprendizagem mais adequados para estes profissionais em sua formação em saúde mental. Foram encaminhados 07 questionários, via E-mail, para docentes de 07 instituições de ensino diferentes. Foram encaminhados questionário para 04 das 06 Faculdades de Enfermagem do Estado do Ceará e para 02 das 03 Faculdades de Medicina do Estado do Ceará, além de 01 Faculdade de Medicina do Estado do Rio de Janeiro<sup>5</sup>. A escolha destas instituições deveu-se a reconhecida existência de docentes com larga experiência no tema estudado, além de serem as instituições, com exceção da Faculdade do Estado do Rio de Janeiro, responsável pela formação da maioria dos médicos e enfermeiros que atuavam na ESF do município de Sobral no período em que a pesquisa foi realizada. Responderam 04 enfermeiros e 03 médicos. Dos enfermeiros, 03 eram doutores e 01 especialista, com experiência em docência que variava de 04 à 27 anos. Todos os 03 médicos eram doutores com experiência em docência que variava de 03 à 15 anos.

- Observação de campo não estruturada do pesquisador a partir de experiência pessoal no desenvolvimento das seguintes atividades, nos últimos 04 anos: a) Realiza um trabalho de consultoria, ligação e docência em saúde mental no territórios onde atuam as equipes da ESF de Sobral; b) Ministrou curso de saúde mental para médicos e enfermeiros da atenção básica da Região Noroeste do Estado do Ceará ( inclusive um curso piloto, modular, de 40 horas presenciais, organizado durante a disciplina de Desenho Curricular do Mestrado de Educação Médica); c) É consultor e ministrou 02 cursos de saúde mental de 40 horas para médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais que atuam na atenção básica da Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil – CASSI; d) Co - orientou 02 monografias de Especialização em Saúde da Família com temas relacionados a saúde mental no âmbito da atenção primária, pela Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia ; e) É professor substituto de psiquiatria da Faculdade de Medicina da

---

<sup>5</sup> Instituição com reconhecida tradição no ensino e pesquisa do tema estudado.

Universidade Federal do Ceará em Sobral; f) É responsável pela coordenação técnica do Curso de Especialização em Saúde Mental oferecido pela Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia; g) Foi coordenador da Rede Integral de Saúde Mental de Sobral de novembro de 2000 à novembro de 2004; h) Estagiou por 04 semanas (janeiro de 2004) na Seção de Saúde Mental e Atenção Primária do Instituto de Psiquiatria de Londres sob orientação do Professor Andre Tylee.

É importante enfatizar que o questionário semi – aberto e os grupos focais realizados com os médicos e enfermeiros de Sobral permitiram ao pesquisador recolher dados para o cumprimento do primeiro objetivo da dissertação. Os métodos teóricos, o questionário aberto encaminhado para docentes e a observação de campo do pesquisador contribuíram para o cumprimento do segundo objetivo da tese.

### **Critérios de exclusão**

Foram excluídos da pesquisa todos aqueles que não aceitaram participar livremente da investigação, além dos médicos e enfermeiros que, durante o período da aplicação do questionário e da realização dos grupos focais, estivessem de férias ou de licença médica. Foram identificados 01 médico e 05 enfermeiros nestas condições.

### **Aspectos éticos**

Todos os participantes da investigação foram informados que os dados recolhidos seriam utilizados para a elaboração de uma proposta educativa em saúde mental para médicos e enfermeiros que atuam na atenção primária da saúde, em particular na ESF. Foi garantido segredo em relação a identidade dos participantes e todas as explicações necessárias sobre os objetivos da pesquisa foram fornecidas pelo próprio pesquisador. Uma declaração emitida pelo Comitê Acadêmico do Mestrado em Educação em Ciências

para a Saúde declara que a pesquisa reúne todos os requisitos éticos exigidos pela Escuela Nacional de Salud Publica de Cuba (Anexo 7).

### **Processamento e análise dos resultados**

Os instrumentos utilizados permitiram uma análise dos dados de forma qualitativa e quantitativa. A partir dos resultados obtidos foram elaboradas tabelas que representam uma síntese das informações coletadas, a partir de procedimentos estatísticos descritivos: distribuições absolutas e relativas. As idéias essenciais foram então analisadas, levando-se em conta os objetivos da pesquisa. Os dados do questionário semi – aberto foram processados utilizando – se o programa estatístico EPIINFO – versão 6.04 e a digitação do texto do trabalho foi efetuada pelo Programa Word do Software Windows 2000. As informações colhidas pelos grupos focais e pelas questões abertas foram identificadas e categorizadas por agrupamentos temáticos. Apoio técnico para o processamento e análise dos dados foi fornecido pelo Instituto de Pesquisa vinculado à Universidade Vale do Acaraú / Faculdade de Medicina da UFC.

## CAPÍTULO IV – RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e a discussão dos achados empíricos desta pesquisa serão apresentados abaixo, de acordo com cada instrumento utilizado:

- **Questionário semi-aberto dirigido aos 26 médicos e 45 enfermeiros da ESF do município de Sobral.** Devido a grande quantidade de informações obtidas, apenas os grupos de achados mais relevantes foram apresentados em tabelas, juntamente com seus comentários. As respostas abertas deste questionário também foram incluídas no momento da discussão dos achados da pesquisa.

**Tabela 05 – Perfil dos médicos e enfermeiros de Sobral que responderam ao questionário semi-aberto**

VARIÁVEIS	ENFERMEIROS		MÉDICOS	
	N	%	N	%
<b>Região onde trabalha no município de Sobral</b>				
Sede	31	68,9	15	57,7
Distrito	14	31,1	6	23,0
Não atuavam mais			5	19,3
<b>Tempo de atuação na ESF (incluindo outros municípios)</b>				
Menos de 01 ano	3	6,6	7	26,9
Entre 01 e 03 anos	17	37,8	6	23,1
Entre 04 e 06 anos	17	37,8	7	26,9
Entre 07 e 09 anos	7	15,6	4	15,4
10 anos ou mais	1	2,2	2	7,7
<i>Sexo</i>				
Masculino	3	6,7	14	53,8
Feminino	42	93,3	12	46,2
<i>Idade</i>				
Menos de 25 anos	6	13,3	0	0,0
25  --- 30 anos	14	30,8	12	46,1
31  --- 35 anos	10	22,7	9	34,6
36  --- 40 anos	6	13,3	3	11,5
41  --- 45 anos	6	13,3	1	3,9
Mais de 45 anos	2	4,4	0	0,0
Não informado	1	2,2	1	3,9

**FONTE: Questionário aplicado aos profissionais (Anexo 5)**

Como se observa na Tabela 05, a grande maioria dos médicos (57,7%) e dos enfermeiros (68,9%) pesquisados trabalhava na sede do município. Dos 26 médicos que responderam ao questionário, 05 deles não atuavam mais na ESF durante a coleta dos dados e não responderam a esta questão. A maior proporção de profissionais pesquisados na sede do município estava de acordo com a distribuição das 41 equipes da ESF já que 27 (65,8%) são equipes que trabalhavam na sede do município, enquanto que 14 (34,2%) correspondem a equipes que trabalhavam em distritos rurais. É importante a inclusão de profissionais que trabalhem em áreas urbanas e rurais neste estudo já que podem apresentar necessidades de aprendizado diferenciadas, seja pela diferença do perfil psicossanitário, seja pela forma e recursos distintos com que atendem a sua clientela. A observação de campo em Sobral realizada pelo pesquisador e dados da literatura internacional corroboram a hipótese de que equipes de atenção primária mais distantes dos serviços de atenção secundária tendem a contar menos com auxílio especializado e, por isso, tendem a ser mais resolutivas, já que assumem um grande número de casos de saúde mental para si, referenciado apenas casos muito severos ou de complexo acompanhamento (67).

Em geral, os profissionais pesquisados tinham larga experiência na atuação em atenção primária, o que os tornou uma fonte bastante qualificada de informações, colaborando para a validação dos dados coletados. Entre os enfermeiros, apenas 03 (6,6%) deles atuavam na ESF há menos de 01 ano. Entre os médicos, a proporção de profissionais mostrou-se menos experiente, já que 07 (26,9%) atuavam na ESF há menos de 01 ano. Além disso, 46 (64,8%) dos profissionais pesquisados haviam terminado o curso de graduação há pelo menos 04 anos.

Entre os profissionais médicos, observou – se um equilíbrio na distribuição dos sexos, com um discreto predomínio do sexo masculino 14 (53,8%). Em relação a enfermagem, a população de mulheres constituiu-se na quase totalidade dos pesquisados 42 (93,3%). Estas distribuições estão dentro dos padrões esperados para estas profissões no Brasil, onde há um predomínio nítido do número de enfermeiros do sexo feminino em atividade e um equilíbrio quando nos referimos aos médicos. Há trabalhos mostrando que o sexo pode interferir na escolha de temas para a formação em saúde mental, já que interesses podem estar relacionados às questões de gênero (90). No nosso estudo, estes interesses serão analisados separadamente por categoria profissional e, como a distribuição dos sexos representa a realidade brasileira, estas diferenças não se constituíram em um viés de amostragem.

Quanto à faixa etária dos profissionais, a grande maioria dos médicos situou – se entre os 25 e 35 anos, totalizando 21 (80,7%), o que caracterizou um perfil de profissionais eminentemente jovens. Entre os enfermeiros, a distribuição também mostrou uma concentração nesta faixa etária, total de 24 (53,5%) dos profissionais, mas com a presença expressiva de profissionais nos extremos das idades: 06 (13,6%) abaixo dos 25 anos e 08 (17,8%) acima dos 40 anos.

Em relação à formação profissional observou-se que 50 (70,4%) dos profissionais concluíram o curso de graduação em instituições de ensino do Estado do Ceará, sendo que 38 (91,1%) dos enfermeiros concluíram o curso em uma única instituição, a Universidade Vale do Acaraú (UVA), com sede em Sobral. Este fato pode ser um elemento facilitador, já que o município poderia propor à Instituição Universitária um perfil de formação em saúde mental mais adequado às suas necessidades. Em relação aos médicos, observa-se um padrão de maior dispersão, com grande predomínio da formação médica em instituições do Nordeste do Brasil, região brasileira onde se situa o Estado do Ceará. Apenas 04 (15,3%) dos médicos concluíram sua formação em Estados do Sul e Sudeste do país. Importante salientar que 03 (11,5%) dos profissionais médicos fizeram sua formação em países estrangeiros.

Ainda em relação à formação profissional, 35 (49,3%) dos profissionais de saúde pesquisados haviam concluído algum curso de especialização, sendo 27 (60,0%) enfermeiros e 08 (30,8%) médicos. Deste total, 31 (88,6%) dos profissionais haviam se especializado em saúde da família através do curso oferecido em parceria pela Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia (EFSFVS) e a Universidade Vale do Acaraú (UVA). Não foi possível realizar uma comparação das necessidades de aprendizagem sentidas pelos profissionais que concluíram e pelos que não concluíram a especialização. Entretanto, acredita – se que não deve haver grande diferença entre estes dois grupos, já que os profissionais que concluíram a especialização não haviam recebido capacitação adequada em saúde mental. É importante observar que a incorporação adequada da formação em saúde mental por parte da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia / Universidade Vale do Acaraú no currículo do curso de especialização, deverá promover um impacto positivo na qualificação das ações de saúde mental no município, já que a maioria dos profissionais com formação nesta instituição, especialmente os de enfermagem, acabam trabalhando em Sobral.

Quanto à experiência prévia dos pesquisados em saúde mental, apenas 21 (29,6%) dos profissionais relataram ter participado de curso ou treinamento em saúde mental após a graduação e, dos que responderam positivamente, todos foram realizados em Sobral,

com destaque para os cursos de tabagismo e abordagem do paciente etilista (07 profissionais). A proporção de médicos que participou de curso ou treinamento em saúde mental após a graduação (42,3%), foi maior que a dos enfermeiros (22,2%).

Com relação a terem trabalhado ou estagiado em serviços de saúde mental após a graduação, a grande maioria dos médicos (88,5%) e enfermeiros (86,7%), não participaram deste tipo de atividade. Dos 09 profissionais que responderam positivamente a esta questão, 05 deles estagiaram em serviços de saúde mental da Rede Integral de Saúde Mental de Sobral.

A grande maioria de médicos (92,3%) e dos enfermeiros (93,2%), representando um total de 65 profissionais, relataram já ter participado de atividade de supervisão de psiquiatria realizada na unidade de saúde da família.

Estas informações demonstram a pequena bagagem teórico-prática adquirida pelos médicos e enfermeiros de Sobral durante e após a conclusão do curso de graduação, sugerindo que houve falhas no processo de formação em saúde mental destes profissionais.

O fato de todos os 71 pesquisados terem relatado que gostariam de participar de uma capacitação em saúde mental, última pergunta do questionário, reforça esta possível deficiência na formação profissional na graduação e na pós-graduação.

As informações geradas pelas respostas abertas do questionário, sugerem também que o município de Sobral constituiu-se no primeiro lócus de formação sistematizada em saúde mental para quase todos os médicos e enfermeiros que atuam na atenção primária.

Embora elogiada pelos profissionais de saúde e experimentada por 93,2% dos enfermeiros e por 92,3% dos médicos, a supervisão de psiquiatria<sup>6</sup>, como era realizada no momento da pesquisa, não parece ter suprido todas as necessidades de capacitação percebidas pelos alunos, havendo a necessidade da revisão de sua prática e / ou da inclusão de outras estratégias complementares de formação.

---

<sup>6</sup> A supervisão de psiquiatria ocorria através de um trabalho realizado por uma enfermeira psiquiátrica e pelos 05 psiquiatras da Rede Integral de Saúde Mental de Sobral. Cada psiquiatra e a enfermeira estabelecem um trabalho sistemático de visitas a um determinado número de unidades de saúde da família, geralmente em torno de 05, com as quais passa a ser referência em psiquiatria. Durante as visitas, que geralmente ocorrem em regime mensal, com a duração de 04 horas, é realizada a triagem de casos novos no território e é desenvolvido um trabalho de psiquiatria de consultoria e ligação. Durante estas atividades, ocorrem discussões de casos, consultas compartilhadas, visitas domiciliares e discussões de temas relacionados à saúde mental, de acordo com a demanda das equipes de cada território. Estas atividades são incorporadas na rotina dos profissionais de saúde como atividades assistenciais, mas também apresentam um forte componente de formação permanente, já que estes momentos propiciam o desenvolvimento de competências em saúde mental no próprio local de trabalho do profissional de saúde.

**Tabela 06 – Temas escolhidos pelos médicos e enfermeiros pesquisados para um programa de capacitação em saúde mental para o município de Sobral**

<b>TEMAS DE INTERESSE</b>	<b>N=71</b>	<b>%</b>
Depressão	59	83,1
Ansiedade	58	81,7
Pacientes problema (poliqueixosos)	58	81,7
Problemas de comportamento na adolescência	47	66,2
Problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas	47	66,2
Emergências psiquiátricas	47	66,2
Diagnóstico diferencial das neuroses e psicoses	47	66,2
Problemas de relacionamento intra-familiar	46	64,8
Abordagem do paciente com risco de suicídio	44	62,0
Problemas de comportamento na infância	44	62,0
Promoção de saúde mental	44	62,0
Abordagem das reações vivenciais estressantes	43	60,6
Somatizações	42	59,2
Habilidades de comunicação na relação do paciente com o profissional de saúde	38	53,5
Problemas de comportamento na velhice	37	52,1
Utilização do Manual de Diretrizes Diagnósticas e de Tratamento para transtornos mentais em cuidados primários da OMS	37	52,1
Prescrição e/ou administração de psicotrópicos	35	49,3
Técnicas não farmacológicas individuais de abordagem de problemas psicossociais	35	49,3
Inserção da saúde mental na atenção básica e relação com os CAPS	33	46,5
Problemas de sono	31	43,7
Situações de luto e perda	31	43,7
Problemas psicosexuais	30	42,3
Técnicas grupais de abordagem de problemas psicossociais	30	42,3
Retardo mental	27	38,0
Transtornos psiquiátricos severos e persistentes (transtornos psicóticos de longa evolução)	27	38,0

**FONTE: Questionário aplicado aos profissionais (Anexo 5)**



**Tabela 07 – Temas escolhidos pelos médicos pesquisados para um programa de capacitação em saúde mental para o município de Sobral**

<b>TEMAS DE INTERESSE</b>	<b>N=26</b>	<b>%</b>
Ansiedade	24	92,3
Depressão	23	88,5
Prescrição e/ou administração de psicotrópicos		
Pacientes problema (poliqueixosos)	22	84,6
Diagnóstico diferencial das neuroses e psicoses		
Emergências psiquiátricas	18	69,2
Somatizações	17	65,4
Problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas	16	61,5
Utilização do Manual de Diretrizes Diagnósticas e de Tratamento para transtornos mentais em cuidados primários da OMS		
Abordagem do paciente com risco de suicídio		
Problemas de comportamento na adolescência, na infância e na velhice	14	53,8
Problemas de relacionamento intra-familiar	13	50,0
Promoção de saúde mental		
Abordagem das reações vivenciais estressantes		
Retardo mental		
Problemas psicosexuais		
Técnicas não farmacológicas individuais de abordagem de problemas psicossociais		
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
Transtornos psiquiátricos severos e persistentes (transtornos psicóticos de longa evolução)		
Situações de luto e perda	9	34,6
Técnicas grupais de abordagem de problemas psicossociais		

**FONTE: Questionário aplicado aos médicos (Anexo 5)**

**Tabela 08 – Temas escolhidos pelos enfermeiros pesquisados para um programa de capacitação em saúde mental em Sobral**

<b>TEMAS DE INTERESSE</b>	<b>N=45</b>	<b>%</b>
Depressão		
Pacientes problema (poliqueixosos)	36	80,0
Ansiedade	34	75,6
Problemas de relacionamento intra-familiar		
Problemas de comportamento na adolescência	33	73,3
Problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas		
Promoção de saúde mental	31	68,9
Abordagem das reações vivenciais estressantes		
Problemas de comportamento na infância	30	66,7
Emergências psiquiátricas	29	64,4
Abordagem do paciente com risco de suicídio	28	62,2
Habilidades de comunicação na relação do paciente com o profissional de saúde	27	60,0
Diagnóstico diferencial das neuroses e psicoses		
Somatizações	25	55,6
Problemas de comportamento na velhice	23	51,1
Situações de luto e perda	22	48,9
Utilização do Manual de Diretrizes Diagnósticas e de Tratamento para transtornos mentais em cuidados primários da OMS		
Técnicas não farmacológicas individuais de abordagem de problemas psicossociais		
Técnicas grupais de abordagem de problemas psicossociais		
Problemas de sono		
Inserção da saúde mental na atenção básica e relação com os CAPS	21	46,7
Problemas psicosexuais		
Transtornos psiquiátricos severos e persistentes (transtornos psicóticos de longa evolução)	17	37,8
Retardo mental	14	31,1
Prescrição e/ou administração de psicotrópicos	12	26,7

**FONTE: Questionário aplicado aos enfermeiros (Anexo 5)**

A Tabela 06 nos dá uma idéia das necessidades de aprendizado em saúde mental sentidas por todos os profissionais pesquisados, ou seja, aquelas que o grupo deseja conscientemente satisfazer a partir de um auto – exame (58). Como o número de enfermeiros é maior que o número de médicos, há um peso significativo da opinião dos primeiros em relação aos últimos, havendo uma necessidade da análise destes dados em separado. No entanto, a consolidação dos dados da Tabela 06 é útil na medida em que orienta quanto as preferências do grupo como um todo, facilitando assim, comparações com cada categoria separadamente.

Observa – se que dos três itens mais citados, escolhidos por mais de 80 % dos profissionais de saúde (depressão, ansiedade e pacientes poliqueixos) representam a prevalência típica de serviços de saúde mental no âmbito da atenção primária, como foi

bem discutido na revisão bibliográfica do Capítulo 02. A ansiedade e a depressão constituem – se em patologias psiquiátricas bastante prevalentes na comunidade e estas se apresentam, com freqüência, através de queixas somáticas, havendo uma rotulação destes pacientes como “poliqueixosos”, já que os profissionais não identificam estas pessoas como portadoras de uma patologia psiquiátrica menor. Além disso, é comum que os quadros ansiosos e depressivos se apresentem de forma mista, ou seja, com fortes traços de ansiedade e depressão, o que levou a inclusão do termo Ansiedade e Depressão Mista no CID 10 – AP (47).

Estes achados sugerem que os médicos e enfermeiros, de forma geral, sabem reconhecer os principais problemas de saúde mental presentes na atenção primária e que eles sentem uma necessidade de se prepararem melhor para resolvê – los.

Por outro lado, chama a atenção o fato dos transtornos psicóticos ocuparem, juntamente com o retardo mental, as últimas colocações na preferência de médicos e enfermeiros. 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 esta clientela não é de responsabilidade da atenção primária e, portanto, deve ficar unicamente vinculada aos serviços especializados de saúde mental. Provavelmente, como nos sugerem elementos trazidos pelos grupos focais, há um medo e grande insegurança dos profissionais da atenção primária em atender esta clientela, seja por experiência prévia negativa da formação em psiquiatria no período de graduação, seja pelo mito cultural ainda fortemente presente de que o paciente psicótico é perigoso e só ao psiquiatra cabe a responsabilidade de seu tratamento. Em relação ao retardo mental, é sabido que na grande maioria dos casos não há complicações psiquiátricas severas envolvidas e que medidas neuro - pedagógicas são as corriqueiramente implantadas. Em nosso meio este ainda é um problema freqüente, que pode ser abordado de forma adequada no âmbito da atenção primária, desde que haja adequado aconselhamento aos familiares e estreito contato dos profissionais de saúde com as escolas, no intuito de promover a inclusão escolar e social.

A Tabela 07 explicita as necessidades de aprendizado em saúde mental sentidas pelos médicos pesquisados em Sobral. Ansiedade (92,3%), depressão (88,5%) e pacientes poliqueixosos (84,6%), assim como ocorreu na tabela anterior, mantiveram – se como os problemas de saúde mental de maior interesse. Observa – se também uma estreita ligação entre a seleção de temas e as competências específicas da formação médica tradicional, diagnóstico e tratamento farmacológico, sugerindo que estas

competências não foram adequadamente desenvolvidas durante o curso de graduação. Preocupações com o diagnóstico e o tratamento farmacológico foram escolhidas por mais de 80 % dos profissionais e as emergências psiquiátricas por quase 70% deles. Chama atenção à falta de interesse de parcela significativa dos profissionais na aquisição de competência não farmacológicas, como a abordagem dos problemas intra – familiares (50%), técnicas não farmacológicas individuais (50%) e grupais (34,6%) de abordagem de problemas psicossociais, habilidades de comunicação na relação do paciente com o profissional de saúde (42,3%), abordagem das reações vivenciais estressantes (50%) e problemas de relacionamento intra-familiar (50%), situações estas de grande valia para a prática da medicina familiar, mas raramente exploradas nos cursos médicos.

Percebe – se uma clara valorização dos temas biomédicos em detrimento daqueles de cunho psicossocial o que pode caracterizar deficiência na formação das atribuições biomédicas, assim como falta de interesse em desenvolver competências de base humanista, o que aponta para o desejo de uma formação eminentemente tecnicista por parte dos pesquisados, perfil este pouco útil na atuação profissional quando consideramos a atenção primária à saúde.

A Tabela 08 aponta as necessidades de aprendizado em saúde mental sentidas pelos enfermeiros pesquisados em Sobral. Depressão (80%), pacientes poliqueixosos (80%) e ansiedade (75,6%), seguiram um padrão semelhante ao dos profissionais médicos, sendo os três problemas de saúde mental mais solicitados. Ao contrário dos médicos, temas relacionados ao ciclo de vida, mais vinculados a atuação sobre as famílias e incorporando elementos de promoção à saúde foram considerados pela maioria dos enfermeiros: problemas de relacionamento intra-familiar (73,3%), problemas de comportamento na adolescência (73,3%), problemas de comportamento na infância (66,7%), promoção de saúde mental (68,9%) foram valorizados.

Estes achados parecem indicar uma diferença do perfil dos profissionais de enfermagem, de caráter mais humanista e sintonizado com as necessidades da abordagem familiar, se comparados aos médicos. Os grupos focais também detectaram estas diferenças, validando melhor estes achados.

Por outro lado, chama a atenção o baixo interesse pelas técnicas não farmacológicas individuais e grupais de abordagem de problemas psicossociais (46,7%), já que estes profissionais não podem lançar mão de recursos farmacológicos. Não fica claro se os enfermeiros já dominavam parcialmente estas técnicas ou se não as consideravam úteis para a prática da medicina familiar. As observações de campo do autor, durante as atividades de supervisão de psiquiatria, têm demonstrado que os enfermeiros parecem

dominar melhor os recursos de comunicação com os pacientes e se sentem mais a vontade no desenvolvimento de atividades de grupo, no entanto, a falta de conhecimentos básicos em saúde mental tem dificultado o desenvolvimento de atividades específicas para esta clientela.

Em relação ao tema prescrição e/ou administração de psicotrópicos, que foi o menos citado pelos enfermeiros (26,6%), parece não ter havido uma compreensão clara da importância da atuação da enfermagem neste aspecto. O Grupo Focal 02, que definiu as atribuições específicas de saúde mental para a enfermagem, deixa claro a necessidade de formação neste conteúdo, quando definiu que os enfermeiros deveriam: monitorizar a entrega da medicação psicotrópica, administrar e acompanhar a aderência ao tratamento medicamentoso e também devem monitorizar efeitos colaterais e adversos destas medicações.

**Tabela 09 – Opinião dos médicos e enfermeiros pesquisados quanto ao formato de programas de capacitação em saúde mental para atenção primária em Sobral**

VARIÁVEIS	ENFERMEIRO		MÉDICO	
	N=45	%	N=26	%
<b>Composição das turmas</b>				
Turmas separadas de médicos e enfermeiros	24	53,4	13	50,0
Turmas com a participação de médicos e enfermeiros	20	44,4	11	42,2
Não responderam	1	2,2	2	7,8
<b>Local da atividade de formação</b>				
No território de atuação das equipes de saúde da família	7	15,6	6	23,1
Fora do território de atuação das equipes de saúde da família	3	6,7	0	0,0
Equilibrando atividades dentro e fora do território das equipes de saúde da família	35	77,8	20	76,9
<b>Formato da capacitação de acordo com a duração das atividades</b>				
Curso básico de curta duração	0	0,0	1	3,9
Formação continuada enquanto estiver atuando na ESF	9	20,0	3	11,5
Combinação das duas estratégias anteriores	36	80,0	22	84,6

**FONTE: Questionário aplicado aos profissionais (Anexo 5)**

A Tabela 09 consolida a opinião dos médicos e enfermeiros pesquisados quanto ao formato de programas de capacitação em saúde mental. No que se refere a composição das turmas de capacitação em saúde mental, houve uma divisão bastante equilibrada daqueles que preferiam turmas compostas de médicos e enfermeiros 31 (43,7%), em relação aos que defendiam turmas separadas 37 (52.1%), havendo ligeira vantagem para este último grupo. As proporções das respostas foram semelhantes para médicos e enfermeiros. Três profissionais (4,2%) não responderam a esta questão. Uma análise das justificativas oferecidas pelos profissionais pesquisados pode ser resumida da seguinte maneira. Os que defenderam turmas mistas, de médicos e enfermeiros, alegaram que o trabalho na ESF é interdisciplinar, os profissionais devem estar aptos a reconhecer as atribuições de cada um no atendimento desta clientela e devem “falar uma mesma língua”, o que facilitaria as ações de saúde mental no território. Os que defenderam turmas separadas alegaram que as rotinas e condutas de médicos e enfermeiros são distintas, necessitando de momentos de aprendizado em separado para tratamento destas especificidades. Houve uma polarização nítida entre os profissionais sobre este tema.

Com relação ao local de realização da formação, houve um consenso entre os médicos (76,9%) e enfermeiros (77,8%) de que deveria haver um equilíbrio de atividades educativas oferecidas dentro e fora do território de atuação das equipes de saúde da família. A análise das justificativas oferecidas pelos profissionais pesquisados pode ser resumida da seguinte maneira. É importante que haja adequada articulação das atividades práticas, geralmente desenvolvidas no território, com as atividades teóricas, desenvolvidas em atividades fora das unidades de saúde. As atividades educativas fora do território são avaliadas como positivas e teriam 02 objetivos principais - dar oportunidade aos profissionais de saúde para que possam ter contato com uma diversidade maior de problemas de saúde mental, não restritos à atenção primária, além de promover momentos de trocas de informações e experiências entre profissionais de territórios distintos. Apenas 03 (6,7%) optaram por atividades educativas prioritariamente fora do território. Estes achados parecem indicar que estratégias educativas combinadas, fora e dentro do território, com atividades de articulação teórico - práticas, seriam melhor aceitas pelos profissionais pesquisados.

Quanto ao perfil e duração das atividades educativas, 58 (81,7%) dos profissionais chegaram ao consenso de que a realização de um curso básico de saúde mental, acompanhado de estratégias de formação continuada seria a opção mais desejada.

Apenas 01 (3,9%) dos profissionais pesquisados defendeu um curso básico de curta duração como opção de formação. Segundo os pesquisados um curso básico de saúde mental seria desejável no sentido de promover um nivelamento básico entre os profissionais, serviria para introduzir temas de saúde mental e organizar as demandas teóricas dos alunos. Houve um consenso de que cursos pontuais são insatisfatórios para a incorporação de competências para a transformação da prática em saúde, havendo a necessidade da inclusão de estratégias de formação continuada, de preferência no âmbito do território de atuação profissional. Estes achados parecem indicar que estratégias de educação utilizando – se recursos pedagógicos clássicos, como um curso introdutório, aliado a recursos mais contemporâneos, como a formação a partir de problemas da prática cotidiana, seriam bem aceitos pela maioria dos profissionais pesquisados.

Até o momento da aplicação dos questionários, a única atividade sistemática de formação em saúde mental no município ocorria através das visitas mensais dos psiquiatras às equipes de saúde da família durante a supervisão de psiquiatria. Os achados sugerem que as equipes estariam dispostas a aumentar o tempo disponível com a formação em saúde mental, já que 50 (70,4%) dos profissionais manifestaram o desejo de aumentar a frequência das atividades educativas, se comparados com o tempo gasto até então, de 04 a 08 horas mensais. Uma pequena parcela de profissionais 07 (9,9%), sugeriram manter a atual carga horária e apenas 01 (1,4%) deles sugeriu estabelecer uma carga horária menor que a atual. Os pesquisados defenderam a idéia de que os momentos de aprendizado não deveriam ser muito distantes no tempo, no sentido de se estabelecer uma seqüência que possa ser assimilada sem perda de continuidade, mas, que ao mesmo tempo, pudesse haver uma conciliação com as outras atividades de trabalho e formação em saúde. A experiência prévia do autor na formação destes profissionais sugere que o curso básico poderia ser oferecido quinzenalmente em períodos de 01 dia inteiro por cerca de 02 meses, assim o profissional não seria retirado por muito tempo de seu território de atuação. Supervisões mensais de meio turno (04 horas) são suficientes na maioria das unidades de saúde da família, havendo a necessidade de supervisões quinzenais nas áreas de maior densidade populacional e maior número de equipes de saúde da família (03 equipes ou mais).

Quanto à preferência dos médicos e enfermeiros pesquisados em relação ao dia da semana e turnos mais adequados às atividades educativas, o questionário permitia a escolha de até 03 opções, no sentido de promover um maior número de alternativas possíveis. Os turnos da tarde foram os mais requisitados, representando as 04 opções mais selecionadas, seguidos pelo turno da noite, que representou a quinta, sexta, oitava e

nona posições. O turno da manhã obteve um número pequeno de solicitações. Em relação ao dias da semana, todos obtiveram alguma representatividade, havendo uma destaque para o dia de quinta – feira (32,4%). O horário de segunda feira de manhã foi o único não selecionado pelos profissionais pesquisados. Sábado, como alternativa aos dias de semana, não foi muito valorizado, apenas 09 profissionais (12,7%) escolheram esta opção. A experiência de campo do autor aponta o turno da manhã, especialmente na segunda – feira, como problemático para o desenvolvimento das atividades educativas, já que a maior demanda de assistência à saúde em Sobral ocorre neste turno.

Para que as atividades de formação sejam factíveis é importante que elas se adequem à organização de trabalho da atenção primária. Junto ao grupo pesquisado, houve uma indicação de que o turno da tarde nos dias de terça, quarta e quinta feira possam ser os horários mais adequados para as atividades educativas em saúde mental. Embora os profissionais de Sobral não trabalhem no horário de sexta feira à tarde, este turno mostrou – se uma alternativa possível, já que tradicionalmente este era um horário dedicado à formação profissional. Além disso, foi selecionado por 25,4% dos pesquisados.



**Tabela 10 – Opinião dos médicos e enfermeiros pesquisados quanto às estratégias pedagógicas voltadas para a capacitação em saúde mental em Sobral**

VARIÁVEIS	ENFERMEIRO		MÉDICO	
	N=45	%	N=26	%
<b>Aulas teóricas presenciais</b>				
Pouco útil	0	0,0	2	7,8
Útil	23	51,1	8	30,8
Muito útil	22	48,9	16	61,4
Não responderam	0	0,0	0	0,0
<b>Curso por internet</b>				
Pouco útil	25	55,5	14	53,8
Útil	16	35,6	7	26,9
Muito útil	3	6,7	3	11,5
Não sei responder	1	2,2	2	7,8
<b>Discussão dos casos clínicos em pequenos grupos</b>				
Pouco útil	0	0,0	0	0,0
Útil	12	26,7	9	34,6
Muito útil	33	73,3	17	65,4
Não sei responder	0	0,0	0	0,0
<b>Supervisão da equipe de saúde da família em seu território de atuação</b>				
Pouco útil	1	2,2	1	3,8
Útil	14	31,1	8	30,8
Muito útil	30	66,7	17	65,4
Não sei responder	0	0,0	0	0,0
<b>Utilização de vídeos com orientações em saúde mental ou apresentação de casos</b>				
Pouco útil	0	0,0	1	3,8
Útil	14	31,1	3	11,6
Muito útil	31	68,9	22	84,6
Não sei responder	0	0,0	0	0,0
<b>Simulação de entrevista psiquiátrica com atores</b>				
Pouco útil	5	11,2	8	30,8
Útil	20	44,4	10	38,4
Muito útil	19	42,2	6	23,0
Não sei responder	1	2,2	2	7,8

**NOTA:** A forma de organização de ensino de “discussão de temas de saúde mental em pequenos grupos” não foi incluída na tabela, embora 97,2 % dos médicos e enfermeiros tenham achado esta estratégia útil ou muito útil

**FONTE:** Questionário aplicado aos profissionais (Anexo 5)

No Capítulo 02 foi conduzida uma revisão da literatura sobre estratégias pedagógicas na capacitação de médicos e enfermeiros em saúde mental.

Na Tabela 10, foram consolidadas as informações fornecidas pelos médicos e enfermeiros pesquisados quanto a este tema. Foram incluídas estratégias já testadas em Sobral (aulas teóricas presenciais, estágio ou visita aos serviços de saúde mental, utilização de vídeo com apresentação de casos clínicos, discussão de casos e temas de saúde mental em pequenos grupos, supervisão de psiquiatria) e estratégias já testadas em outros programas de formação (cursos à distância por Internet, simulação de entrevista psiquiátrica com atores). O autor procurou avaliar indiretamente as atividades já implantadas, e avaliar a opinião dos profissionais em relação a estratégias sem tradição em nosso meio, com o objetivo de avaliar a receptividade dos pesquisados a elas.

Com relação às estratégias pedagógicas já utilizadas no município observou - se uma proximidade grande de respostas entre médicos e enfermeiros, que acharam úteis ou muito úteis as seguintes: aulas teóricas presenciais (médicos – 92,2% e enfermeiros – 100%), discussão de casos de saúde mental em pequenos grupos (médicos e enfermeiros – 100%), discussão de temas de saúde mental em pequenos grupos (médicos e enfermeiros – 97,2%), supervisão de psiquiatria (médicos – 95,1% e enfermeiros – 97,6%), utilização de vídeo com apresentação de casos clínicos (médicos – 96,2% e enfermeiros – 100%), estágio ou visita aos serviços de saúde mental (médicos e enfermeiros – 86,9%).

Com relação às estratégias pedagógicas ainda não testadas no município, médicos e enfermeiros opinaram de forma menos homogênea. Achou útil ou muito útil a simulação de entrevista psiquiátrica com atores (médicos – 61,4% e enfermeiros – 86,6%) e pouco útil (médicos – 30,8% e enfermeiros – 11,2%). Em relação ao curso à distância por Internet, a maioria achou pouco útil (médicos – 53,8% e enfermeiros – 55,5%) e achou útil ou muito útil (médicos – 38,4% e enfermeiros – 42,3%). As respostas indicam que os profissionais pesquisados fazem uma boa avaliação e estão abertos para as atividades já testadas no município, mas há alguma reserva em relação as novas estratégias propostas, especialmente em relação ao curso a distância pela Internet, única variável que obteve maioria de desaprovação. Este achado pode estar relacionado com a falta de acesso ou a dificuldade dos pesquisados em utilizar recursos de informática no município.

- **Grupos Focais compostos por médicos e enfermeiros da ESF de Sobral (Anexo 6).**

Abaixo será apresentada uma síntese dos consensos construídos nos grupos focais juntamente com a análise dos resultados efetuada pelo autor:

### **Grupo Focal 1**

Os temas abordados pelo grupo disseram respeito aos problemas de saúde mental de maneira geral, sem privilegiar determinada patologia.

Segundo os participantes deste grupo há grande dificuldade de engajar os familiares no tratamento dos portadores de transtornos mentais. Há, portanto, necessidade de que a família seja mais bem assistida. O acompanhamento familiar é uma função da ESF, mas os profissionais deste nível de atenção devem ser mais bem capacitados para orientar e manejar as famílias que possuem portadores de transtornos mentais. Uma das sugestões de abordagem familiar foi a da criação de grupos terapêuticos / educativos para as famílias nas unidades de saúde. Em algumas circunstâncias, o próprio paciente não acata as orientações do profissional de saúde da família, especialmente no que diz respeito às estratégias não farmacológicas de tratamento, ex.: terapia comunitária e massoterapia. Passa a impressão de que os pacientes não acreditam nestas estratégias enquanto recursos para o tratamento.

A comunidade também deve ser foco de atuação das equipes da ESF no que diz respeito à saúde mental, já que os tabus e preconceitos da sociedade em relação aos transtornos psiquiátricos são grandes. Observa-se que os próprios profissionais de saúde são “contaminados” com esta lógica e isto repercute de forma negativa, gerando uma resistência do profissional de saúde no atendimento deste tipo de clientela. Neste sentido, a sensibilização dos profissionais de saúde através de técnicas vivências e a inclusão de temas ligados à promoção de saúde, devem ser incorporadas aos processos de formação.

Os profissionais identificaram que as demandas em saúde mental são frequentes e defenderam que estas demandas sejam adequadamente acolhidas na unidade de saúde, no entanto, alegaram que os problemas de saúde mental não são priorizados devido aos seguintes fatores:

- o número de famílias em relação ao número de profissionais de saúde em cada área é geralmente maior do que o que a norma estabelece, gerando sobrecarga de trabalho e dificultando a organização da assistência em saúde;

- a grande demanda de atendimento nas unidades básicas de saúde dificulta a priorização dos casos de saúde mental o que acarreta em pouco tempo disponível no momento das consultas para abordagem de problemas psicossociais;
- existem grupos populacionais de ação prioritária na atenção primária, definidos pela normas que regem a ESF(NOAS)<sup>7</sup>, e estas não incluem ações de saúde mental;
- em algumas unidades de saúde, as instalações físicas não oferecem condições de privacidade adequadas para se discutir temas de saúde mental;
- Avaliaram que a demora no fornecimento de medicação psicotrópica pela Central Farmacêutica do município deixa os usuários sem medicação por alguns dias o que pode comprometer o tratamento.

Os profissionais identificaram acima problemas de natureza gerencial, política e de estrutura do trabalho como entraves no processo de melhor atender a população portadora de sofrimento psíquico, o que extrapola as ações de cunho estritamente educativo. Embora medidas administrativas que qualifiquem melhor a assistência a saúde devam ser defendidas, estes elementos indicam que o domínio de técnicas de abordagem grupal e de intervenções breves em saúde mental de comprovada eficácia, além do diagnóstico e melhor aproveitamento dos recursos de suporte psicossociais que a comunidade pode oferecer devem ser temas presentes no processo de formação em saúde mental.

Os profissionais admitiram haver um grande despreparo das equipes da ESF no atendimento de demandas de saúde mental. Os profissionais observam que a formação que tiveram na graduação foi insuficiente, de cunho eminentemente hospitalar e curativo. Em alguns casos, a formação se deu de forma bastante negativa, reforçando preconceitos e tabus em relação ao atendimento psiquiátrico, o que criou barreiras para uma maior disponibilidade do profissional em atuar em saúde mental. 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.

Ressaltaram a importância dos agentes comunitários de saúde na equipe e defenderam capacitação também para este grupo de profissionais, que segundo o grupo, também não estão adequadamente habilitados em saúde mental. As considerações deste grupo focal explicitaram a deficiência e a inadequação da formação em saúde mental no nível de graduação e a necessidade de incluir alguns temas, considerados essenciais, no

---

<sup>7</sup> NOAS: Norma Operacional Básica da Assistência à Saúde, editada pelo Ministério da Saúde, em janeiro de 2001. Define como áreas prioritárias da atenção primária à saúde: saúde da criança, saúde da mulher, controle da hipertensão, controle do diabetes mellitus, controle da tuberculose, eliminação da hanseníase, ações de saúde bucal.

processo de formação. Chama a atenção os seguintes temas: condução de grupos (ex. queixas difusas), habilidades de comunicação e promoção de saúde mental, que não haviam sido muito citados no questionário respondido pelos pesquisados, e que se mostram de grande importância na atenção à saúde em geral e em especial na atenção primária, já que as intervenções coletivas são fortemente incentivadas. Quanto a capacitação dos agentes comunitários de saúde, experiências recentes têm demonstrado que oficinas de curta duração aliadas a um processo de acompanhamento sistematizado, têm se mostrado úteis na qualificação em saúde mental destes profissionais (105). Os agentes, que são pessoas oriundas da própria comunidade, onde também trabalham, constituem – se no elo entre o saber popular e o discurso da ciência, já que também fazem parte da equipe de saúde. São pessoas geralmente atentas para as demandas psicossociais, às vezes até de forma mais sensível que os médicos e enfermeiros, mas que também necessitam de desconstruir mitos sobre o adoecimento mental, por exemplo, o da periculosidade intrínseca da loucura. Além do mais, a prática de supervisão nas unidades básicas de saúde tem apontado para uma demanda reprimida de formação em saúde mental também para esta categoria profissional. Como os médicos e, principalmente os enfermeiros, trabalham e supervisionam diretamente as ações dos agentes comunitários de saúde, parece útil a inclusão de orientações pedagógicas que orientem os médicos e enfermeiros a transmitirem conhecimentos e habilidades, em profundidade adequada, aos agentes comunitários de saúde.

O grupo avaliou que a incorporação de ações de saúde mental na ESF é algo muito novo, em fase de implantação, que trata-se de uma demanda nova e emergente. Há uma carência de protocolos, rotinas e diretrizes de psiquiatria que possam ser utilizadas na atenção básica. Os sistemas de informação na atenção básica não contemplam os atendimentos de saúde mental, o que deixa à margem o registro destes procedimentos nas unidades básicas de saúde. 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, por exemplo: CID 10 – AP, Mini Exame do Estado Mental e o CAGE. A observação de campo e revisão da literatura efetuada pelo autor, tem apontado que embora aja um grande número de instrumentos padronizados de identificação diagnóstica que possam ser utilizados na atenção primária, na prática, estes instrumentos não se mostraram mais valiosos que a entrevista clínica adequadamente conduzida, que inclui boa capacidade de comunicação e investigação da biografia e vida emocional do paciente (106-108). Além do mais, a necessidade de se utilizar uma escala de triagem

diagnóstica para cada enfermidade mental poderia inviabilizar a sua utilização, já que o profissional da atenção primária geralmente atende uma demanda significativa de pacientes, com pouco tempo para cada atendimento. Outro aspecto a ser considerado na utilização padronizada de um grande número de escalas diagnósticas diz respeito à geração de graves distorções do atendimento da clientela assistida na direção de uma objetivação artificial de problemas emocionais dos pacientes. Esta postura poderia contribuir ainda mais para a desconsideração das questões subjetivas relacionadas ao processo saúde – doença.

Os profissionais chegaram a conclusão de que 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. Muitas vezes, esta escuta não se consegue em uma única consulta, havendo a necessidade de reagendamentos, o que ocupa um tempo já exíguo dos profissionais da ESF. Neste sentido, há uma necessidade de se adotar uma postura mais holística no atendimento da clientela, inclusive para melhor atender os pacientes com doenças orgânicas que possuem problemas emocionais. Não é positivo compartimentalizar o atendimento dos pacientes a partir da rotulação de doença mental e doença física. Há necessidade de se romper a dicotomia mente / corpo. Desta forma poderia haver um atendimento melhor dos pacientes com doenças crônicas, como, por exemplo: hipertensos e diabéticos.

O grupo considerou que os Serviços de Saúde mental têm acolhido e dado encaminhamento aos casos de transtornos mentais no município, mas que há uma carência de profissionais de saúde mental, especialmente psicoterapeutas. Estes, por sua vez, deveriam estar aptos a atuar também na comunidade. Além disto, nem sempre a contra-referência especializada chega até o profissional da ESF. Isto provavelmente se deve a falta de retorno das informações por parte dos psiquiatras ou dos familiares.

Os profissionais avaliaram como positiva a atividade de supervisão da psiquiatria nas unidades básicas de saúde. Embora recente, observaram que a triagem de saúde mental realizada no próprio território da ESF, com o auxílio do supervisor, é um momento importante para o aprendizado. No entanto, o grupo avalia como insuficiente apenas esta estratégia como meio de capacitar e dar suporte em saúde mental para as equipes de saúde da família.

Houve a sugestão de que fossem inseridas outras categorias de profissional na atenção básica para que os atendimentos pudessem ser multiprofissionais e, assim, mais resolutivos. Há preocupação dos médicos e enfermeiros com a carência de profissionais de saúde mental no município em parte expressa a alta prevalência de demandas

psicossociais nas unidades de saúde, mas também parece haver uma dificuldade destes profissionais em assumir que boa parte desta demanda que é de responsabilidade da própria unidade de saúde, já que ela é constituída, na sua maioria, por Transtornos Mentais Menores (TMM).

Embora o grupo tenha uma postura positiva da inclusão de ações de saúde mental na atenção primária, que se expressa pela necessidade de uma melhor integração entre os aspectos psíquicos e biológicos do adoecimento humano, as dificuldades encontradas na organização dos serviços, caracterizados por alta demanda psicossocial, aliadas a uma formação prévia deficiente em saúde mental, especialmente nas abordagens terapêuticas não farmacológicas, parece conduzir estes profissionais para uma atitude de transferir os problemas de saúde mental de seu território para o técnico de saúde mental e serviços do nível secundário de saúde. Neste sentido, a implantação de uma proposta educativa deverá contar com o desenvolvimento de conhecimentos e habilidades em intervenções de cunho psicoterápico individuais e coletivas adequados à atenção primária, além do reconhecimento e utilização, por parte da equipe de saúde, de recursos de fortalecimento da rede social alternativos às práticas tradicionais – consulta individualizada e prescrição de medicamentos. Estas práticas devem incluir recursos sabidamente eficazes, de fácil assimilação pelo profissional de saúde, além de englobar recursos de natureza comunitária, originário dos próprios territórios de atuação das unidades de saúde, como sugere Fortes (29).

Estas necessidades de formação foram identificadas de forma adequada pelos pesquisados no Grupo Focal 02, cujos resultados são descritos abaixo.

## **Grupo Focal 2**

Com relação a formação, o grupo identificou uma diferença na formação de médicos e enfermeiros que interfere na forma do atendimento a pessoas com problemas emocionais. Em geral a formação médica prepara o profissional para dar respostas mais imediatas às demandas dos pacientes, quase sempre através da prescrição medicamentosa. Geralmente ele não está preparado para utilizar recursos não farmacológicos, como, por exemplo, uma atitude de escuta diferenciada ou a elaboração de um plano de cuidados. Esta atitude gera, na população, a concepção de que o tratamento médico se resume à prescrição medicamentosa. Já a formação da enfermagem facilita uma postura de escuta do paciente e, pelas próprias limitações da ação de prescrever medicamentos, desenvolve outros recursos de abordagem dos problemas de saúde. O grupo concorda que a postura do profissional médico, vinculado à

imagem do prescritor de medicamentos não é modelo desejável para atuação na ESF. Contudo, a mudança geralmente ocorre com o tempo e a partir da prática do profissional, que identifica grupos de pacientes que não se contentam com uma prescrição médica, que voltam à unidade básica de saúde diversas vezes para serem escutados.

Nesta mesma linha de raciocínio, um outro aspecto importante identificado pelo grupo diz respeito à “mudança de paradigma” que os pacientes com transtornos emocionais provocam nos profissionais médicos. Por suas peculiaridades, eles exigem que os profissionais de saúde adquiram novos conhecimentos, habilidades e atitudes, no caminho de uma abordagem mais holística sobre o caso. O espaço da consulta se torna muito limitado e há necessidade de se utilizar novos espaços e ferramentas de atenção à saúde, como, por exemplo: terapia comunitária, massoterapia, alcoólatras anônimos (AA), grupos de auto - ajuda para familiares de dependentes químicos (NARANON), grupo de caminhadas, grupo de mulheres poliquixosas, dentre outros.

**1. Atribuições de saúde mental definidas para médicos e enfermeiros da ESF:**

Realizar ações preventivas e promotoras da saúde mental no âmbito individual, familiar e comunitário; Realizar ações de integração de pacientes com transtornos mentais junto a comunidade; Elaborar plano de cuidados; Supervisionar projeto terapêutico; Realizar acolhimento na unidade básica de saúde; Realizar agendamento de consultas na unidade básica de saúde; Realizar visita domiciliar; Realizar avaliação e abordagem sócio-familiar; Identificar e triar casos suspeitos de transtornos mentais; Realizar busca ativa de casos; Realizar consultas de acompanhamento; Sensibilizar e capacitar os outros membros da equipe da ESF (auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde) em saúde mental; Formar e conduzir grupos de pacientes com transtornos psiquiátricos comuns e grupos de convivência; Avaliar risco de auto-extermínio; Encaminhar casos para serviço especializado ou recursos de apoio psicossocial na comunidade

**2. Atribuições de saúde mental definidas para os médicos da ESF:** Diagnosticar transtornos mentais; Indicar e prescrever medicamentos psicotrópicos; Definir alta do tratamento medicamentoso; Solicitar exames complementares; Triar casos suspeitos de transtornos psiquiátricos maiores (psicoses / quadros orgão - cerebrais / abstinência alcoólica / depressão grave); Encaminhar transtornos psiquiátricos maiores para avaliação psiquiátrica



3. **Atribuições de saúde mental definidas para os enfermeiros da ESF:** Prescrever cuidados de enfermagem; Realizar acompanhamento domiciliar sistematizado; Realizar diagnóstico da situação familiar e programar intervenções psicossociais no âmbito da família; Monitorizar a entrega da medicação psicotrópica; Administrar e acompanhar a aderência ao tratamento medicamentoso; Monitorizar efeitos colaterais e adversos da medicação psicotrópica; Supervisionar os Agentes Comunitários de Saúde no acompanhamento de casos de transtorno mental; Encaminhar casos de transtorno mental para avaliação médica.

Fica claro, no Grupo 02, que os profissionais pesquisados alegaram haver uma diferença na formação básica do médico e do enfermeiro e que esta diferença na formação deve ser diminuída, através do desenvolvimento de competências comuns em saúde mental que mostram – se mais adequadas para atuação na atenção primária. Observa – se que as atribuições comuns, de caráter complementar, superam as específicas, que estão relacionadas às competências próprias de cada profissão, e que estas e aquelas, estão sintonizadas com as preconizadas pelo Ministério da Saúde, como apontam os Quadros 02 e 03 do Capítulo 02. Estes achados pesam para a constituição de turmas de formação mistas em saúde mental, ao contrário da opinião dividida obtida com a aplicação do questionário semi-aberto. As turmas mistas, além de promoverem maior integração de ações entre os médicos e enfermeiros, explicitando os papéis comuns e específicos de cada um, em geral complementares, também racionaliza o processo gerencial educativo na medida em que compartilham os facilitadores, os meios de aprendizagem e os espaços educativos.

- **Questionário aberto dirigido a docentes de Escolas de medicina e enfermagem (Anexo 7).** Os achados referentes aos médicos e enfermeiros foram sintetizados e analisados conjuntamente a partir das questões formuladas:

#### **1. Opinião sobre a qualidade da formação do médico e do enfermeiro em saúde mental nas escolas de medicina e enfermagem (questão 03):**

Os pesquisados concordam que 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 descritos no Quadro 04 do Capítulo 02, e não às concepções de saúde preconizadas pelo modelo da ESF e das diretrizes mais contemporâneas da formação médica, voltados para a formação de um médico generalista que possa atuar de forma resolutiva no âmbito da atenção primária. Neste

sentido, a formação médica é predominante reducionista e tecnicista, ou seja, voltado para a formação do especialista; de atuação hospitalar, com predomínio da formação prática com perfil epidemiológico diferente daquele encontrado na atenção primária; sem um referencial que estabeleça uma melhor articulação da mente com o corpo; de precária formação humanista; centrado no modelo da doença; a partir da individualização dos problemas de saúde; com grande dificuldade de trabalhar em equipe interdisciplinar e sem um bom conhecimento do SUS. Esta formação dificulta a atuação do médico na atenção primária e na saúde mental, já que as competências relativas ao reconhecimento e manejo das questões subjetivas no processo do adoecimento humano: formação de vínculo, a capacidade de interação intersubjetiva e o trabalho interdisciplinar na comunidade não foram contempladas. O pesquisado de número 03 reconhece, entretanto, que na formação do médico em Sobral, há um esforço de uma melhor adequação da formação em direção aos problemas mais prevalentes da comunidade.

Em relação à enfermagem dois dos pesquisados apresentaram opinião semelhante relativo à formação médica, quando comparado à formação do enfermeiro. Os outros dois pesquisados, embora não tenham explicitado opinião clara a respeito, observaram que: não há uma definição clara, por parte do SUS, de como deveria ser a atuação do enfermeiro em saúde mental; no contexto da graduação as instituições de ensino devem se preocupar com a formação geral do enfermeiro, deixando para a pós-graduação, em regime de educação continuada, a formação em áreas específicas; ainda há um preconceito em relação à saúde mental o que descaracteriza sua importância enquanto área de formação; deveria haver maior ênfase nas atividades preventivas e de promoção da saúde na formação do profissional de enfermagem.

## **2. Definição das ações de saúde mental de responsabilidade dos médicos e enfermeiros na atenção primária (questão 01):**

Além das competências para diagnosticar precocemente e tratar farmacologicamente os portadores de transtornos mentais, encaminhando os de maior complexidade para o nível especializado, os médicos da atenção primária deveriam se responsabilizar integralmente pelas patologias mais prevalentes do seu nível de atenção, aquelas já identificadas de forma clara pela literatura, os Transtornos Mentais Comuns ou Menores, e discutidas no capítulo 02, além de participar, de forma complementar, do cuidado de pacientes mais severos, incluindo aqui os casos de psicoses e seus familiares, após prévia avaliação do serviço especializado. Ações voltadas para intervenções na comunidade, voltadas para a promoção de saúde mental a partir de estratégias grupais

também deverão ser estimuladas. Como exemplo dessas ações, os pesquisados destacaram: atividades associadas à saúde mental comunitária, voltadas para dinâmicas que tematizem auto-estima, identidade, sofrimento psíquico, grupalidade, cidadania, qualidade de vida, prevenção de dependência química lícita e ilícita, violência, atividades como oficinas de artesanato, grupos de mulheres e caminhadas.

Houve um consenso de que a atuação dos enfermeiros em saúde mental na atenção primária deve ocorrer através da implantação de ações preventivas e de promoção da saúde. Além disso, suas ações devem abordar desde grupos específicos até o atendimento individual realizado tendo como base o processo de enfermagem e o relacionamento terapêutico. Deverá prestar cuidados básicos à transtornos mentais já instalados que tenham alguma resolubilidade na rede básica como: alguns casos de dependência química, pacientes psicóticos estabilizados, ansiedade, uso de benzodiazepínicos, respostas emocionais exacerbadas relacionadas a perdas e ao adoecer. Deve orientar à clientela sobre: tipos de sofrimento psíquico, rede social de apoio, controle de determinantes do processo saúde/doença mental. No geral, o enfermeiro da Estratégia de Saúde da Família deve ser capaz de desenvolver um olhar que contemple os aspectos relacionados à saúde mental em todas as suas ações cotidianas. O enfermeiro também deverá ser responsável pela formação e supervisão da equipe de enfermagem (auxiliares e técnicos de enfermagem), bem como os agentes comunitários de saúde para prestarem cuidados em saúde mental. Deverá construir juntamente com a equipe um diagnóstico / avaliação da comunidade voltado para os agravos da saúde mental e, por fim, deverá organizar e implementar ações de saúde mental e de suporte para própria equipe.

### **3. Definição das competências em saúde mental necessárias aos médicos e enfermeiros na atenção primária (questão 02):**

Em relação aos **médicos**, as competências definidas pelos pesquisados foram:

Conhecimentos: 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 Psiquiátrica; diferenciar sofrimento psicossocial de transtorno mental; definir e descrever os transtornos mentais comuns e os transtornos mentais maiores; analisar a relação terapêutica e identificar os próprios sentimentos frente ao paciente (contratransferência); dominar noções básicas de psicofarmacologia:

conhecer os principais grupos terapêuticos, da farmácia básica, fluoxetina e mais um ISRS, risperidona e haloperidol decanoato; noções básicas de psicoterapia de apoio e suporte – a escuta enquanto instrumento terapêutico e a noção de resiliência; noções básicas de psicopatologia; noções básicas de técnicas de trabalho com grupos: grupos de suporte, grupos operativos e educação para saúde; noções básicas de capacitação pedagógica e comunicação em saúde; noções básicas de funcionamento e abordagem familiar - saber entender os eixos horizontais e verticais e o genograma.

Habilidades: Realizar uma entrevista clínica demonstrando habilidades de comunicação, com abordagem dos aspectos psicossociais do adoecer; desenvolver capacidade de escuta e empatia; realizar exame psíquico; coordenar um grupo de apoio; entrevistar e abordar uma família e elaborar um genograma; realizar comunicação efetiva com sua equipe quanto a casos de saúde mental; diagnosticar transtornos mentais maiores e menores; realizar triagem de casos com perfil para atenção primária, secundária e terciária; conduzir grupos; prescrever psicofármacos; realizar atividades de promoção à saúde mental.

Em relação aos **enfermeiros**, as competências definidas pelos pesquisados foram:

Conhecimentos: Compreender as diretrizes do SUS e da estrutura e da dinâmica social na sociedade capitalista a partir da organização da vida social no território / município; conceituar e descrever as políticas nacionais de saúde mental, a história da assistência à saúde mental, a saúde mental no processo saúde – doença; descrever os perfis epidemiológicos em saúde mental; compreender o conceito de relacionamento terapêutico e abordagem familiar; dominar noções básicas de: psicopatologia, psicofarmacologia e abordagens dos processos grupais.

Habilidades: Relacionar – se com o cliente utilizando a comunicação e as técnicas do relacionamento terapêutico; realizar exame do estado mental e atividades terapêuticas grupais; elaborar o plano de cuidado para o cliente utilizando o diagnóstico de enfermagem; prestar assistência de enfermagem ao cliente com transtornos mentais, família e comunidade; executar ações de promoção à saúde junto a clientela, família e comunidade utilizando os recursos que a comunidade dispõe (espaços de lazer, de socialização, de capacitação e de assistência); atuar interdisciplinarmente; abordar situações de crise.

#### **4. Identificação dos recursos educacionais para a formação do médico e do enfermeiro na atenção primária (questão 04):**

Segundo os pesquisados, que apresentaram sugestões de recursos educacionais complementares, o aprendizado deve ser desenvolvido em unidades ambulatoriais de nível primário, de preferência nas próprias unidades de saúde da ESF e nas comunidades onde as equipes atuam. A metodologia de ensino empregada deve ter como base pedagógica a problematização, com atividades vinculadas à prática com que irão se defrontar na sua realidade profissional. Como recursos do processo de ensino – aprendizagem foram sugeridas a utilização de dramatizações, vídeos, discussões em pequenos grupos, discussões de casos clínicos e elaboração conceitual a partir de aulas dialogadas e seminários. Deve haver um misto de conteúdos teóricos e atividades práticas, que devem ser oferecidos de forma continuada. Uma atividade importante na formação é a da presença de preceptores de saúde mental / psiquiatria que realizam as supervisões do trabalho em saúde mental das equipes de saúde da família nas unidades de saúde. Sugeriu – se também a reformulação dos currículos dos cursos de medicina no sentido de maior valorização da subjetividade, da interdisciplinaridade e do uso respeitoso dos saberes populares, além da inclusão de módulos de saúde mental nas Residências Multiprofissionais em Saúde da Família e da criação de Residências Multiprofissionais em Saúde Mental.

Em relação ao local de aprendizagem, dois pesquisados deram ênfase às unidades de saúde da ESF e a comunidade enquanto espaços privilegiados de formação em enfermagem. Os outros dois também apontaram o ambulatório, o domicílio, o CAPS, os Hospitais e Hospitais – Dia, que poderiam estar vinculados a um curso de formação ou programa de especialização dentro de uma perspectiva de educação continuada. A fundamentação metodológica deve favorecer os processos de reflexão crítica e de auto – conhecimento, sendo assim, é indicado à realização de experiências práticas junto à comunidade. A relação professor – aluno deve ser dialógica, onde exista a possibilidade de uma comunicação efetiva. A abordagem pedagógica deve ser centrada no estudante, valorizando suas experiências, criatividade e autonomia. Como recursos do processo de ensino – aprendizagem foram sugeridos: oficinas, rodas de conversas, teatro, sessões de vídeo, aula expositiva, seminários, jornadas, trabalhos em grupo, discussões em sala de aula, grupos vivenciais com alunos e discussão crítica de textos atuais, além de dramatizações. Os pesquisados não sugeriram, como ocorreu no grupo anterior, propostas de modificação curricular no curso de graduação em enfermagem, apesar de

dois deles terem opinado negativamente quanto a adequação da formação em saúde mental nos cursos de enfermagem.

## **Resumo dos Resultados e Discussões**

- O Ministério da Saúde, órgão responsável pelas diretrizes de funcionamento da Estratégia de Saúde da Família no Brasil, ainda não definiu parâmetros claros e detalhados sobre quais devem ser as atribuições dos profissionais da atenção primária na assistência à população portadora de transtornos mentais.
- A revisão bibliográfica identificou a pouca disponibilidade de livros e material de referência atualizada em português direcionado para o tema da saúde mental na atenção primária. A utilização de livros de psiquiatria ou manuais de saúde mental dirigidos para especialistas, não têm se mostrado adequados e úteis para consulta dos profissionais da atenção primária.
- Embora a qualificação adequada das equipes da atenção primária possa melhorar significativamente a assistência à saúde mental da população brasileira, especialmente no que diz respeito à ampliação do acesso à saúde, esta atuação não irá substituir a necessidade de ampliação da rede de serviços de saúde mental comunitária, responsável pelos cuidados aos pacientes de maior complexidade de acompanhamento e pela supervisão dos profissionais da atenção primária.
- Embora os médicos e enfermeiros investigados tenham demonstrado uma postura positiva na inclusão de ações de saúde mental na atenção primária, que se expressa pela necessidade de uma melhor integração entre os aspectos psíquicos e biológicos do adoecimento humano, os estigmas e preconceitos vinculados à doença mental, especialmente relacionados aos Transtornos Mentais Maiores, aliados a uma formação prévia inadequada em saúde mental, têm gerado nestes profissionais uma atitude de resistência ao atendimento desta clientela.
- Como consequência do que foi observado acima, as equipes da atenção primária tendem a encaminhar os problemas de saúde mental do seu território para os serviços especializados. Uma atuação mais resolutiva em saúde mental na atenção primária depende da implantação de estratégias educativas que estimulem as dimensões afetivas da aprendizagem, promovendo mudanças de atitude, o que vai muito além da simples aquisição de conhecimentos e habilidades.

- Pela sua grande prevalência na atenção primária, transtornos depressivos e ansiosos leves e moderados, transtornos somatoformes e dissociativos, quadros emocionais reativos, além do abuso / dependência de álcool, devem constituir o conteúdo de qualquer programa de qualificação em saúde mental dirigido a profissionais da atenção primária. Em relação a estes agravos de saúde, as equipes de atenção primária deverão atuar com a maior desenvoltura possível, prestando assistência altamente resolutiva na grande maioria dos casos através da utilização de recursos farmacológicos e não farmacológicos de intervenção individual e coletiva. O encaminhamento para os níveis secundário e terciário de atenção deverá ocorrer apenas nos casos severos ou após fracasso na instituição de tratamento no nível primário.
- Embora menos prevalentes e menos requisitados pelos profissionais na constituição do programa educativo proposto, os Transtornos Mentais Maiores, especialmente as psicoses e os quadros orgânicos (retardo mental e demências), também devem fazer parte dos programas de capacitação voltados para a atenção primária. Tratam – se de patologias culturalmente estigmatizantes, com alto risco de exclusão social, e cuja clientela apresenta grande dificuldade de acesso aos serviços de saúde. Nestes casos, a atuação das equipes da atenção primária deverá ocorrer preferencialmente através da organização de cuidados compartilhados com as equipes de saúde mental.
- O enfoque das estratégias de aprendizado deverá ser centrado nos alunos, a partir da constituição de pequenos grupos interdisciplinares, com intensa problematização da prática cotidiana e sob supervisão de tutores preparados para esta função. O ideal parece ser a implantação de um programa de educação permanente, estruturado a partir de um curso básico introdutório de saúde mental, composto por turmas mistas de médicos e enfermeiros, associado ao acompanhamento regular das equipes da Estratégia de Saúde da Família por tutores ou facilitadores, na própria unidade básica de saúde. Estas estratégias de ensino têm se mostrado mais compatíveis às demandas de aprendizado dos adultos, que são motivadas pela necessidade de superar desafios e resolver problemas de saúde concretos.
- Os tutores ou facilitadores, profissionais de saúde mental vinculados preferencialmente aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), deverão visitar regularmente as equipes da atenção primária com o intuito de coordenar e supervisionar o processo educativo em saúde mental a partir da formação de

maior vínculo possível com as equipes. Deverão ajudar as equipes a identificar as necessidades reais de aprendizado em saúde mental, organizar e avaliar as atividades educativas e assistenciais no sentido de dar resposta as necessidade da clientela atendida. Quando necessário, deverão assumir uma postura ativa no cuidado de pacientes do território ao qual estão inseridos, compartilhado ações assistenciais com as equipes da atenção primária. Esta tem se mostrado a melhor forma de quebrar as resistências internas dos profissionais, muitas vezes imaginárias, de que a assistência à saúde de portadores de transtornos mentais é impossível no nível primário da atenção.

- Os médicos e enfermeiros investigados apresentaram uma boa aceitação das formas de ensino – aprendizagens consideradas atualmente eficazes na aquisição de competências de saúde mental na atenção primária. Observou – se alguma reserva em relação estratégias de ensino à distância com a utilização da internet.
- A alta rotatividade de profissionais de saúde nas equipes da Estratégia de Saúde da Família, especialmente médicos, e a alta prevalência de Transtornos Mentais Comuns, que nem sempre exigem intervenção médica, reforçam a necessidade da capacitação adequada e inclusão efetiva da atuação em saúde mental de outras categorias profissionais como, por exemplo, da enfermagem.



## CAPÍTULO V - PROPOSTA EDUCATIVA

### I - Título:

Estratégia de Capacitação em Saúde Mental para médicos e enfermeiros da atenção primária

### II – Dirigido a:

Médicos e enfermeiros que atuam na Estratégia de Saúde da Família em Sobral – Ceará – Brasil

### III - Objetivo Geral:

Ao término do curso, **os profissionais médicos e enfermeiros** deverão ser capazes de: Estabelecer uma estratégia de atenção aos pacientes com sofrimento psíquico na atenção primária à saúde de acordo com as diretrizes do Movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira, levando em conta as ações que correspondem ao médico e ao enfermeiro, compartilhando cuidados com os níveis secundário e terciário da atenção.

### IV – Perfil profissional dos médicos:

**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 para os serviços especializados os pacientes que necessitarem de investigação diagnóstica mais complexa ou não responderem bem ao tratamento instituído inicialmente pela atenção primária; 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 à estas ações dirigidas aos pacientes, cuidadores e à comunidade.

## **V – Perfil profissional dos enfermeiros:**

**Os enfermeiros** deverão saber identificar as principais síndromes psiquiátricas e saber quando deverão encaminhá-las para avaliação do clínico geral ou serviço especializado; reconhecer a indicação de psicotrópicos e seus principais efeitos colaterais; administrar medicação de depósito; instituir tratamento não farmacológico quando indicado; em conjunto com o médico de família, 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; capacitar e supervisionar os auxiliares de enfermagem e outros agentes de saúde de nível médio no acompanhamento de pacientes com transtornos mentais; fazer promoção, prevenção e reabilitação psicossocial em situações clínicas compatíveis a estas ações dirigidas aos pacientes, aos cuidadores e à comunidade.

## **VI – Carga Horária do Curso Introdutório:**

<b>Carga Horaria Total</b>	<b>98</b>
<b>Carga Horaria Teórica</b>	<b>52</b>
<b>Carga Horaria Prática</b>	<b>33</b>
<b>Avaliação</b>	<b>8</b>

## VII – Plano Temático por carga horária e estratégia docente do Curso Introdutório

<b>Temas</b>	<b>Educação no trabalho</b>	<b>Aulas teóricas</b>	<b>Discussão grupal</b>	<b>Exercício de habilidades clínicas</b>	<b>Oficina</b>	<b>Total</b>
1. Introdução à saúde mental	-	2	-	-	-	<b>2</b>
2. Princípios de atenção à saúde mental na comunidade	5	1	2	-	1	<b>9</b>
3. Relação médico – paciente: a entrevista clínica	-	1	2	1	-	<b>4</b>
4. Abordagem sindrômica das somatizações	-	1	1	1	-	<b>3</b>
5. Abordagem sindrômica dos quadros depressivos e ansiosos	-	2	1	1	-	<b>4</b>
6. Abordagem dos quadros vivências reativos	-	1	1	1	-	<b>3</b>
7. Abordagem geral das dependências químicas	-	2	1	-	-	<b>3</b>
8. Abordagem do alcoolismo	-	1	1	1	-	<b>3</b>
9. Classificação dos transtornos mentais na atenção primária	-	2	-	1	-	<b>3</b>
10. Abordagem dos quadros psicóticos na atenção primária	2	2	2	-	-	<b>6</b>
11. Abordagem das crianças e adolescentes em saúde mental	4	2	1	-	-	<b>7</b>
12. Principais problemas de saúde mental nos idosos	2	2	1	-	-	<b>5</b>
13. Princípios de gerenciamento de risco em saúde mental	2	2	2	-	-	<b>6</b>
14. Princípios de abordagem grupal na comunidade	4	1	1	-	-	<b>6</b>
15. Ferramentas de avaliação familiar	8	1	-	2	-	<b>11</b>
16. Capacitação pedagógica em saúde	6	2	-	-	2	<b>10</b>
Avaliação	-	-	-	-	-	<b>8</b>
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>25</b>	<b>16</b>	<b>8</b>	<b>3</b>	<b>98</b>

## VIII – Temas

### 1. Introdução à saúde mental

<b>Objetivos:</b> Identificar e aplicar os conceitos de saúde mental e doença mental a partir de referenciais clínicos e populacionais fornecidos pela bibliografia orientada.
<b>Conteúdos:</b> Conceito de saúde e doença mental, normal e patológico. Aspectos determinantes dos transtornos mentais, sua prevalência e o impacto na saúde da população. Papel da atenção primária no atendimento às demandas psicossociais.
<b>Organização docente:</b> Conferencia dialogada (02 horas)

### 2. Princípios de atenção à saúde mental na comunidade

<b>Objetivos:</b> Interpretar a saúde mental na sua prática diária de trabalho na atenção primária, segundo o atual contexto da reforma psiquiátrica brasileira a partir das normas definidas pelo Ministério da Saúde.
<b>Conteúdos:</b> Preconceito e estigma em relação aos portadores de transtornos mentais. Postura ética dos profissionais de saúde. Políticas de saúde mental no Brasil. Os novos dispositivos de atenção à saúde mental. Promoção e prevenção de saúde mental.
<b>Organização docente:</b> Discussão com o grupo de alunos a partir da apresentação de 02 vídeos: Tratamento em regime hospitalar tradicional x Implantação de uma rede de cuidados comunitários em saúde mental (02 horas) Conferencia dialogada (01 hora) Oficina de promoção de saúde mental (01 hora) Visita orientada aos serviços da Rede de Saúde Mental do município (05 horas)

### 3. Relação médico – paciente: a entrevista clínica

<b>Objetivos:</b> Conduzir entrevistas para esclarecimento diagnóstico de possível transtorno mental na atenção primária em situações simuladas e reais.
<b>Conteúdos:</b> Elementos da entrevista clínica. Princípios da comunicação médico – paciente. Princípios de psicologia médica.
<b>Organização docente:</b> Discussão com o grupo de alunos a partir da apresentação de 01 vídeo: Mostrando uma situação de atendimento clínico e de interconsulta psiquiátrica (02 horas). Conferencia dialogada (01 hora) Role – play com 03 alunos para exercitar as técnicas de entrevista clínica (01 hora)

#### 4. Abordagem sindrômica das somatizações

**Objetivos:** Diagnosticar e conduzir casos de somatização na atenção primária e encaminhar casos para a atenção especializada em situações simuladas e reais.

**Conteúdos:** Princípios diagnósticos dos quadros de somatização.

Os principais quadros somatoformes: Queixas somáticas inexplicadas e Hipocondria. Transtornos dissociativos. O tratamento farmacológico (papel dos antidepressivos e benzodiazepínicos) e não farmacológico (estratégia de reatribuição dos sintomas).

**Organização docente:** Discussão de casos clínicos em pequenos grupos (01 hora)

Conferencia dialogada (01 hora)

Role – play com 03 alunos para exercitar as estratégias de reatribuição dos sintomas (01 hora)

#### 5. Abordagem sindrômica dos quadros depressivos e ansiosos

**Objetivos:** Diagnosticar e conduzir casos de depressão e ansiedade na atenção primária e encaminhar casos para a atenção especializada em situações simuladas e reais.

**Conteúdos:** Princípios diagnósticos dos quadros ansiosos e depressivos. Descrição dos principais transtornos depressivos e ansiosos. O tratamento farmacológico (papel dos antidepressivos e benzodiazepínicos) e não farmacológico (aconselhamento para resolução de problemas)

**Organização docente:** Discussão de casos clínicos em pequenos grupos (01 hora)

Conferencia dialogada (02 horas)

Role – play com 03 alunos para exercitar o aconselhamento para resolução de problemas (01 hora)

#### 6. Abordagem dos quadros vivencias reativos

**Objetivos:** Diagnosticar e conduzir casos de reações vivenciais estressantes na atenção primária e encaminhar casos para a atenção especializada em situações simuladas e reais.

**Conteúdos:** Resposta psicológica geral a vivências estressantes. Descrição das reações vivenciais estressantes: Reação aguda a estresse, Transtorno de ajustamento e Transtorno de estresse pós traumático. O tratamento farmacológico (papel dos antidepressivos e benzodiazepínicos) e não farmacológico (intervenção de crise e tratamento de apoio)

**Organização docente:** Discussão de casos clínicos extraídos da CID – 10 em pequenos grupos (01 hora)

Conferencia dialogada (01 hora)

Role – play com 03 alunos para exercitar a intervenção de crise e tratamento de apoio (01 hora)

## 7. Abordagem geral das dependências químicas

**Objetivos:** Reconhecer os quadros de uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas, abordar o problema na atenção primária e encaminhar casos severos para a atenção especializada em situações simuladas e reais.

**Conteúdos:** Epidemiologia do uso de substâncias psicoativas no Brasil. Classificação das substâncias psicoativas. Conceito de uso abusivo e dependência de álcool e outras drogas. Aspectos culturais, sociais, psicológicos e biológicos na determinação das dependências químicas. Fatores de risco associados ao uso nocivo de álcool e outras drogas. Prevenção e dispositivos de tratamento do uso abusivo e dependência de álcool e outras drogas. Intervenções comunitárias e princípios de redução de danos no campo da dependência química.

**Organização docente:** Conferencia dialogada (02 horas)  
Discussão de casos clínicos em pequenos grupos (01 hora)

## 8. Abordagem do alcoolismo

**Objetivos:** Diagnosticar os quadros de uso abusivo e dependência do álcool, abordar o problema na atenção primária e encaminhar casos severos para a atenção especializada em situações simuladas e reais.

**Conteúdos:** A entrevista motivacional na clínica com o dependente de álcool. Modelo de intervenção breve para tratamento do paciente alcoólatra. Abordagem clínica da Intoxicação alcoólica. Abordagem clínica da abstinência alcoólica.  
Opções de tratamento farmacológico específicos para o alcoolismo.

**Organização docente:** Conferencia dialogada (01 hora)  
Discussão com o grupo de alunos a partir da apresentação de 01 vídeo: Mostrando uma situação de atendimento clínico com paciente alcoólatra (01 hora)  
Role – play com 03 alunos para exercitar a intervenção breve dentro da abordagem motivacional (01 hora)

## 9. Classificação dos transtornos mentais na atenção primária

**Objetivos:** Reconhecer os principais grupos de transtornos psiquiátricos a partir da classificação internacional de doenças adaptada para a atenção primária (CID 10 – AP) em situações simuladas e reais.

**Conteúdos:** Princípios de psicopatologia e classificação dos transtornos psiquiátricos na atenção primária. Diagnóstico diferencial entre as psicoses, neuroses e quadros orgânicos. Utilização da CID 10 – AP.

**Organização docente:** Conferencia dialogada (02 horas)  
Exercício da utilização do CID 10 – AP com duplas de alunos (01 hora)  
Exercício da utilização da CID 10 – AP nos serviços de saúde (05 horas)

## 10. Abordagem dos quadros psicóticos na atenção primária

**Objetivos:** Diagnosticar de forma presuntiva casos de transtornos psiquiátricos severos (psicoses) e instituir plano de cuidado compartilhado com a atenção especializada em situações simuladas e reais.

**Conteúdos:** Aspectos diagnósticos dos principais quadros psicóticos: Psicoses agudas, Esquizofrenia, Transtorno bipolar. Estratégias de avaliação psicossocial e cuidados gerais de pacientes psicóticos no contexto da atenção primária. Organização de plano de cuidados e reabilitação psicossocial de pacientes psicóticos no contexto da atenção primária. O tratamento farmacológico (papel dos antipsicóticos de uso diário e de depósito, estabilizadores do humor, anticolinérgicos e benzodiazepínicos) e não farmacológico (intervenção individual e familiar durante a crise e nos quadros estabilizados).

**Organização docente:** Discussão com o grupo de alunos a partir da apresentação de 01 vídeo: Atendimento de um caso de psicose pelo clínico geral (01 hora)

Conferencia dialogada (02 horas)

Discussão de casos clínicos em pequenos grupos (01 hora)

Exercício prático da utilização de medicação de depósito (02 horas)

## 11. Abordagem das crianças e adolescentes em saúde mental

**Objetivos:** Investigar os transtornos mentais mais prevalentes na infância e na adolescência, orientar os cuidadores e encaminhar casos para a atenção especializada em situações simuladas e reais.

**Conteúdos:** Descrição dos Transtornos mentais mais comuns na população jovem. A condução de entrevista com os jovens e seus cuidadores. Detecção precoce de problemas emocionais em crianças e adolescentes. Utilização de instrumentos de auxílio diagnóstico padronizados. Orientação familiar. Encaminhamento para serviços especializados.

**Organização docente:** Conferencia dialogada (02 horas)

Discussão de casos clínicos em pequenos grupos (01 hora)

Exercício prático da utilização de instrumentos de auxílio diagnóstico (04 horas)

## 12. Principais problemas de saúde mental nos idosos

**Objetivos:** Investigar os transtornos mentais mais prevalentes na velhice, tratar e encaminhar casos para a atenção especializada em situações simuladas e reais.

**Conteúdos:** Transtornos mentais mais comuns na população idosa: abordagem sindrômica dos quadros orgânicos, demências e depressões. A utilização de instrumentos de auxílio diagnóstico (Mini – Mental). Cuidados na utilização de psicofármacos em idosos. Orientação dirigida aos familiares e/ou cuidadores. Gerenciamento de cuidados na atenção primária e o encaminhamento para os serviços especializados.

**Organização docente:** Conferencia dialogada (02 horas)

Discussão com o grupo de alunos a partir da apresentação de 01 vídeo:

Mostrando os cuidados com pacientes portadores de demência (01 hora)

Exercício prático da utilização de instrumento de auxílio diagnóstico (02 horas)

### 13. Princípios de gerenciamento de risco em saúde mental

<b>Objetivos:</b> Conduzir situações de risco em saúde mental na atenção primária (suicídio e violência) e encaminhar casos para a atenção especializada em situações simuladas e reais.
<b>Conteúdos:</b> Fatores de risco para suicídio e atos de violência. Gerenciamento de risco em saúde mental. Condução farmacológica (medicação voluntária e involuntária) e não farmacológica (contenção mecânica) nas situações de risco. Papel dos serviços especializados e demais agentes sociais (polícia, bombeiros e serviços de urgência móvel).
<b>Organização docente:</b> Conferencia dialogada (02 horas) Discussão de casos clínicos em pequenos grupos (02 horas) Exercício prático de contenção mecânica (02 horas)

### 14. Ferramentas de avaliação familiar

<b>Objetivos:</b> Utilizar ferramentas de utilidade clínica para melhor avaliar o funcionamento familiar no contexto de atenção primária à saúde em situações simuladas e reais.
<b>Conteúdos:</b> Princípios de abordagem sistêmica familiar. Apresentação e utilização do genograma, ciclo de vida familiar e da conferência familiar como instrumentos de avaliação e intervenção junto às famílias.
<b>Organização docente:</b> Conferencia dialogada (01 hora) Demonstração da utilização dos instrumentos em pequenos grupos (01 hora) Exercício prático de aplicação dos instrumentos nos serviços de saúde (04 horas)

### 15. Princípios de abordagem grupal na comunidade

<b>Objetivos:</b> Planejar e conduzir grupos de pacientes com problemas psicossociais no contexto de atenção primária à saúde em situações simuladas e reais.
<b>Conteúdos:</b> Objetivos da constituição de grupos na atenção primária. Princípios de abordagem grupal. Técnicas de condução de grupos comunitários.
<b>Organização docente:</b> Conferencia dialogada (01 hora) Demonstração da utilização de técnicas grupais com grupos de alunos (02 horas) Exercício prático de acompanhamento de grupos na comunidade (08 horas)

### 16. Capacitação pedagógica em saúde

<b>Objetivos:</b> Planejar e executar ações educativas dirigidas para profissionais de saúde da atenção primária em situações reais.
<b>Conteúdos:</b> Princípios de educação permanente em saúde. Identificação de necessidades de aprendizagem. Métodos ativos de aprendizagem. Organização de ações educativas no trabalho.
<b>Organização docente:</b> Conferencia dialogada (02 horas) Oficina de planejamento de estratégias educativas (02 horas) Exercício prático de implantação de ações educativas na unidade de saúde (06 horas)



## **IX – Estratégia Docente**

Os achados da presente investigação educacional revelaram que a aquisição de competências em saúde mental para médicos e enfermeiros da atenção primária depende da implantação de ações combinadas de qualificação profissional que devem incorporar elementos cognitivos e vivências, teórico e práticos, desenvolvidos prioritariamente no território de atuação dos profissionais de saúde, a partir do enfoque interdisciplinar e com ênfase nos métodos ativos de aprendizagem. A elaboração deste currículo respeita as características mais atualizadas do desenho curricular, quais sejam: responder às necessidades sociais, ter perfil amplo, ser flexível, equilibrado, cientificamente concebido, centrado no estudante e que tenha aplicabilidade. Neste sentido, foi desenvolvida uma estratégia de qualificação dos médicos e enfermeiros que atuam na atenção primária em Sobral a partir de dois eixos centrais, que irão ocorrer simultaneamente:

**Eixo I: Curso Introdutório de Saúde Mental** – O curso deverá ocorrer com aulas quinzenais de meio dia (04 horas) ou durante um dia inteiro (08 horas), de acordo com a disponibilidade da maioria dos participantes. As turmas serão compostas por 24 profissionais de saúde, 12 médicos e 12 enfermeiros, e os facilitadores serão os psiquiatras e enfermeiros vinculados à Rede de Saúde Mental de Sobral. Para que todos os profissionais sejam qualificados, deverão ser criadas 03 turmas, que irão ocorrer simultaneamente. As aulas serão desenvolvidas a partir da combinação de métodos ativos e passivos de aprendizagem, com ênfase na problematização dos temas abordados. O curso contará com momentos teóricos e práticos, quando serão desenvolvidas as seguintes atividades: conferências dialogadas, discussão de grupos, oficinas, exercícios de habilidades clínicas (em sala de aula e no ambiente de trabalho) e visita aos serviços de saúde mental. O tempo destinado à tutoria de psiquiatria também deverá ser utilizado como momento de atividade prática durante o curso introdutório de saúde mental.

**Eixo II: Tutoria em saúde mental nas unidades básicas de saúde (Educação no Trabalho)** - Esta atividade, que já ocorre no município através da preceptoria mensal em saúde mental nas unidades básicas de saúde, deverá ser aprimorada a partir da melhor qualificação pedagógica dos tutores (psiquiatras e enfermeiros da Rede de Saúde Mental). Esta qualificação deverá ocorrer a partir de encontros mensais ou bimensais de

02 horas de duração, organizados pelos tutores, através da metodologia de *peer review*<sup>8</sup>. Os tutores deverão atuar como facilitadores do processo de educação permanente de toda a equipe da atenção primária, organizando os momentos de aprendizado nos territórios onde atuam 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. Estão previstas as seguintes atividades educativas com as equipes: discussões de casos clínicos e problemas de saúde mental da comunidade durante visita às unidades de saúde ou por via telefônica, avaliação de pacientes através de consultas clínicas, orientação quanto a indicação e administração de psicofármacos, realização de visitas domiciliares, realização de triagem de grupo, orientação na condução de grupos, coordenação de reuniões com as equipes de saúde para 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. A partir dos problemas de saúde identificados pelas Equipes de Saúde da Família, 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. Estes novos momentos de aprendizagem poderão ser organizados através de: seminários, grupos de discussão, oficinas, conferências e pesquisa bibliográfica.

#### **X – Meios de ensino – aprendizagem**

Quadro negro; Data-show; Computador; Aparelho de Vídeo cassete e DVD; Retro Projetor; Apostila para os alunos e facilitadores com programa do curso, casos clínicos, cópia de textos e guia de orientação para as atividades; CD – Rom para os alunos e facilitadores com slides das aulas, textos em formato digital e endereços eletrônicos, ver modelo piloto (Anexo 10)

#### **XI – Métodos e formas de organização docente**

Levando em conta as grandes deficiências de formação teórico / prática em saúde mental dos médicos e enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família de Sobral, optou-se pela elaboração de um curso introdutório de saúde mental, aliado a uma estratégia de

---

<sup>8</sup> Estratégia de educação continuada que busca a ampliação da competência profissional através da constituição de grupos de reflexão. Estes grupos, constituídos por trabalhadores de saúde de uma mesma área de atuação profissional, promovem um ambiente de aprendizagem favorável a partir da troca de experiências e da avaliação crítica das ações de saúde desenvolvidas pelos membros do grupo.

educação permanente através de tutorias nas unidades básicas de saúde. Os métodos e formas de ensino – aprendizagens deverão dar ênfase ao desenvolvimento de uma postura criativa na tomada de decisões. Neste sentido, a função dos facilitadores passa a ser de estimular, organizar e avaliar estratégias educativas com predomínio da metodologia problematizadora. A lógica do desenvolvimento das atividades deverá ser a seguinte. Sempre que possível, a discussão de um tema deverá começar pela sua problematização, por exemplo, a partir da apresentação de um caso clínico ou de uma situação concreta de saúde mental. Após a formulação do problema com o grupo, outras formas de intervenção educativa complementares podem ser empregadas: aulas teóricas, exercícios de habilidades clínicas, oficinas, pesquisa bibliográfica, etc. A utilização de recursos de vídeo feedback discutidos no capítulo 02 desta dissertação não serão utilizados por falta de recursos técnicos e materiais. As habilidades de entrevista clínica serão discutidas pelos tutores durante as consultas realizadas pelos alunos nas unidades básicas de saúde.

## **XII – Sistema de avaliação**

A proposta avaliativa será qualitativa, de caráter formativo e somativo. Deverá contemplar os seguintes componentes:

- Avaliação dos objetivos de aprendizagem assimilados pelos alunos através de:
  - Trabalho final de campo que deverá ser apresentado oralmente e por escrito no último dia de aula. Em duplas, médicos e enfermeiros deverão realizar um diagnóstico de saúde mental em seus respectivos territórios e apresentar uma proposta de atuação.
  - Observação direta dos alunos realizada pelos tutores a partir de uma escala de qualificação de competências com os seguintes critérios de avaliação: Bom, Regular e Insatisfatório.
- Avaliação do processo pedagógico através de:
  - Aplicação de um questionário, após o curso introdutório, em que os alunos irão opinar sobre: conteúdos, formas e meios de aprendizado utilizados, qualidade das atividades docentes (Anexo 11).
- Avaliação da superação profissional através de:
  - Consulta direta junto aos profissionais de saúde, gerencia das unidades de saúde e coordenação da Estratégia de Saúde da Família de Sobral sobre a satisfação no trabalho e desempenho profissional. Esta consulta deverá ser realizada 03 meses após a realização do curso introdutório de saúde mental. A consulta será realizada de forma qualitativa por meio de reuniões de grupo.

### **XIII – Bibliografia Básica**

IACOPONI E. A Psiquiatria na Rede Primária de Saúde. In.: ALMEIDA, O P.; DRATCU, L.; LARANJEIRA, R. **Manual de Psiquiatria**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1996. p. 292 – 300.

GELDER, M. et. al. **Psiquiatria**. Rio de Janeiro: Guanabara, 2002.

PATEL, V. ; SHETH A. **A Physician's Guide to Medically Unexplained Symptoms**. 2002.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA CLÍNICA. **Depressão em Atenção Primária: Detecção, Diagnóstico e Tratamento**. São Paulo: Sociedade Brasileira de Psiquiatria Clínica, 1994.

CAIXETA, M. et. al. A Consulta na Perspectiva da Psicologia Médica. In: CAIXETA, M. **Psicologia Médica**. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2005. p. 325-332.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10 – Casos Clínicos de Adultos: as várias faces dos transtornos mentais**. Porto Alegre: Artes médicas, 1998.

LARANJEIRA, Ronaldo et. al. Diagnóstico e Conduta na Dependência e na Síndrome de Abstinência do Álcool. In.: MARI, J.J. et. al. **Psiquiatria - Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar/UNIFESP**. Barueri. Manole, 2002.

LARANJEIRA, Ronaldo et. al. (Coord.). Benzodiazepínicos. In.: **Usuários de Substâncias Psicoativas: Abordagem, Diagnóstico e Tratamento**. 2 ed. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo/Associação Médica Brasileira, 2003. p. 71-80.

BRASIL. Secretaria Nacional Antidrogas. **Um Guia para a Família**. Brasília: Presidência da República, Casa Militar. 1999.

SILVA, C. J. et. al. **Diagnóstico e Tratamento do Alcoolismo para o Clínico Geral**. São Paulo. CD-ROM UNIAD, 2001.

SILVA, C. J.; LARANJEIRA. R. **Conceitos Básicos da Dependência Química**. São Paulo. CD-ROM UNIAD, 2001.

JUNGUERMAN F. et. al. **Entrevista Motivacional**. São Paulo. CD-ROM UNIAD, 2001.

Organização Mundial de Saúde. **Prevenção do Suicídio: Um Manual para Profissionais da Saúde em Atenção Primária.** Genebra, 2000.

GUERTZENSTEIN, E. Z. Emergências em Psiquiatria. In: LOUZÃ NETO et. al. **Psiquiatria Básica.** Porto Alegre. Artes Médicas, 1995. p. 337-375.

Pereira, W C C. **Dinâmica de Grupos Populares.** Petrópolis. Editora Vozes, 1990.

WAGNER, H.M.; PAPAEO A. B.; OLIVEIRA E.; TALBOT Y. **Bases Conceituais de Trabalho em Saúde da Família.**

WAGNER, H.M.; PAPAEO A. B.; OLIVEIRA E.; TALBOT Y. **Trabalhando com Famílias em Saúde da Família.**

WAGNER, H.M.; PAPAEO A. B.; OLIVEIRA E.; TALBOT Y. **Ferramenta de Avaliação para Situações Indefinidas e Manobras Preventivas em Saúde da Família.**

WAGNER, H.M.; PAPAEO A. B.; OLIVEIRA E.; TALBOT Y. **Ferramenta de Descrição da Família e dos seus Padrões de Relacionamento - Genograma - Uso em Saúde da Família.**

WAGNER, H.M.; PAPAEO A. B.; OLIVEIRA E.; TALBOT Y. **Aplicação do Pensamento Sistêmico no Trabalho em Saúde da Família.**

#### **XIV – Bibliografia Complementar**

BRASIL. **Legislação em Saúde Mental.** Quinta edição. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

D' ANDREA, Espinheira C. G. **A Universalidade do Uso das Drogas.** 2004.

MORENO, G.M.B.; SOARES, M.T.Q.S.; PAGANI, R.; FARIAS, A.M.; SCORSAFAVA, A.T.;SIMÃO, V.S.; BRANDÃO, I.R. **A Inserção da Psicologia na Estratégia Saúde da Família em Sobral/CE (Relato de Experiência).** IN: Sanare - Revista Sobralense de Políticas Públicas, Ano V, N. 1, p.77 - 75.

Organização Mundial da Saúde. O caminho a seguir. In.: **Relatório sobre a saúde no mundo 2001 – Saúde mental: Nova concepção, nova esperança.** Genebra, 2001.

TÓFOLI, L. F. F.; PEREIRA A. A. **Como encaminhar demandas de Saúde Mental em Sobral - Orientações ao Programa Saúde da Família**. Sobral: IDETSF, 2002.

CORDIOLI, A. V. et. al. **Psicofármacos - Consulta Rápida**. Porto Alegre: Artmed, 2000.

MARANGELL, L. B. et. al. **Psicofarmacologia**. Porto Alegre. Artmed, 2004

DAVIES T., CRAIG T. K. J. **ABC of Mental Health**. Bristol: BMJ Books, 1998.

PATEL V. **Where There Is No Psychiatrist**. London: Gaskell, 2003.

SARACENO B., ASIOLI F., TOGNONI G. **Manual de Saúde Mental**. São Paulo: Hucitec, 1994.

World Health Organization. **WHO Guide to Mental Health Care** - Adapted for the UK, with permission, from Diagnostic and Management Guidelines for Mental Disorders in Primary Care: ICD-10 Chapter V Primary Care Version. 2 ed. London: The Royal Society of Medicine Press Limited; 2004.

EDWARDS G. **O tratamento do Alcoolismo**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 1996.

KNAPP P.; BERTOLOTE J. M. **Prevenção da Recaída - Um manual para pessoas com problemas pelo uso do álcool e de outras drogas**. Porto Alegre: Artmed, 1994.

Pereira, W C C. **O Adoecer Psíquico do Subproletariado**. Belo Horizonte. Segrac, 1990.

Levav I. Editor. **Temas de Salud Mental em la Comunidad**. Serie PALTEX para ejecutores de programas de salud No. 19. OPAS. Washington; 1992.

## CONCLUSÕES

- As informações fornecidas pelos médicos e enfermeiros investigados em relação às suas necessidades de aprendizagem em saúde mental coincidiram com o perfil de prevalência dos transtornos mentais na atenção primária. As duas categorias profissionais souberam identificar adequadamente os principais problemas de saúde mental, usualmente encontrados neste nível de atenção à saúde.
- As ferramentas de identificação de necessidades de aprendizado em saúde utilizadas neste estudo: questionário de respostas breves contendo lista de verificação, grupos focais dirigidos aos profissionais de saúde e questionário aberto dirigido aos docentes de saúde mental, mostraram – se úteis na identificação de necessidades de aprendizado em saúde mental na atenção primária. Embora estas ferramentas possam ser utilizadas isoladamente, a sua utilização conjunta contribuiu para maior validação interna dos achados. O presente estudo concluiu que a pesquisa direta junto aos profissionais de saúde, através da utilização de metodologias de investigação educacional, constitui – se em estratégia adequada para a identificação de necessidades de aprendizado em saúde mental para este nível de atenção.
- A alta prevalência de transtornos mentais na atenção primária e a baixa qualificação de médicos e enfermeiros para atender a esta clientela no município estudado, tornam prioritária a organização de propostas de formação pós-graduada em saúde mental para todos os profissionais que estejam atuando na Estratégia de Saúde da Família em Sobral. A revisão bibliográfica sugere que esta conclusão é válida para a maior parte da realidade brasileira.
- A Proposta Educativa em saúde mental elaborada a partir de necessidades de aprendizagem e sobre as bases das tendências atuais de educação na pós-graduação, uma vez aplicada, deve contribuir para a melhor qualificação dos profissionais médicos e de enfermagem na atenção primária em Sobral.

## RECOMENDAÇÕES

- Os programas de formação em saúde mental dirigidos para médicos e enfermeiros da atenção primária, devem ser implantados com ativa participação destes profissionais, tanto na concepção dos conteúdos propostos, quanto na organização das estratégias de ensino – aprendizagem. Estas ações garantem maior precisão na identificação de necessidades de aprendizado em diferentes contextos, maior motivação dos alunos e melhor adequação de formatos educativos compatíveis com a organização do trabalho na atenção primária.
- O Ministério da Saúde deveria explicitar, de forma mais detalhada, as atribuições destes profissionais e das equipes da atenção primária no atendimento à população portadora de transtornos mentais a fim de que as ações de saúde mental sejam implantadas de forma mais eficiente pela Estratégia de Saúde da Família. Além disso, as instituições de ensino responsáveis pela formação básica e pós – graduada passariam a contar com parâmetros mais claros de definição curricular para os profissionais médicos e de enfermagem, mais adequados à atenção primária.
- A tradução e contextualização de bibliografia internacional atualizada direcionada para a saúde mental na atenção primária, ou a produção de material original desenvolvido no Brasil com este mesmo enfoque, deverá se constituir em prioridade das instituições de ensino e das autoridades de saúde brasileiras.
- A presente investigação sugere que o curso introdutório de saúde mental, bem como os momentos de educação no trabalho, sejam constituídos por turmas compostas de médicos e enfermeiros. As competências comuns em saúde mental para atuação destas duas categorias profissionais no nível primário mostraram - se muito superiores às competências específicas. Além disso, para que eles dividam os mesmos referenciais éticos e atuem de forma mais integrada e eficaz, as ações educativas e assistenciais de saúde mental devem ser elaboradas e implantadas de forma interdisciplinar.



- A incorporação adequada de temas de saúde mental no currículo das instituições responsáveis pela formação de médicos e enfermeiros em Sobral, deverá promover um impacto positivo na qualificação das ações de saúde mental no município, já que a maioria dos profissionais com formação nestas instituições, especialmente os de enfermagem, acabam trabalhando na atenção primária à saúde no município.
- Recomenda-se aplicar a presente Estratégia Educativa no município de Sobral, avaliar seus resultados e generalizar a outros municípios de características similares.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Oficina de Trabalho para Discussão do Plano Nacional de Inclusão das Ações de Saúde na Atenção Básica. Informe do Grupo de Trabalho do MS. Brasília: 2001.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Relatório da Oficina de saúde Mental: Desafios da Integração com a Rede Básica. Informe do Grupo de trabalho do MS. Brasília: 2003.
3. Organização Mundial da Saúde. Relatório sobre a saúde no mundo 2001 – Saúde mental: Nova concepção, nova esperança. Genebra: 2001.
4. Índice de Desenvolvimento Humano [data de acesso 18 de fevereiro de 2005]. URL disponível em: <http://www.frigoletto.com.br/GeoEcon/idhce.htm>
5. Andrade LOM, Martins Junior T. Saúde da Família: Construindo um novo modelo, a experiência de Sobral. Revista Sobralense de Políticas Públicas - SANARE. 1999; 1 (1): p. 07-17.
6. Sampaio JJC. Políticas de Saúde Mental de Sobral. [comunicação pessoal]. Fortaleza:1998.
7. Lei 12.151 / 1993 de 29 de Julio, Dispõe sobre a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por outros recursos assistenciais, regulamenta a internação psiquiátrica compulsória, e dá outras providências. (Ministério da Saúde do Brasil. Legislação em Saúde Mental. Brasília: 2000. Série Legislação em Saúde: (4):18-20).
8. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Permanente de Capacitação de Recursos Humanos para a Reforma Psiquiátrica. Informe do Grupo de Trabalho do MS. Brasília: 2002.
9. Costa L. D. Saúde Mental na Atenção Básica: A Realidade do Cotidiano no Programa Saúde da Família do Ceará. [Dissertação de Mestrado]. Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará; 2002.
10. Domício A M B. Espaços de Representação da saúde Mental na Atenção Primária: Para Além do Cotidiano das Equipes de Saúde da Família. [Dissertação de Mestrado]. Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará; 2003.
11. Bessa Jorge M S. Saúde Mental no Programa de Saúde da Família: Ações e Impacto na Promoção da Saúde dos Clientes. Informe de pesquisa da Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza; 2004.

12. Silveira A . R. Programa de Saúde da Família: As Práticas de Cuidados dos Problemas de Saúde Mental. [Dissertação de Mestrado]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2001.
13. Silveira D. P. Sofrimento Psíquico e Serviços de Saúde: cartografia da produção do cuidado em saúde mental na atenção básica de saúde. [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.
14. Oliveira J.C. Inserção da Saúde Mental na Atenção Básica: Experiência de médicos e enfermeiros do PSF de Sobral – CE [Monografia de Especialização]. Sobral: Universidade Estadual Vale do Acaraú / Escola de Saúde da Família Visconde de Sabóia; 2002.
15. Pereira AA, Andrade LOM. Rede Integral de Atenção à Saúde Mental de Sobral – Ceará. In: Lancetti A, editor. Saudeloucura – Saúde Mental e Saúde da Família. Segunda Edição. São Paulo: Hucitec; 2001p.167-197.
16. OMS / UNICEF. Cuidados Primários de Saúde: Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma Ata: OMS;1978
17. Brasil. Constituição Brasileira de 1988. [Data de acesso em 20 de abril de 2004] URL disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/Constituição/Indice.htm>
18. Andrade LOM, Barreto ICHC, Fonseca CD. A Estratégia Saúde da Família. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ et al. Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseada em Evidências. Terceira Edição. Porto Alegre: Artmed; 2004 p.88 – 100.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia Prático do Programa de Saúde da Família. Brasília: 2002.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. [Data de acesso em 20 de Junho de 2004] URL disponível em: <http://www.saude.gov.br>
21. Brasil. Ministério da Saúde. Avaliação da Implantação do Programa de Saúde da Família. Relatório de Pesquisa da Fiocruz. Rio de Janeiro; 2000.
22. Brasil. Ministério da Saúde do Brasil. Departamento de Atenção Básica. Avaliação Normativa do Programa de Saúde da Família. [Data de acesso em 20 de Junho de 2004] URL disponível em: [http://dtr2002.saude.gov.br/caadab/arquivos/avaliacao\\_normativa\\_psf.pdf](http://dtr2002.saude.gov.br/caadab/arquivos/avaliacao_normativa_psf.pdf)
23. Desviat M. A Reforma Psiquiátrica. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1999.
24. Amarante P. Loucos pela Vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Segunda Edição. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1995.

25. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília: 2004. Série F. Comunicação e Educação em Saúde.
26. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. O caminho de mão dupla da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Apresentação realizada no Colegiado Nacional de Gestores de Saúde Mental. Brasília: 2005.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Legislação em saúde mental: 1990-2004. Quinta Edição. Brasília: 2004. Série E. Legislação de Saúde.
28. Rodrigues M S P. Articulação entre os Cuidados de Saúde Primários e a Saúde Mental; Perfil dos Clínicos Gerais / Médicos de Família dos Centros de Saúde da Área de Intervenção do Hospital S. Francisco Xavier. [Dissertação de Mestrado] Lisboa: Instituto de Ensino Pós-Graduado – Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa; 1996.
29. Fortes S. Estudo da Demanda de Transtornos Mentais em Unidades do Programa de Saúde da Família (PSF) do Município de Petrópolis (RJ). [ Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2004.
30. Shapiro S., Skinner E., Kessler L., Von Korff M., German P., Tischler G., Leaf P., Benham I., Cottler I., Regier D. Utilization of Health and Mental Health Services. Archives of General Psychiatry 1984; 41:971-978.
31. Simon GE., VonKorff M. Somatization and Psychiatric Disorder in the NIMH Epidemiological Catchment Area Study. American Journal of Psychiatry Nov 1991; 148.
32. Bridges KW., Goldberg D. Somatic Presentation of DSM III Psychiatric Disorders in Primary Care. Journal of Psychosomatic Research 1985; 29; 563-569.
33. Kirmayer LJ., Robbins JM. Currents Concepts of Somatization: Research and Clinical Perspective. American Psychiatric Press 1991; Washington DC.
34. Lobo A., Garcia-Campayo JJ., Larrubia J., Lobo A., Perez –Echeverria MJ., Campos R. Somatisation in Primary Care in Spain I;: Estimates of Prevalence and Clinical Characteristics. British Journal of Psychiatry 1996; 168:344-348.
35. Weich S., Lewis G., Donmall R., Mann A. Somatic Presentation of Psychiatric Morbidity in General Practice. Br J. Gen Pract 1995; 45(392):143-7.
36. Üstun T.B., Sartorius N. Mental Illness in General Health Care: an International Study. John Wiley & Sons 1995; Chichesser, England.

37. Gureje O., Simon G., Ustun T., Goldberg D. Somatization in Cross-Cultural Perspective: A World Health Organization Study in Primary Care. *Am J Psychiatry* 1997; 154 (7): 989-995.
38. Piccinelli M., Simon G. Gender and Cross-Cultural Differences in Somatic Symptoms Associated with Emotional Distress: an International Study in Primary Care. *Psychological Medicine* 1997; 27:433-444.
39. Vilano LA. Problemas Psicológicos e Morbidade Psiquiátrica em Serviços de Saúde Não Psiquiátricos: O Ambulatório de Clínica Geral. [Tese de Doutorado] Universidade Federal de São Paulo/EPM 1998; São Paulo.
40. Lewis G., Bebbington P., Brugha T., Farrell M., Gill B., Jenkins R., Meltzer H. Socioeconomic Status, Standard of Living and Neurotic Disorder. *Lancet* 1998; 352: 605-609.
41. Ludemir AB., Lewis G. Links between Social Class and Common Mental Disorders in Northeast Brazil. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2001; 36: 101-107.
42. Lopes C.S. Eventos de Vida Produtores de Estresse e Transtornos Mentais Comuns: Resultados do Estudo Pró – Saúde. *Cad Saúde Pública* 2003; 19 (6).
43. Goldberg DP., Bridges K. Somatic Presentation of Psychiatric Illness in Primary Care Setting. *J. Psychosom Res* 1988; 32:137-144.
44. Goldberg D., Huxley P. *Common Mental Disorders: a Bio-Social Model*. London: Tavistock / Routledge; 1992.
45. Organização Mundial da Saúde. *Classificação de Transtornos Mentais e de comportamento da CID – 10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas*. Porto Alegre: Editora Artmed; 1993.
46. Associação Psiquiátrica Americana. *DSM IV – Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Quarta Edição. Porto Alegre: Editora Artmed; 1995.
47. Organização Mundial da Saúde. *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10 – Diretrizes diagnósticas e de tratamento para transtornos mentais em cuidados primários*. Porto Alegre: Editora Artmed; 1998.
48. APA. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Primary Care version*. 4<sup>th</sup> Edition. Washington: APA; 1995
49. Almeida Filho N, Mari JJ, Coutinho E et al. Brazilian Multicentric Study of Psychiatric Morbidity. *British Journal of Psychiatry* 1997; 171: 524-529.
50. Timbó E C. Prevalência de transtornos mentais comuns em pacientes que procuraram atendimento médico numa unidade básica de saúde de Sobral-ce, no período de 03 de setembro a 28 de dezembro de 2003. [Monografia de

- Especialização]. Sobral: Universidade Estadual Vale do Acaraú / Escola de Saúde da Família Visconde de Sabóia; 2004.
51. Peveler R., Kilkenny L., Kinmonth AL. Medically Unexplained Symptoms in Primary Care: A Comparison of Self – Report Screening Questionnaires and Clinical Opinion. *Journal of Psychosomatic Research* 1997; 42(3):245-252.
  52. Kirmayer LJ., Robbins JM., Dworkind M., Yaffe M. Somatization and Recognition of Depression and Anxiety in Primary Care . *Am J Psychiatry* 1993; 150:734 – 741.
  53. Lloyd G. Psychiatric Syndromes with a Somatic Presentation - *Jour Psychosomatic Research* 1986; 30(2):113-120.
  54. Cohen A . The effectiveness of mental health services in primary care: the view from the developing world. World Health Organization: Geneva; 2002.
  55. Borroto Cruz R, Lemus Lago ER, Aneiros-Riba R. Atención primaria de salud. *Medicina Familiar y educación médica. Cap 2. pp 65-130. Biblioteca de Medicina Volumen XXXIV Universidad Mayor de San Andrés, La Paz, 1999.*
  56. Arteaga J, Hatim Ricardo A. Educación de Postgrado: Estructura y Procesos Fundamentales. *Literatura básica Módulo de Postgrado. Material de estudio de la Maestría de Educación Médica, La Habana, 2002.*
  57. Laxdal O E. Needs Assesment in Continuing Medical Education: A Practical Guide. *Journal of Medical Education* 1982; 57: 827-834.
  58. Hatim Ricardo A. Identificación de Necesidades de Aprendizaje. *Literatura básica Módulo de Postgrado. Material de estudio de la Maestría de Educación Médica, La Habana, 2002.*
  59. Brasil. Ministério da Saúde. Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde. Brasília: 2004. Série C. Projetos, Programas e Relatórios.
  60. Haddad QJ, Roschke M A C, Davini M. C. Editores. *Educacion Permanente de Personal de Salud. Washington: OPAS; 1994.*
  61. Davini M C. *Educacion Permanente em Salud. Washington: OPAS; 1995.*
  62. Irigoin M, Vargas F. *Competencia laboral: manual de conceptos, métodos y aplicaciones em el sector salud. Montevideo: Cinterfor; 2002*
  63. Roschke M A C, Davini M C Haddad J Q. *Educación Permanente y Trabajo en Salud: um proceso en construcción. Educación Médica y Salud* 1993; 27 (4).

64. Salas Perea RS. Algunas consideraciones sobre los métodos de enseñanza en la Educación Superior. Ministerio de Educación Superior, Cuba: 1988.
65. Berntson A, Goldner E, Leverette J, Moss P, Tapper M, Hodges B; Canadian Psychiatric Association Standing Committee on Education. Psychiatric training in rural and remote areas: increasing skills and building partnerships. *Can J Psychiatry*. 2005; 50(9):1-8.
66. Rockam P, Salach L, Gotlib D, Cord M, Turner T. Shared mental health care: model for supporting and mentoring family physicians. *Can Fam Physician* 2004;50:397-402.
67. 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.
68. Judd F, Davis J, Hodgins G, Scopelliti J, Agin B, Hulbert C. Rural Integrated Primary Care Psychiatry Programme: a systems approach to education, training and service integration. *Australas Psychiatry*. 2004;12(1):42-7.
69. Murrhy R, Byrne MK. Training models for psychiatry in primary care: a new frontier. *Australas Psychiatry*. 2005;13(3):296-301.
70. Hodgins G, Judd F, Kyrios M, Murray G, Cope A, Sasse C. A model of supervision in mental health for general practitioners. *Australas Psychiatry*. 2005;13(2):185-9.
71. Wilson I, Howell C. Small group peer support for Gps treating mental health problems. *Australian Family Physician*. 2004; 33 (5): 362-364.
72. Muñoz M, Benjamin V, Rioseco P, Vielma M. Diplomado en salud mental: evaluación de una experiencia en educación médica. *Rev. psiquiatr. (Santiago de Chile)* 1998;15(1): 46-9
73. Long, Beverly. Educación para la salud mental. *Rev. psiquiatr. (Santiago de Chile)* 1997;14(2):55-7
74. Marconi T J. Salud mental en Chile: análisis crítico de la formación de personal. *Cuad. méd.-soc. (Santiago de Chile)* 1997;38(4):33-9.
75. Goldberg D, Huxley P. *Mental illness in the community*. London: Tavistock Publications; 1980.
76. Goldberg D, Steele JJ, Smith C. Teaching psychiatric interviewing skills to family doctors. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1980; 62: 41-47.
77. Goldberg D, Steele JJ, Smith C, Spivey L. Training family doctors to recognise psychiatric illness with increased accuracy. *Lancet*. 1980; ii: 521-523.

78. Maguire GP, Roe P, Goldberg D. The value of feedback in teaching interviewing skills to medical students *Psychological Medicine* 1978; 8:697-704.
79. Goldberg D, Gask L, Sartorius N. *Training Physicians in Mental Health Skills*. Geneva: World Psychiatric Association; 2001.
80. Gask L, Goldberg D, Lesser AL, Millar T. Improving the psychiatric skills of general practice trainee: an evaluation of a group training course. *Medical Education*. 1988; 22: 132-138.
81. Gask L. Training general practitioners to detect and manage emotional disorders. *International Review of Psychiatry* 1992; 4: 293-300.
82. Ratcliffe J, Gask L, Creed F, Lewis B. Psychiatric training for family doctors: what do GP registrars want and can a brief course provide this? *Medical Education*. 1999; 33: 434-438.
83. Evans A, Gask L, Singleton C, Bahrami J. Teaching consultation skills: a survey of general practice trainer. *Medical Education*. 2001; 35: 222-224.
84. Gask L. A course in mental health skills for general practitioners in Manchester. In: Tansella M, Thornicroft G. *Common Mental Disorders In Primary Care*. London and New York: Routledge; 1999
85. Goldberg D, Gask L. Teaching mental health skills to general practitioners and medical officers. *Seishin Shinkeigaku Zasshi*. 2002; 104(9):741-7.
86. Rodrigues M S P. *Articulação entre os Cuidados de Saúde Primários e a Saúde Mental; Perfil dos Clínicos Gerais / Médicos de Família dos Centros de Saúde da Área de Intervenção do Hospital S. Francisco Xavier*. [Dissertação de Mestrado] Lisboa: Instituto de Ensino Pós-Graduado – Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa; 1996.
87. Ballester D A P. *Avaliação de um treinamento em cuidados primários à saúde mental para médicos dos serviços básicos de saúde*. [Dissertação de Mestrado] Porto Alegre: UFRGS; 1996.
88. Ballester DA, Filippon AP, Braga C, Andreoli SB. The general practitioner and mental health problems: challenges and strategies for medical education. *Sao Paulo Med J*. 2005; 123(2):72-76.
89. Turton P, Tylee A, Kerry S. *Mental Health Training Needs in General Practice*. *Primary Care Psychiatry*. 1995; 1:197-199
90. 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.



91. Patel V. Where There Is No Psychiatrist - A mental health care manual. Glasgow: Gaskell; 2003.
92. Tylee A. Programas de treinamento em saúde mental para os médicos de atenção primária. In: Vazquez-Barquero J.L. (Ed.). *Psiquiatria em Atenção Primária*. Madrid: Grupo Aula Médica; 1998.
93. Kerwick S.W., Jones R.H. Educational Interventions in Primary Care Psychiatry: A Review. *Primary Care Psychiatry*.1996; 2: 107-117.
94. 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
95. Tyrer P, Ferguson B, Wadsworth J. Liaison psychiatry in general practice: the comprehensive collaborative model. *Act Psychiatr Scand*. 1990; 81: 359-363.
96. Kates N. Sharing Mental Health Care: training psychiatry residents to work with primary care physicians. *Psychosomatics*. 2000; 41 (1): 53-57.
97. Rand E H, Thompson II T L. Using successful models of care to guide the teaching of psychiatry in primary care. *Psychosomatics*. 1997; 38: 140-147.
98. Nash M. The training needs of primary care nurses in relation to mental health. *Nursing Times*. 2002; 98 (16): 42-44.
99. 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.
100. Payne F, Harvey K, Jessop L, Plummer S, Tylee A, Gournay K. Knowledge, confidence and attitudes towards mental health of nurses working in NHS Direct and the effect of training. *Journal of Advanced Nursing*. 2002; 40 (5): 549-559.
101. Gardner S. Practice nurse in mental health – A changing role? *The Journal of Primary Care Mental Health*. 1999; 2. [Data de acesso em 22 de agosto de 2004]URL disponível em: <http://www.Primhe.org>
102. Armstrong E. *The Guide to Mental Health for Nurses in Primary Care*. Abingdon: Radcliffe Medical Press; 2002.
103. Turato E R. *Tratado da Metodologia da Pesquisa Clínico-Qualitativa*. Petrópolis: Editora Vozes; 2003.
104. Minayo M C S. *O Desafio do Conhecimento*. São Paulo: Editora Hucitec; 1999.
105. Lancetti A. A Saúde Mental nas Entradas da Metrópole. In: Lancetti A, editor. *Saudelocura – Saúde Mental e Saúde da Família*. Segunda Edição. São Paulo: Hucitec; 2001p.11-52.

106. Davies T, Craig TKJ. ABC of Mental Health. London: BMJ Books; 1998
107. Vázquez-Barquero J. L. Psiquiatria Em Atención Primária. Madrid: Biblioteca Aula Médica; 1998.
108. Gorenstein C, Andrade L H S G, Zuardi A W. Escalas de Avaliação Clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia. São Paulo: Lemos; 2000.

**Anexo 04:  
Comprovante do estágio em Londres**

**Institute of  
Psychiatry**

at The Maudsley

Section of Primary Care Mental Health  
Health Services Research Department  
Head of Section: Professor Andre Tylee

Box 028  
David Goldberg Building  
De Crespigny Park  
Denmark Hill  
London SE5 8AF  
Tel +44 (0)20 7848 0350  
Fax +44 (0)20 7848 0333  
www.iop.kcl.ac.uk

**KING'S**  
*College*  
**LONDON**

**University of London**

27 January 2004

To Whom It May Concern:

Re: Dr Alexandere Pereira

This is to certify that Dr Pereira visited and stayed in my Section for the month of January 2004 to learn about and discuss training primary care professionals about mental health and psychiatry. He also attended a two-day module of our Trailblazers course on Primary Care Mental Health to observe teaching in action. He also delivered a lecture at the Institute of Psychiatry about Primary Care Mental Health in Brazil focussing on services in Sobral and a pilot course he has delivered locally. It has been a pleasure to host Dr Pereira and we hope to keep in contact in the future.

Yours sincerely



André Tylee  
Professor of Primary Care Mental Health

**Anexo 05:**  
**Questionário semi-aberto dirigido aos profissionais de saúde**

MESTRADO EM EDUCAÇÃO MÉDICA  
ESCUELA NACIONAL DE SALUD PÚBLICA DE CUBA

Caro(a) colega médico(a) e enfermeiro(a) do Programa de Saúde da Família (PSF) do município de Sobral,

Esta pesquisa tem como objetivos a identificação de necessidades de aprendizado em saúde mental e posterior elaboração de um programa de capacitação em saúde mental para médicos e enfermeiros da atenção básica. Entendemos que um programa de formação em saúde mental, para este nível de atenção, não poderia ser elaborado sem a participação de seus atores principais, no caso, os próprios profissionais de saúde. Gostaríamos, portanto, de contar com a colaboração de vocês para o preenchimento deste questionário, que será a base de informações para uma proposta de capacitação em saúde mental para o PSF de Sobral. Tomaremos muito pouco do seu tempo, já que o questionário não deverá durar mais de 20 minutos para ser respondido.

Firmamos o compromisso de que o sigilo individual das respostas será garantido.

Agradecemos desde já sua compreensão e atenção.

Alexandre Pereira - Mestrando

1. Leia primeiro todo o questionário antes de respondê-lo. Não tenha pressa, leia com atenção, caso tenha alguma dúvida em responder qualquer questão, solicite auxílio do responsável pela aplicação do questionário.
2. Marque as opções com um x e responda, por escrito, em letra legível, sempre que necessário.

**TERMO DE COMPROMISSO**

Eu, \_\_\_\_\_, aceito participar da pesquisa: "PROPOSTA EDUCATIVA EM SAÚDE MENTAL PARA PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SOBRAL - CE – BRASIL" comprometendo-me em fornecer informações verídicas e declarando estar ciente de que será resguardado sigilo absoluto da minha identidade.

Sobral, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2004.

Ass.: \_\_\_\_\_

**QUESTIONÁRIO:**

<b>Parte 1</b> <b>Perfil dos pesquisados:</b>	<b>Digitação</b>
<b>Número do Questionário:</b>	
1.1. Região em que está localizada a unidade de saúde do (PSF) que você trabalha, especifique a UBS: 1. ( ) Sede: _____ 2. ( ) Distrito: _____	Região _____ UBS _____
1.2. Tempo de atuação no PSF, em anos (isto inclui atuação em outros municípios): 1.( ) menos de 01 ano    2.( ) entre 01 e 03 anos    3.( ) entre 04 e 06 anos 4.( ) entre 07 e 09 anos    5.( ) 10 anos ou mais	Atupsf _____
1.3. Sexo: 1. ( ) masculino 2.( ) feminino	Sexo _____
1.4. Idade: _____	Idade _____
1.5. Curso em que se graduou na universidade: 1.( ) enfermagem    2.( ) medicina especifique a instituição onde concluiu o curso de graduação: _____ _____	Curso _____ Institgra _____
1.6. Ano da graduação na universidade: _____	Anograd _____
1.7. Concluiu algum curso de Especialização em Saúde da Família? 1.( ) sim 2.( ) não especifique a instituição onde concluiu o curso de especialização: _____ _____	Espec _____ Institpos _____
<b>Parte 2</b> <b>Experiência prévia em saúde mental:</b>	
2.1. Depois que você se graduou, já participou de algum curso ou treinamento em saúde mental? 1.( ) sim 2.( ) não, especifique: _____ _____	Trein _____
2.2. Depois que você se graduou, trabalhou ou estagiou em algum serviço de saúde mental? 1.( ) sim 2.( ) não, especifique: _____ _____	Trabest _____
2.3. Você atualmente participa, ou já participou das supervisões de saúde mental oferecidas pelos preceptores de psiquiatria do CAPS na sua unidade de saúde? 1.( ) sim 2.( ) não	Superv _____

<b>Parte 3</b>	
<b>Áreas de interesse em saúde mental</b>	
<p>3.1. ATENÇÃO, a lista abaixo apresenta vários temas em saúde mental que poderiam ser úteis em um programa de capacitação em saúde mental dirigido para médicos(as) e enfermeiros(as) do PSF. <u>Assinale aqueles em que você gostaria de receber treinamento.</u> Você poderá assinalar quantas alternativas quiser. Caso algum tema tenha ficado de fora, ou você tenha alguma observação a fazer, favor escrever abaixo. Se não há interesse em receber treinamento, não assinale qualquer alternativa e justifique abaixo:</p>	
1 ( ) abordagem do paciente com risco de suicídio	RiscoSuic _____
2 ( ) abordagem das reações vivenciais estressantes	Reacest _____
3 ( ) ansiedade	Ansied _____
4 ( ) depressão	Depre _____
5 ( ) diagnóstico diferencial das neuroses e psicoses	Neuropsic _____
6 ( ) emergências psiquiátricas	Emerg _____
7 ( ) habilidades de comunicação na relação do paciente com o profissional de saúde	Habcom _____
8 ( ) inserção da saúde mental na atenção básica e relação com os CAPS	CAPS _____
9 ( ) problemas de comportamento na adolescência	Adolec _____
10 ( ) problemas de comportamento na infância	Infan _____
11 ( ) problemas de comportamento na velhice	Velhic _____
12 ( ) problemas de relacionamento intra-familiar	Profam _____
13 ( ) pacientes problema (poliqueixosos)	Polique _____
14 ( ) prescrição <b>e/ou</b> administração de psicotrópicos	Psicot _____
15 ( ) problemas psicosexuais	Psicosex _____
16 ( ) problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas	Alcodrog _____
17 ( ) problemas de sono	Sono _____
18 ( ) promoção de saúde mental	Promsau _____
19 ( ) retardo mental	Retar _____
20 ( ) situações de luto e perda	Lutperd _____
21 ( ) somatizações	Somat _____
22 ( ) técnicas grupais de abordagem de problemas psicossociais	Tecgrup _____
23 ( ) técnicas não farmacológicas individuais de abordagem de problemas psicossociais	Tecind _____
24 ( ) transtornos psiquiátricos severos e persistentes (transtornos psicóticos de longa evolução)	Sever _____
25 ( ) utilização do Manual de Diretrizes Diagnósticas e de Tratamento para transtornos mentais em cuidados primários da OMS	Manua _____
Outros Temas / Justificativas / Observações: _____	
_____	
_____	
_____	
_____	

<p><b>Parte 4</b>  <b>Avaliação do Interesse e sugestões para o formato de programas de capacitação em saúde mental para a atenção básica:</b>  Considerando sua disponibilidade de tempo como profissional do PSF e sua experiência prévia em cursos de capacitação na área de saúde, responda:</p>	
<p>4.1. Que conhecimentos e/ou habilidades em saúde mental você acha que são de exclusivo domínio e responsabilidade:  dos médicos(as): _____  _____  _____  _____  dos enfermeiros(as): _____  _____  _____  _____</p>	
<p>4.2. Caso você resolva participar de um programa de capacitação em saúde mental, você acha que as atividades de formação devem ser oferecidas:  1. ( ) em turmas separadas de médicos(as) e enfermeiros(as)  2. ( ) em turmas compostas de médicos(as) e enfermeiros(as)  Justifique sua resposta: _____  _____  _____</p>	<p>Turmas _____</p>
<p>4.3. Caso você resolva participar de um programa de capacitação em saúde mental, você acha que as atividades de formação devem ser realizadas:  1. ( ) prioritariamente no território de atuação do profissional do PSF  2. ( ) prioritariamente fora do território de atuação do profissional do PSF  3. ( ) equilibrando atividades dentro e fora do território de atuação do profissional do PSF  Justifique sua resposta: _____  _____  _____</p>	<p>Territ _____</p>
<p>4.4. Caso você resolva participar de um programa de capacitação em saúde mental, você acha que as atividades de formação devem ser realizadas:  1. ( ) em regime de um curso básico de curta duração  2. ( ) de forma continuada enquanto estiver atuando no PSF  3. ( ) uma combinação das duas estratégias anteriormente citadas (curso básico + educação continuada)  Justifique sua resposta: _____  _____  _____</p>	<p>Duração _____</p>
<p>4.5. Caso você venha a participar de um <u>programa de capacitação continuada</u> em saúde mental(incluindo aqui atividades teóricas e práticas),assinale, no quadro abaixo, que dias da semana e horários seriam mais convenientes para você (assinale no máximo 03 horários):</p>	<p>_____</p>

<p>2.Segunda-feira 3.Terça-feira 4.Quarta-feira 5.Quinta-feira 6.Sexta-feira 7.Sábado  1( )Manhã 1( )Manhã 1( )Manhã 1 ( )Manhã 1( )Manhã 1( )Manhã  2( )Tarde 2( )Tarde 2( )Tarde 2 ( )Tarde 2( )Tarde 2( )Tarde  3( )Noite 3( )Noite 3( )Noite 3( )Noite 3( )Noite 3( )Noite</p>	<p>_____</p> <p>_____</p>
<p>4.5. Caso você venha a participar de um <u>programa de capacitação continuada</u> em saúde mental (incluindo aqui atividades teóricas e práticas), que frequência de encontros seria mais conveniente para você (escolha apenas 01 alternativa):</p> <p>1.( ) semanais de meio turno                      2.( ) semanais de um dia inteiro  3.( ) quinzenais de meio turno                      4.( ) quinzenais de um dia inteiro  5.( ) mensais de meio turno                              6.( ) mensais de um dia inteiro  7.( ) bimensais de meio turno                          8.( ) bimensais de um dia inteiro</p> <p>Justifique sua resposta: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Formato _____</p>
<p>4.6 Caso você resolva participar de um programa de capacitação em saúde mental, que <u>utilidade</u> você identifica nas seguintes estratégias:</p> <p>aulas teóricas presenciais  1.( ) pouco útil 2.( ) útil 3.( ) muito útil 4.( ) não sei responder</p> <p>curso à distância por Internet  1.( ) pouco útil 2.( ) útil 3.( ) muito útil 4.( ) não sei responder</p> <p>discussão de casos clínicos de saúde mental em pequenos grupos  1.( ) pouco útil 2.( ) útil 3.( ) muito útil 4.( ) não sei responder</p> <p>discussão de temas de saúde mental em pequenos grupos  1.( ) pouco útil 2.( ) útil 3.( ) muito útil 4.( ) não sei responder</p> <p>supervisão da equipe do PSF na unidade básica de saúde efetuada por psiquiatra ou outro profissional de saúde mental de nível superior  1.( ) pouco útil 2.( ) útil 3.( ) muito útil 4.( ) não sei responder</p> <p>utilização de vídeos com orientações sobre saúde mental e/ou apresentação de casos clínicos  1.( ) pouco útil 2.( ) útil 3.( ) muito útil 4.( ) não sei responder</p> <p>simulação de entrevista psiquiátrica com atores  1.( ) pouco útil 2.( ) útil 3.( ) muito útil 4.( ) não sei responder</p> <p>estágio breve ou visita nos serviços de saúde mental  1.( ) pouco útil 2.( ) útil 3.( ) muito útil 4.( ) não sei responder</p> <p>outros: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Aulasteor _____</p> <p>Internet _____</p> <p>Disccasos _____</p> <p>Disctemas _____</p> <p>Supequip _____</p> <p>Vídeos _____</p> <p>Simulentre _____</p> <p>Estagio _____</p>
<p>4.7. Você gostaria de participar de algum programa de capacitação em saúde mental dirigido para médicos (as) e enfermeiros(as) do PSF?</p> <p>1.( ) sim 2.( ) não</p>	<p>_____</p>



**Anexo 06:**  
**Guia para a atividade com os Grupos Focais**

MESTRADO EM EDUCAÇÃO MÉDICA  
ESCUELA NACIONAL DE SALUD PUBLICA DE CUBA  
ROTEIRO DE REUNIÃO DE GRUPO

**CONTEXTUALIZAÇÃO:**

Caro (a) colega médico(a) e enfermeiro(a) do Programa de Saúde da Família (PSF) do município de Sobral,

- Este grupo faz parte de uma pesquisa de mestrado, desenvolvida na Escola de Formação em Saúde da Família, e que tem, como objetivo, o aprimoramento do programa de capacitação em saúde mental para médicos e enfermeiros da atenção básica do município. Entendemos que um programa de formação em saúde mental, para este nível de atenção, não poderia ser aprimorado sem a participação de seus atores principais, no caso, os próprios profissionais de saúde. Gostaria, portanto, de agradecer a presença de todos vocês aqui hoje.
- Introduzir elementos de contextualização antes de cada pergunta.

**PROCEDIMENTOS – DA EXECUÇÃO:**

- 1) DISPOR O GRUPO EM RODA E DISTRIBUIR CANETAS E PAPEL
- 2) ACOLHER OS PARTICIPANTES E FAZER COM QUE SE APRESENTEM (TARGETA COM NOMES)
- 3) EXPLICAR OS OBJETIVOS DA REUNIÃO E FORMA DE PARTICIPAÇÃO
- 4) GRUPO FOCAL ( UTILIZAÇÃO DE TARGETAS PARA DEFINIÇÃO DAS IDÉIAS CENTRAIS + TORMENTA DE IDEIAS + BUSCA DE CONSENSO OU VOTAÇÃO DAS IDÉIAS APRESENTADAS )
- 5) QUARENTA MINUTOS PARA CADA TEMA (INCLUINDO CONCLUSÃO)
- 6) CONCLUIR A ATIVIDADE POR CONSENSO OU VOTAÇÃO
- 7) ANOTAR OBSERVAÇÕES SUPLEMENTARES DOS GRUPOS

**QUESTÕES PARA O GRUPO:**

- 1) Quais são as maiores dificuldades encontradas por vocês para o atendimento de casos que se apresentam a partir de queixas emocionais ou transtornos mentais no território da ESF? Considere: tempo, organização do trabalho, falta de conhecimentos e habilidades em saúde mental etc.
- 2) Como deve ser a parceria entre médicos (as) e enfermeiros (as) do PSF no atendimento aos pacientes com queixas emocionais ou transtornos mentais no território? Defina ações comuns e ações de responsabilidade exclusiva dos médicos (as) e enfermeiros(as).

**Anexo 07:**  
**Questionário encaminhado para os docentes de enfermagem e medicina**

**MESTRADO EM EDUCAÇÃO MÉDICA**  
**ESCUELA NACIONAL DE SALUD PUBLICA DE CUBA**

Caro (a) colega professor (a),

Esta pesquisa tem como objetivos a identificação de necessidades de aprendizado em saúde mental e posterior elaboração de um programa de capacitação em saúde mental para médicos e enfermeiros da atenção básica. Entendemos que um programa de formação em saúde mental, para este nível de atenção, não poderia ser elaborado sem a participação dos profissionais responsáveis pela formação dos próprios profissionais de saúde. Gostaríamos, portanto, de contar com a sua colaboração para o preenchimento deste questionário, que será um dos elementos que comporão a base de informações para a elaboração de uma proposta de capacitação em saúde mental para a ESF de Sobral.

Firmamos o compromisso de que o sigilo individual das respostas será garantido.

Agradecemos desde já sua cooperação.

Alexandre Pereira – Mestrando

**I - Instruções para preenchimento e envio do questionário:**

1. Procure responder este questionário somente quando tiver tempo, disponibilidade e local tranquilo para fazê-lo. Assim você poderá se concentrar e não será interrompido desnecessariamente.
2. Leia atentamente as perguntas e procure respondê-las da forma mais completa possível.
3. Caso surja alguma dúvida quanto a alguma das perguntas formuladas, favor consulte o pesquisador por E-mail antes de respondê-la.
4. Após ter respondido às perguntas, encaminhe E-mail ao pesquisador com o questionário original e as respostas. Caso não receba uma devolutiva de confirmação de recebimento em 03 dias, favor comunicar o pesquisador por telefone para que o problema de comunicação possa ser sanado.

**II - Perfil dos pesquisados:**

Nome:

Titulação:

Instituição de ensino a qual está vinculada:

Cargo que atualmente ocupa na instituição de ensino:

Tempo em que atua ou atuou como professora de disciplinas de saúde mental na graduação e pós-graduação (em anos):

Citar as disciplinas de saúde mental de que você é atualmente responsável ou que já tenha ministrado nos últimos 05 anos:

### III – Perguntas:

1. Que ações de saúde mental devem ser de responsabilidade dos(as) enfermeiros(as) / médicos (as) que atuam no Programa de Saúde da Família (PSF) ?
2. Que conhecimentos<sup>1</sup> e habilidades<sup>2</sup> em saúde mental você acha que são indispensáveis ao(a) enfermeiro(a) / médico (a) para que ele (a) possa atuar, de forma resolutiva, na atenção aos clientes com queixas emocionais ou portadores de transtornos mentais no âmbito do PSF ?
3. As escolas de enfermagem / medicina de que você tem conhecimento preparam adequadamente os profissionais de enfermagem para atuação em saúde mental no âmbito da Estratégia de Saúde da Família (ESF) ? Caso negativo, comente sobre as principais falhas na formação dos (as) enfermeiro(as) / médicos (as) em saúde mental para atuação no nível básico de atenção à saúde.
4. Que métodos, meios e locais de aprendizagem você considera mais úteis para a formação dos enfermeiros(as) / médicos (as) em saúde mental para atuarem, de forma resolutiva, no âmbito da ESF?

---

<sup>1</sup> Entende-se conhecimentos como sendo critérios, conceitos, propriedades, relações, métodos, técnicas e opiniões (saberes).

<sup>2</sup> Entende-se habilidade como sendo sistema de ações e operações (saber fazer).

**Anexo 08:  
Perfil dos docentes que responderam ao questionário**

<b>Docente pesquisado</b>	<b>Faculdade</b>	<b>Titulação</b>	<b>Cargo atual</b>	<b>Tempo de docência em saúde mental</b>	<b>Disciplinas ministradas nos últimos 05 anos</b>
Enfermagem 1	Universidade de Fortaleza	Mestre	Coordenadora de estágios	27 anos	Enfermagem em saúde mental
Enfermagem 2	Universidade Federal do Ceará	Doutora	Professora adjunta	19 anos na graduação e 04 anos na pós-graduação	Enfermagem psiquiátrica Enfermagem em Saúde Mental I e II Tópicos Avançados em Saúde Mental
Enfermagem 3	Universidade Estadual do Ceará	Doutora	Professora assistente 05	04 anos	Enfermagem psiquiátrica Enfermagem em Saúde Mental I e II Tópicos Avançados em Saúde Mental
Enfermagem 4	Universidade Estadual vale do Acaraú	Doutora	Professora adjunta	08 anos	Enfermagem em Saúde Tópicos Avançados em Saúde Mental
Medicina 1	Universidade do Estado do Rio de Janeiro	Doutora	Professora adjunta	09 anos na graduação e 08 anos na pós-graduação	Psicologia médica II Psicopatologia Cursos de formação para ESF
Medicina 2	Universidade Estadual do Ceará	Doutor	Professor titular	15 anos	Processo de trabalho e produção da subjetividade Saúde mental e saúde pública
Medicina 3	Universidade Federal do Ceará	Doutor	Professor adjunto	03 anos	Psicologia médica

**Anexo 09:  
Parecer do comitê de ética do mestrado**


ESCUELA NACIONAL DE SALUD PUBLICA DE CUBA  
MINISTÉRIO DE SALUD PUBLICA DE CUBA  
ESCOLA DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA VISCONDE DE SABÓIA

**DECLARAÇÃO**


Declaramos aos devidos fins que como parte do projeto de pesquisa do Dr. Alexandre Araújo Pereira, para obtenção do título de mestre em Educação Médica outorgado pela Escuela Nacional de Salud Publica de Cuba, temos analisado e consideramos a aprovada a proposta de tese, assim como os instrumentos (questionários e entrevistas) que fazem parte da metodologia utilizada na mesma. Cabe assinalar que os mesmos reúnem todos os requisitos éticos exigidos pelo Comitê Acadêmico de nosso Mestrado para serem aplicados em função dos objetivos educativos propostos. Estes instrumentos foram elaborados para obtenção de informação relativa a aspectos educacionais necessários para a capacitação dos recursos humanos na área da Atenção Primária de Saúde.

Sobral, 29 de setembro de 2004.

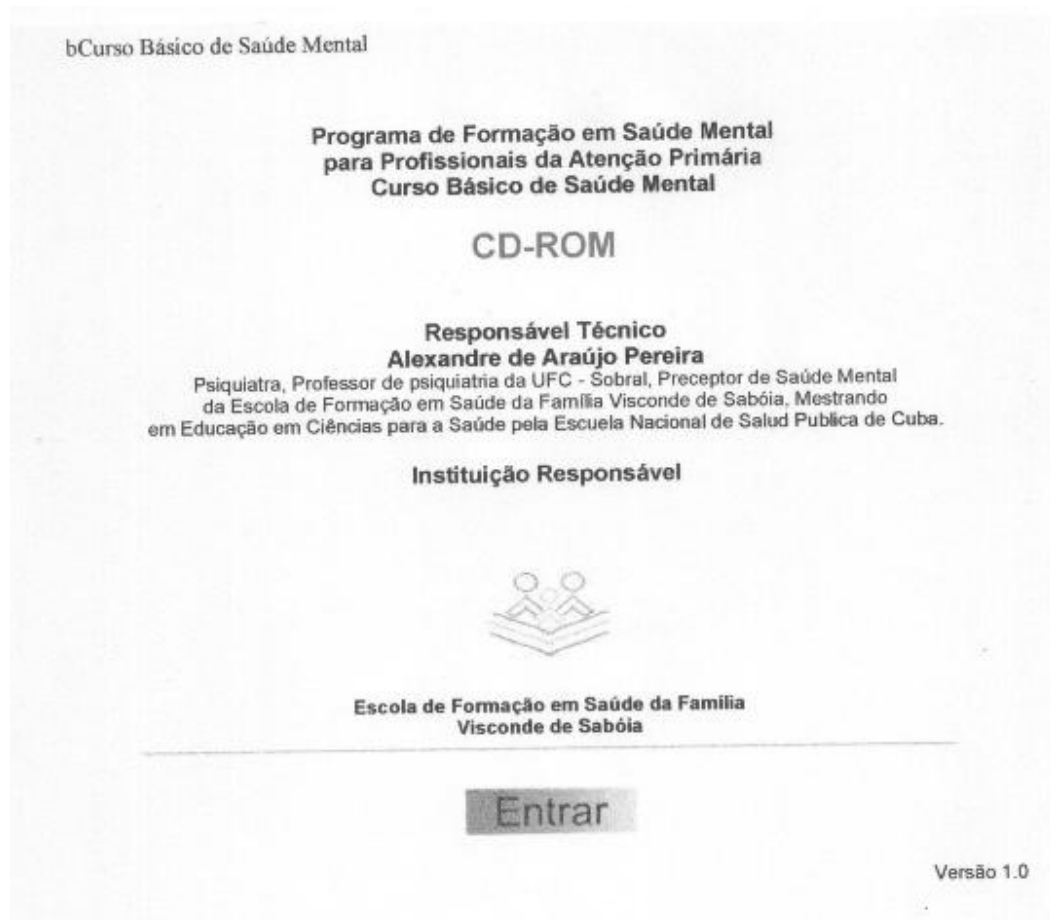
Pelo Comitê Acadêmico do Mestrado em Educação em Ciências para a Saúde

  
Alberto Natim Ricardo  
Coordenador do Mestrado

  
Bertha Fernandez Oliva  
Professora

  
Jose Luiz Vingut  
Professor

**Anexo 10:**  
**Primeira página do CD – ROM piloto para utilização pelos alunos e facilitadores**



## Anexo 11: Questionário de avaliação do curso para os alunos

### AVALIAÇÃO DO CURSO DE SAÚDE MENTAL PARA PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Caro aluno, o processo avaliativo é de suma importância para que possamos aprimorar a qualidade do curso oferecido, por isso mesmo, responda as questões de forma séria e honesta, sem omitir qualquer juízo de opinião. Você não precisa se identificar.

#### PARTE 1 CARACTERIZAÇÃO DOS ALUNOS

1.1.Sexo:

1.2.Idade:

1.3.Em que curso você se graduou na Universidade?:

1.4.Em que Universidade você concluiu seu curso de graduação?:

1.5.Em que ano você se graduou?:

1.6.Antes da realização do curso, já havia trabalhado em algum serviço de saúde mental, caso positivo, especifique qual:

1.7.Você sabe acessar a Internet para pesquisa de informações em saúde e utilização de E-mail?:

1.8.Você tem acesso a Internet por pelo menos 02 horas semanais?:

1.9. Qual o seu interesse na área de saúde mental:

Quase nenhum	Pequeno	Relativo	Grande	Muito grande
--------------	---------	----------	--------	--------------

1.10.Antes da realização do curso, considerava a sua formação em saúde mental, para sua prática clínica:

Muito insuficiente	Insuficiente	Suficiente	Boa	Muito boa
--------------------	--------------	------------	-----	-----------

1.11.Após a realização do curso, passou a considerar a sua formação em saúde mental, para sua prática clínica:

Muito insuficiente	Insuficiente	Suficiente	Boa	Muito boa
--------------------	--------------	------------	-----	-----------

#### PARTE 2 RELAÇÃO COM OS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL :

2.1. O acesso aos serviços de saúde mental é:

Muito difícil	Difícil	Nem fácil nem difícil	Fácil	Muito fácil
---------------	---------	-----------------------	-------	-------------

2.2.Recebe informações de retorno:

Quase nunca	Poucas vezes	Metade das vezes	Muitas vezes	Quase sempre
-------------	--------------	------------------	--------------	--------------

2.3. Quando recebe a informação, ela é suficientemente esclarecedora:

Quase nunca	Poucas vezes	Metade das vezes	Muitas vezes	Quase sempre
-------------	--------------	------------------	--------------	--------------

2.4. Como você considera a necessidade de articulação da atenção básica com serviços de saúde mental:

Nada importante	Pouco importante	Indiferente	Importante	Muito importante
-----------------	------------------	-------------	------------	------------------

#### PARTE 3 AVALIAÇÃO DO PROFESSOR

3.1.Domínio do conteúdo do curso:

Muito Bom	Bom	Regular	Ruim	Muito ruim
-----------	-----	---------	------	------------

3.2.Interação / Comunicação com os alunos:

Muito Bom	Bom	Regular	Ruim	Muito ruim
-----------	-----	---------	------	------------

3.3. Didática:

Muito Bom	Bom	Regular	Ruim	Muito ruim
-----------	-----	---------	------	------------

3.4. Capacidade de motivar o aluno para a aprendizagem:

Muito Bom	Bom	Regular	Ruim	Muito ruim
-----------	-----	---------	------	------------

#### **PARTE 4**

#### **AVALIAÇÃO DO CURSO DE SAÚDE MENTAL**

4.1. Como você avalia a carga horária atribuída ao curso:

Muito insuficiente	Insuficiente	Suficiente	Excessiva	Muito excessiva
--------------------	--------------	------------	-----------	-----------------

4.2. Como você observa a harmonia entre o conteúdo do curso e sua prática clínica:

Quase nenhuma	Pequena	Relativa	Grande	Muito grande
---------------	---------	----------	--------	--------------

4.3. Há algum conteúdo que você acha relevante e que não foi tratado no curso, caso positivo, cite:

4.4. Como você avalia as condições e recursos da sala de aula utilizada:

Muito Bom	Bom	Regular	Ruim	Muito ruim
-----------	-----	---------	------	------------

4.5. Como você avalia os recursos de ensino utilizados:

Muito Bom	Bom	Regular	Ruim	Muito ruim
-----------	-----	---------	------	------------

4.6. Como você avalia as bibliografias indicadas pelo professor:

Muito Bom	Bom	Regular	Ruim	Muito ruim
-----------	-----	---------	------	------------

4.7. Em geral, como você avalia o curso:

Muito Bom	Bom	Regular	Ruim	Muito ruim
-----------	-----	---------	------	------------

4.8. Dê outras sugestões sobre o curso, se desejar:

#### **PARTE 5**

#### **AUTO-AVALIAÇÃO**

5.1. Disciplina na sala de aula:

Muito Bom	Bom	Regular	Ruim	Muito ruim
-----------	-----	---------	------	------------

5.2. Pontualidade:

Muito Bom	Bom	Regular	Ruim	Muito ruim
-----------	-----	---------	------	------------

5.3. Participação em sala de aula:

Muito Bom	Bom	Regular	Ruim	Muito ruim
-----------	-----	---------	------	------------

5.4. Trabalhos em sala realizados por orientação do professor:

Muito Bom	Bom	Regular	Ruim	Muito ruim
-----------	-----	---------	------	------------

5.5. Minha motivação para continuar meus estudos em saúde mental:

Muito Bom	Bom	Regular	Ruim	Muito ruim
-----------	-----	---------	------	------------