

FACULDADES PEQUENO PRÍNCIPE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM ENSINO NAS CIÊNCIAS
DA SAÚDE

RAQUEL TATIANE HEEP

**O PAPEL DOS NASF NO ENSINO DE SAÚDE MENTAL NA
FORMAÇÃO DO MÉDICO GENERALISTA**

CURITIBA

2018

RAQUEL TATIANE HEEP

**O PAPEL DOS NASF NO ENSINO DE SAÚDE MENTAL NA
FORMAÇÃO DO MÉDICO GENERALISTA**

Projeto de Dissertação apresentado como requisito parcial para a Conclusão do Programa de Mestrado em Ensino nas Ciências da Saúde. Faculdade Pequeno Príncipe (FPP). Orientador: Prof. Dr. Rogério Saad Vaz.

CURITIBA

2018

AGRADECIMENTOS

A meu filho, Davi, inspiração, motivo, começo e fim de todos os meus caminhos. Que, com a maternidade, preencheu um vazio que eu nem sabia existir dentro de mim e o fez da maneira mais fantástica e intensa com que eu jamais teria sonhado. A você, meu filho, que é minha força e meu colo, minhas preocupações e meu sossego, meu motivo e minha razão. A você dedico uma mãe sempre em evolução e que o ensine a cada passo o valor do esforço, da dedicação e da gratidão.

A meus pais, Dari e Conceição, que nunca mediram esforços para minha formação humana, familiar, acadêmica, profissional e pessoal, na fé e na luta. A vocês, que me fortaleceram em todos os momentos – e em alguns muito difíceis –, com quem eu sempre pude contar, sabendo que me amariam dentro de todas as minhas forças, fraquezas e possibilidades. Hoje dou um passo a mais e a vocês o dedico, pois sempre serão meus maiores mestres.

Ao Prof. Dr. Rogério Saad Vaz, meu querido orientador, paciente e forte, que iluminou um caminho com que tanto sonhei. A seu braço forte, a sua insistência necessária, a sua doação e a sua dedicação.

A meus estudantes, que me ensinam no dia a dia o amor e o carinho pela docência. A vocês, com quem aprendo muito mais do que ensino: professores de humanidade, de esforço, de superação. Em especial a Gabriel Henrique de Oliveira Garcia e a Rômulo Augusta Andrade de Almeida, que deram a luz para o início deste projeto e que tanto me auxiliaram e foram realmente colaboradores valiosos e fundamentais.

RESUMO

Por muito tempo, sustentou-se na psiquiatria o modelo de internação, mas, com o advento da Reforma Psiquiátrica, este foi perdendo espaço; paralelamente, preconizava-se o método de ensino hospitalar. Dessa maneira, a Reforma Psiquiátrica também interferiu no modelo de educação em Saúde Mental, já que, com o fechamento de hospitais psiquiátricos, o ensino prático de Psiquiatria no Brasil ficou sob domínio principalmente do Centro de Atenção Psicossocial (Caps). Contudo, alguns estudantes e professores se mostraram insatisfeitos com a prática de ensino no Caps, pois se tratavam de casos mais graves que normalmente não se enquadravam na rotina do médico generalista. Uma alternativa foi o ensino pelos Núcleos de Apoio de Saúde da Família (Nasf). Com isso, este projeto pretende avaliar diagnósticos, gênero, idade e comorbidade dos pacientes psiquiátricos atendidos pelos estudantes de Medicina da Universidade Positivo (UP), em Curitiba (PR), em duas unidades de saúde, para avaliar se estatisticamente esses pacientes correspondem ao perfil geral da população psiquiátrica atendida por médicos generalistas, com base na comparação de dados obtidos na literatura. Ao fim, pretendemos mostrar como esse novo modelo é avaliado pelos estudantes que já cursaram a disciplina. A pesquisa foi dividida em duas fases distintas. A primeira fase¹ se caracteriza por uma abordagem quantitativa que busca avaliar o perfil epidemiológico dos pacientes psiquiátricos atendidos durante as aulas práticas de Saúde Mental no ano de 2015 para avaliar se o modelo de aulas práticas aborda melhor os pacientes psiquiátricos que seriam atendidos por médicos generalistas. A segunda fase utiliza o novo modelo de ensino como base e de modo quantitativo na aplicação de um questionário em escala Likert, já validada no Brasil, aos estudantes que já concluíram a disciplina, para analisar o nível de satisfação com o processo de ensino-aprendizagem. Foi cadastrado para as aulas práticas um total de 105 pacientes; destes, 20 faltaram às consultas e 6 não tiveram seus dados encontrados no sistema das Unidades de Saúde. Entre 79 pacientes restantes, a média de idade foi de 48,5 anos (DP± 16 anos; com variância de 13-85 anos), com 77,2% do sexo feminino; 64,5% dos pacientes eram portadores de algum Transtorno de Humor, seguidos por 10,1% de

¹ Aprovada CEP-UP-2015/2016 e aprovada pela Plataforma Brasil Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE): 47035215.9.3002.0101.

portadores de algum Transtorno de Ansiedade e 8,8% portadores de algum Transtorno Psicótico. Sobre a impressão geral da disciplina, a maior parte dos participantes teve boa impressão, correspondendo à 52,9% dos 104 respondentes. Em comparação com outros trabalhos epidemiológicos na literatura, a amostra do trabalho vigente foi similar à correspondente na Atenção Primária, com a qual se depara o médico generalista. Além disso, os estudantes que já concluíram a disciplina avaliaram seu nível de satisfação como positivo no processo de ensino-aprendizagem nesse novo modelo.

Palavras-chave: Educação. Psiquiatria. Epidemiologia. Saúde Mental. Medicina.

ABSTRACT

For a long time, it was based on the psychiatry of the hospitalization model, but with the advent of the Psychiatric Reform, this was losing space; At the same time, the hospital teaching method was recommended. Thus, the Psychiatric Reform also interfered in the existing Mental Education Model, with the closure of psychiatric hospitals, or in the practical teaching of Psychiatry in Brazil, under the control of the Psychosocial Attention Center (Caps). However, some cases occurred unhappily with the practice of non-curricular teaching, since the most serious cases were not normally part of the routine of the general practitioner. One alternative was the teaching of the Family Health Support Centers (Nasf). The purpose of this study was to obtain diagnostic evaluation, sex, age and comorbidity of the patients attended by two physicians at two positive points in the Positivo University (UP), Brazil, in order to statistically evaluate the patients with general disability of the psychiatric population attended by general practitioners, based on a comparison of data in the literature. Finally, we pretend to show that the new model is so expected by students who have already taken a course. The research was divided into two distinct phases. The first phase is characterized by a quantitative approach that seeks to evaluate the epidemiological profile of the psychiatric patients attended during the practical classes of Mental Health in the year 2015 to evaluate if the model of practical classes better addresses the psychiatric patients that would be attended by general practitioners. The use of the new version of teaching as basis and quantitative way in the application of a questionnaire in Likert, already validated in Brazil, has already been completed, with the objective of analyzing the level of satisfaction with the teaching-learning process. He was enrolled in practical classes for a total of 105 patients; 20 lacked consultations and 6 did not have their data found in the Health Units system. Among the remaining 79 patients, mean age was 48.5 years ($SD \pm 16$ years, with variation of 13-85 years), with 77,2% female; 64.5% of the patients had some Mood Disorder, followed by 10.1% of patients with some Anxiety Disorder and 8.8% with some Psychotic Disorder. On the overall impression, most of the expenses had a good impression, corresponding to 52.9% of the 104 respondents. Compared with the epidemiological work in the literature, a review of the work was similar to the corresponding one in the primary care,

with a series of general practitioners. In addition, students who have already completed an assessment course as positive in the teaching learning process.

Keywords: Education. Psychiatry. Epidemiology. Mental health. Medicine.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Fluxograma da Fase I	34
Figura 2 – Percentuais de respostas positivas para cada característica	45
Figura 3 – Aspectos importantes na formação do médico generalista em saúde mental	61

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características do Grupo 3 (N=79)	34
Tabela 2 – Outros diagnósticos (N=9; 11;3%)	35
Tabela 3 – Características dos pacientes com Transtorno Depressivo Maior (N=26)	36
Tabela 4 – Características dos pacientes com Transtorno Bipolar (N=25)	37
Tabela 5 – Características dos pacientes com Transtornos de Ansiedade (N=8)	37
Tabela 6 – Características dos pacientes com Transtornos Psicóticos (N=7)	38
Tabela 7 – Características dos pacientes com Abuso de Substâncias Primário (N=4)	38
Tabela 8 – Impressão geral sobre a disciplina	44
Tabela 9 – Quantidades e percentuais de todas as características avaliadas	44
Tabela 10 – Comparativo em relação à impressão geral	53

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 –	Prevalência dos transtornos no Grupo 3 (%) (N=79)	35
Gráfico 2 –	Relação dos Transtornos de Humor com outras comorbidades psiquiátricas (N=51)	36
Gráfico 3 –	Diagnósticos no estudo dos Transtorno de Ansiedade (%) (N=8)	37
Gráfico 4 –	Diagnósticos no estudo dos Transtornos Psicóticos (%) (N=7)	38
Gráfico 5 –	Diagnósticos no estudo dos Abusos de Substâncias Primários (%) (N=8)	39
Gráfico 6 –	Diagnósticos dos pacientes masculinos do Grupo 3 (%) (N=18)	40
Gráfico 7 –	Comorbidades clínicas dos pacientes masculinos do Grupo 3 (%) (N=18)	40
Gráfico 8 –	Diagnósticos das pacientes femininas do Grupo 3 (%) (N=61)	41
Gráfico 9 –	Comorbidades clínicas das pacientes femininas do Grupo 3 (%) (N=18)	42
Gráfico 10 –	Prevalência de doenças psiquiátricas na Unidade Básica de Saúde Tancredo Neves (%) (N=43)	42
Gráfico 11 –	Prevalência de doenças psiquiátricas na Unidade Básica de Saúde São Miguel (%) (N=36)	43
Gráfico 12 –	Comparação dos principais transtornos entre os estudos analisados	49

LISTA DE SIGLAS

ATC	Antidepressivo tricíclico
AVC	Acidente Vascular Cerebral
APS	Atenção Primária à Saúde
Bomfaq	Questionário Brasileiro de Avaliação Funcional Multidimensional
Caps	Centro de Atenção Psicossocial
DM II	<i>Diabetes mellitus</i> tipo II
DSM-5	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
ISRS	Inibidor Seletivo de Recaptação de Serotonina
Nasf	Núcleos de Apoio de Saúde da Família
Caps-AD	Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
OMS	Organização Mundial da Saúde
QRP	Questionário de Rastreamento Psicogeriátrico
TDAH	Transtorno de <i>Deficit</i> de Atenção com Hiperatividade
TDM	Transtorno Depressivo Maior
UBS	Unidades Básicas de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	REVISÃO DE LITERATURA	16
3	JUSTIFICATIVA	28
4	OBJETIVOS	29
4.1	Objetivo geral	29
4.2	Objetivos específicos	29
5	MÉTODO	30
6	RESULTADOS	33
6.1	Fase I: Grupos 1 e 2	33
6.2	Fase I: Grupo 3	34
6.3	Fase I: pacientes masculinos do Grupo 3	39
6.4	Fase I: pacientes femininas do Grupo 3	41
6.5	Fase I: tabulação dos dados e análise estatística	43
6.6	Fase II: questionário aplicado aos estudantes	43
7	DISCUSSÃO	46
7.1	Fase I: dados perdidos e pacientes que não compareceram	46
7.2	Fase I: comparação da amostra presente com a população geral	48
7.3	Fase I: comparação com estudos epidemiológicos em Centro de Atenção Psicossocial	50
7.4	Fase I: relação dos diagnósticos psiquiátricos e das comorbidades clínicas	50
7.5	Fase II: entendimento dos estudantes sobre o impacto do método em sua formação	52
7.6	Hospital geral: aliado na prática de saúde mental pelo médico generalista	57
7.7	Modelo pluralista de atuação ao invés do biopsicossocial	58
8	LIMITAÇÕES DO ESTUDO	60
9	CONCLUSÃO	61
10	PERSPECTIVAS	62
	REFERÊNCIAS	63
	ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	68

ANEXO B – TABELA COM OS DADOS DOS PACIENTES	72
ANEXO C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	74

1 INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o número de pessoas com transtornos mentais comuns, como Depressão e Transtorno de Ansiedade, está crescendo especialmente em países de baixa renda, pois a população está aumentando e mais pessoas chegam à idade em que essas doenças são mais frequentes. Outro problema é a má qualidade dos cuidados prestados àqueles que recebem tratamento.

Além do apoio dos serviços de saúde, pessoas com transtornos mentais precisam de apoio e de cuidados sociais e frequentemente necessitam também de ajuda para acessar programas educativos que se adaptem a suas necessidades. Isso sem considerar encontrar emprego e moradia que lhes permitam viver e ser ativos nas comunidades locais. Porém, mesmo a doença mental tendo claramente um mecanismo multidimensional, por muito tempo na história da psiquiatria o modelo hospitalar de internamento se sustentou na abordagem aos doentes.

Segundo Foucault (2013), esse modelo tinha como fim isolar o “louco” da sociedade que prezava pela ordem e pela razão. As práticas do internamento não abordavam o “louco” sob o ponto de vista de uma doença que deveria ser curada, mas sim de uma falha moral que deveria ser corrigida. Dessa maneira, o médico entrou no internamento psiquiátrico devido a sua postura moral e íntegra, prezando pelo bem da sociedade.

Essa análise de Foucault (2013) gerou uma crítica social em relação à abordagem vigente dos doentes mentais e a procura por formas mais humanitárias de se tratar esses indivíduos. Franco Besaglia, psiquiatra italiano, foi pioneiro na luta antimanicomial que, em 1973, inspirou uma lei que aboliu os hospitais psiquiátricos em seu país (ARBEX, 2014).

No Brasil, os modelos hospitalar e de reforma não foram tão diferentes quanto no resto do mundo. Um dos principais exemplos de desumanização no tratamento psiquiátrico foi o Hospital Colônia, em Barbacena (MG), no qual eram internados e maltratados aqueles que não se encaixavam no modelo de ordem social (ARBEX, 2014). Diante de fatos como os ocorridos no Colônia, tentou-se instaurar um projeto de lei que abrigasse a Reforma Psiquiátrica no Brasil. Por esse motivo, foi sancionada a Lei n.

10.216, de 6 de abril de 2001, que propõe um modelo aberto de atenção à saúde mental e de bases comunitárias.

Assim, surgiram em território nacional os Centros de Apoio Psicossocial (Caps), voltados para o tratamento de transtornos mentais mais graves e que precisam de acompanhamento mais apurado. No mesmo processo da Reforma Psiquiátrica, a Atenção Primária à Saúde (APS), representada pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), assumiram um papel mais ativo no cuidado integral do doente mental, compondo os Núcleos de Apoio da Saúde da Família (Nasf), voltados para abordagens comunitárias e o trabalho de equipe entre o médico generalista e os especialistas de outras áreas que possam ajudar em problemas mais específicos – no caso da saúde mental, o psiquiatra e o psicólogo.

Contudo, vale ressaltarmos que o modelo de ensino prático em Saúde Mental por muito tempo andou lado a lado com o modelo hospitalar de internação, já que era nos hospitais psiquiátricos que os estudantes de Medicina tinham contato com tais pacientes. Por isso, a Reforma Psiquiátrica também afetou o modelo de educação em Saúde Mental, que atualmente no Brasil está sendo exposto aos estudantes predominantemente por meio dos Caps.

Alguns estudantes e profissionais acreditam que o método de ensino prático em Saúde Mental pelo Caps é uma experiência positiva. Andrade et al. (2014) fazem um relato subjetivo de suas atividades práticas no Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas (Caps-AD) e afirmam que as atividades no Centro e no ambulatório têm sido de grande relevância tanto para o acadêmico, individualmente, como para o curso de Medicina, que tem carências no que diz respeito à questão psiquiátrica.

Outros estudantes e profissionais acreditam que, por mais que se trate de uma experiência positiva, o modelo de ensino prático pelo Caps tem suas limitações. Duarte, Pinho e Miasso (2011) relatam positivamente sua experiência de estágio em Caps, mas citam como limitações a escassez de recursos financeiros, a baixa infraestrutura da área física, a superlotação e a pouca participação das famílias dos usuários no serviço.

De acordo com Lobosque (2009), a formação psiquiátrica ainda não aceitou o desafio proposto pela construção de redes de atenção no Sistema Único de Saúde (SUS). Segundo o autor, alguns psiquiatras se sentem desconfortáveis e sem lugar nesse

sistema de atuação devido aos problemas relativos à formação hospitalar que receberam. Procurando integrar a realidade socioeconômica de nosso país, as diretrizes da OMS para ampliação do cuidado à doença mental e a proposta de fortalecimento da APS, a alternativa a ser avaliada neste trabalho é um modelo de ensino prático com base nos Nasf (Fase I). A Universidade Positivo (UP) adotou aulas práticas em Saúde Mental para os estudantes de Medicina a partir desse programa em 2015, com o objetivo de preparar os estudantes para situações que o próprio médico generalista deve resolver.

Além disso, devemos ressaltar a qualidade do ensino proposto. Novos modelos geram novas experiências e novos desafios, mas o objetivo principal deve ser uma maior assimilação do conteúdo com maior papel facilitador do professor e, conseqüentemente, melhores profissionais em atuação no futuro. O processo de educação médica nos cursos de graduação do Brasil tem sido motivo de intensa discussão, acentuada a partir do fim do século XX, trazendo à mobilização vários segmentos sociais organizados. Existiam mudanças necessárias a serem realizadas na estrutura de base do ensino: não somente em sua organização disciplinar mas também no aspecto pedagógico da construção do conhecimento.

Assim, tentando abordar todas essas questões, propusemos como perguntas norteadoras a adequação do ensino de saúde mental baseado no Nasf para a formação do médico generalista e se os estudantes que concluíram a disciplina nesse novo método tiveram um entendimento positivo acerca dele.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Atualmente, a Depressão afeta 322 milhões de pessoas no mundo, segundo dados divulgados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) referentes a 2015. Em 10 anos, de 2005 a 2015, esse número cresceu 18,4%. A prevalência do transtorno na população mundial é de 4,4%; no Brasil, 5,8% da população sofre com esse problema, que afeta um total de 11,5 milhões de brasileiros. Segundo os dados da OMS, o Brasil é o país com maior prevalência de depressão da América Latina e o segundo nas Américas, ficando atrás somente dos Estados Unidos, que têm 5,9% de depressivos entre a população.

Ainda segundo a OMS, o número de pessoas com Transtornos de Ansiedade era de 264 milhões em 2015, com um aumento de 14,9% em relação a 2005. A prevalência na população é de 3,6%. É importante observarmos que muitas pessoas têm Depressão e Transtornos de Ansiedade. O Brasil é recordista mundial em prevalência de Transtornos de Ansiedade: 9,3% da população sofre com o problema; ao todo são 18,6 milhões de pessoas.

A loucura nem sempre foi considerada uma doença passível de diagnóstico, tratamento, cura ou desvio, erro passível de correção ou punição; nem sempre se pensou na necessidade de uma intervenção profissional ou técnica para tratá-la ou em transformá-la em objeto de estudo de determinado campo do saber. Muitos autores analisaram o processo de transformação do entendimento da loucura e, conseqüentemente, do louco na sociedade. Entretanto, a obra que mais tem sido utilizada como referência nesse assunto é a tese de doutoramento de Michel Foucault, publicada no Brasil com o nome *História da loucura na Idade Clássica* (FOUCAULT, 2003). Nela, o autor percorre as mudanças de significados pelos quais a loucura passou até adquirir o *status* de doença mental e passar a exigir uma especialidade dentro da Medicina e de um conjunto de normas, definições, conceitos e significados que compõem a instituição psiquiátrica e a Psiquiatria.

Franco Basaglia (op. cit. AMARANTE, 1996), precursor do movimento de Reforma Psiquiátrica italiano, e seus companheiros questionaram o conceito de doença mental produzido pela psiquiatria, considerado limitado – ao “catalogar” o sofrimento mental, a Psiquiatria reduziu o sujeito doente. O autor afirma que, durante todo o tempo, a Psiquiatria se ocupou da doença e colocou o doente mental “entre parênteses”. Em vista

disso, propõe uma inversão: colocar a doença mental entre parênteses e tratar/cuidar do sujeito doente. De acordo com Amarante (1996), esse princípio se refere à individualização da pessoa doente, isto é, ocupar-se não da doença mental como conceito psiquiátrico, mas de tudo aquilo que se construiu em torno da doença.

Os determinantes da saúde mental e dos transtornos mentais incluem não apenas atributos individuais, como a capacidade de administrar os pensamentos, as emoções, os comportamentos e as interações com os outros, mas também os fatores sociais, culturais, econômicos, políticos e ambientais, como políticas nacionais, proteção social, padrões de vida, condições de trabalho e apoio comunitário. Os sistemas de saúde ainda não responderam adequadamente à carga dos transtornos mentais; como consequência, a distância entre a necessidade de tratamento e sua oferta é ampla em todo o mundo.

Em países de baixa e média rendas, entre 76% e 85% das pessoas com transtornos mentais não recebem tratamento. Em países de alta renda, entre 35% e 50% das pessoas com transtornos mentais estão na mesma situação. O Plano de Ação Integral sobre Saúde Mental 2013-2020 da OMS, aprovado pela Assembleia Mundial da Saúde, em 2013, reconhece o papel essencial da saúde mental na consecução da saúde para todas as pessoas. O plano inclui quatro grandes objetivos:

1. Liderança e governança mais eficazes para a saúde mental;
2. Prestação de serviços abrangentes e integrados de saúde mental e assistência social em contextos comunitários;
3. Implementação de estratégias de promoção e de prevenção;
4. Sistemas de informação reforçados, evidências e pesquisas.

O Programa de Ação da OMS para Reduzir as Lacunas em Saúde Mental (mhGAP), lançado em 2008, utiliza orientações técnicas, instrumentos e módulos de capacitação baseados em evidência para ampliar a prestação de serviços, especialmente em países com recursos escassos. O programa foca uma série de condições prioritárias, direcionando a capacitação para provedores de cuidados de saúde não especializados em uma abordagem integrada que promova a saúde mental em todos os níveis de cuidados.

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, Austrália e Chile 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.

O primeiro estudo mais aprofundado sobre o tema foi publicado na década de 1980 pelos professores Goldberg, Steele, Smith e Spivey (1980), vinculados ao Instituto de Psiquiatria de Londres. Outros trabalhos identificaram 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 nos pacientes. Pouco antes, Maguire, Roe e Goldberg (1978) já haviam demonstrado que a utilização de técnicas de áudio e vídeo como *feedback*, quando os próprios estudantes conduziam entrevistas médicas com os pacientes e analisavam o material gravado em grupo, eram mais eficazes que aulas expositivas no desenvolvimento de habilidades para entrevistar os pacientes. Essas técnicas foram aprimoradas ao longo dos anos e passaram a ser utilizadas com sucesso também no desenvolvimento de habilidades para a abordagem de problemas específicos de saúde mental na Atenção Primária, como Síndrome da Fadiga Crônica, Psicoses, Demências, Depressão e Somatizações.

Outro centro de grande importância na pesquisa educacional em saúde mental para a Atenção Primária é o Departamento de Psiquiatria da Universidade de Manchester, também na Inglaterra. Um grupo de pesquisadores dessa instituição, coordenado pela professora Linda Gask, trabalha em conjunto com o Instituto de Psiquiatria de Londres e tem vasta experiência na condução e na avaliação de cursos de Saúde Mental direcionados para profissionais da Atenção Primária.

Segundo Cruz, Lago e Aneiros-Riba (1999), o século XX foi rico na introdução de experiências no campo da formação dos recursos humanos em saúde. Em 1910, foi publicado o relatório *Flexner*, com base no estudo de 155 escolas médicas dos Estados Unidos e o Canadá, por meio do qual foi elaborado um conjunto de recomendações. O aspecto mais significativo desse estudo foi a consolidação de um modelo biomédico clínico de caráter eminentemente individual e curativo, o que se constituiu mais tarde em um poderoso complexo médico-industrial. Esse modelo, inicialmente desenvolvido nos

EUA, disseminou-se 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 1960, o trabalho desenvolvido pela Universidade McMaster, no Canadá, que introduziu o ensino baseado em problemas, estendeu-se por múltiplas escolas de Medicina no mundo. Na década de 1970, a Declaração de Alma-Ata, sobre Atenção Primária à Saúde, gerou as bases para que a Organização Mundial da Saúde (OMS) desenvolvesse em 1981 a estratégia Saúde para Todos no Ano 2000, que influenciou o desenvolvimento de currículos orientados para temas comunitários e a implantação de novas áreas de ensino voltadas para a educação e a promoção de saúde. Nos anos 1980 e 1990, 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 Assembleia Geral da OMS, em 1995, foram postuladas as bases para a educação médica do terceiro milênio, que podem ser resumidas em cinco princípios básicos:

1. Estratégias

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

2. Processo de ensino-aprendizado

- Do ensino para a aprendizagem;
- Das estratégias de ensino passivo para as estratégias ativas, daquelas centradas no professor para aquelas centradas no estudante, autodirigidas;
- 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.

3. 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.

4. Dos docentes, dos estudantes e da comunidade na educação médica

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

5. Papel da universidade

- Intercâmbio internacional como fonte de enriquecimento e de desenvolvimento da universidade;
- Universidade médica como centro gerador de conhecimentos e de resultados científicos para melhorar a educação e a prática médicas;
- 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, em que o Estado assume ações de regulação e de avaliação.

Quanto aos profissionais da área de saúde, de acordo com o trabalho de Nunes, Jucá e Valentim (2007), no qual alguns profissionais foram entrevistados, muitos

afirmaram se sentir despreparados para lidar com o problema da saúde mental e muitos médicos generalistas se disseram despreparados para receitar remédios como ansiolíticos e antipsicóticos. Segundo os autores, isso gera um sentimento de impotência e frustração nesses profissionais, o que os leva a uma má conduta perante os pacientes de saúde mental, o que pode ser um fator desestimulante para que os pacientes compareçam ou retornem às consultas. Assim, enquanto os médicos generalistas não tiverem preparo e segurança para lidar com pacientes de saúde mental em menor complexidade e gravidade, teremos uma modalidade de porta giratória, na qual o doente e o médico não se encontram de maneira efetiva e resolutiva e que gere menor sofrimento a todo o sistema.

Segundo Michelon e Vallada Filho (2009), a prevalência anual de depressão na população geral brasileira é de 3% a 10% entre aqueles que procuram algum serviço de saúde e de 20% em portadores de doenças crônicas. A prevalência ao longo da vida chega a 25% em mulheres e 12% em homens. A idade média de início é por volta dos 40 anos (como comprovado no estudo vigente). De acordo com Falkai, Fritze e Laux (2013), dentro da Atenção Primária na Europa, os transtornos mais prevalentes são Transtorno Depressivo Maior (TDM), com 12,7%; Transtorno de Ansiedade Generalizada, com 8,5%; e Neurastenia, com 7,9%.

Ainda de acordo com os autores, apenas 50% dos casos de TDM são reconhecidos na Atenção Primária, o que mostra que há possibilidade de a prevalência dessa doença ser maior do que as taxas mostradas. Além do mais, para Murray e Lopez (1997), existe a previsão de que em 2020 a TDM seja a segunda maior causa de perdas de anos de vida, ficando atrás apenas da Isquemia do Miocárdio – como veremos adiante, aquela é fator de risco para esta.

Maia, Durante e Ramos (2004) organizaram um estudo transversal para avaliar a prevalência de doenças mentais na população idosa com mais de 60 anos de uma área urbana do Estado de Minas Gerais, sem especificar o diagnóstico. Foram utilizados o Questionário de Rastreamento Psicogeriátrico (QRP) e o Questionário Brasileiro de Avaliação Funcional Multidimensional (Bomfaq) para *screening* de doenças mentais e perfil demográfico, respectivamente. A amostra contou com 327 pacientes com ou sem diagnóstico de doença mental (diferente deste estudo). Destes, 33,9% eram do sexo

masculino e 66,1%, do sexo feminino. Das pacientes mulheres, 31,6% tiveram *screening* positivo para algum transtorno mental, contra 21,6% dos homens.

Gonçalves e Kapczinski (2008), também em estudo transversal, fizeram a análise estatística dos transtornos mentais dos pacientes em uma Unidade de Saúde em Santa Cruz do Sul (RS). Os diagnósticos foram realizados por meio do questionário Structured Clinical Interview for DSM Disorders (SCID-IV-TR), com amostra de 754 pacientes com ou sem diagnóstico de doença mental (diferente deste estudo, que contou apenas com pacientes psiquiátricos). A média de idade foi de 37,9 anos (DP+- 15,5), sendo 30,6% do sexo masculino e 69,4% do sexo feminino. Os transtornos mais prevalentes, em ordem decrescente, foram TDM (17,6%), Transtorno de Ansiedade Generalizada (11,5%), Transtorno Depressivo Persistente (11,3%), Transtorno do Pânico (6,2%), Abuso de Álcool (6,2%) e Transtorno Bipolar (5,3%).

Miranda, Tarasconi e Scortegagna (2008) avaliaram 2.848 prontuários de pacientes atendidos em 5 instituições públicas de saúde mental no interior do Rio Grande do Sul. Destes, 52,8% eram do sexo feminino e a faixa etária de maior incidência foi entre 30 anos e 39 anos. Os transtornos mais prevalentes foram Episódio Depressivo (14,2%), Esquizofrenia (11,8%) e Transtornos Relacionados ao Uso de Álcool (9,8%). Avaliando apenas a população feminina, a ordem de prevalência foi de Episódio Depressivo (23,4%), Transtornos Neurótico e de Ansiedade (11,7%) e Transtorno de Ajustamento (10,7%). Na população masculina, a ordem foi de Transtornos Relacionado ao uso de Álcool (20,7%), Esquizofrenia (19%) e Episódio Depressivo (7,6%).

Reis (2012) fez a análise epidemiológica dos pacientes de um ambulatório psiquiátrico de uma região do interior paulista. A amostra contou com 1.281 pacientes, dos quais com 69% eram do sexo feminino e cerca de 50% com idade entre 40 anos e 59 anos. Os diagnósticos mais comuns foram Depressões (22%), Esquizofrenia (18%), Transtornos de Ansiedade (14%), Transtorno de Personalidade (14%) e Transtorno Bipolar (11%). Dos pacientes com algum tipo de Depressão, 82% eram do sexo feminino e 67% se apresentaram dentro da faixa etária dos 40 anos aos 69 anos, com média de 52,7 anos. Quanto aos pacientes com Esquizofrenia, 60% eram do sexo masculino com média de 49 anos de idade. Em relação aos pacientes com algum Transtorno Ansioso,

78% eram do sexo feminino com média de 47,7 anos de idade. Já entre os pacientes com Transtorno Bipolar, 72% eram do sexo feminino, com média de 47,6 anos de idade.

Pelisolli e Moreira (2005) registraram uma análise epidemiológica do Centro de Atenção Psicossocial (Caps) Casa Aberta, em Osório (RS). A amostra contou com 2.470 pacientes: 59,6% do sexo feminino e com média de idade de 30,3 anos. Os transtornos mais comuns foram Transtornos de Ansiedade (22,3%), Transtornos de Humor (21,2%), Esquizofrenia (11,9%) e Retardo Mental (2,3%). Os dois primeiros transtornos foram mais prevalentes em pacientes do sexo feminino e o terceiro foi mais prevalente em pacientes do sexo masculino.

Carvalho, Silva e Rodrigues (2010), em estudo epidemiológico de pacientes de Caps Geral, Caps-AD e Centro de Atenção Psicossocial Infantil (Capsi), analisaram 58 prontuários. A média de idade foi de 42 anos com 79,3% dos pacientes sendo do sexo feminino. Os diagnósticos mais prevalentes foram Transtornos de Ansiedade (N=17; 29,3%), Esquizofrenia (N=16; 27,5%) e Transtorno Bipolar (N=8; 13,7%).

No estudo epidemiológico de Paula (2010), a amostra analisada do Caps de Recife (PE), contou com amostra de 95 pacientes. Destes, 69% eram do sexo feminino, com faixas de idade mais prevalentes entre 26 anos e 35 anos e de 36 anos a 45 anos, com percentuais de 24% e 23%, respectivamente. Os diagnósticos mais prevalentes foram Transtornos de Humor (34,4%), Transtornos Psicóticos (25,6%), Mais de um Diagnóstico (20%) e Diagnóstico não Informado (16,7%).

Freitas e Souza (2010) realizaram análise epidemiológica de 223 pacientes de um Caps de Ilhéus (BA). A média de idade foi de 43 anos, com 52% dos pacientes sendo do sexo masculino. Os diagnósticos mais frequentes foram de Esquizofrenia (30%), Depressões (24,7%) e Psicose não Especificada (19,3%).

Mangualde et al. (2013) traçaram o perfil epidemiológico de pacientes psiquiátricos atendidos em um Caps de Barbacena (MG) em uma amostra que contou com 583 pacientes. Destes, 56,6% eram do sexo masculino e a média de idade foi de 38,7 anos (DP± 3,6 anos). Os diagnósticos mais prevalentes foram Transtornos Psicóticos (29%), Abuso de Substâncias (21%) e Retardo Mental (4%). Em todas as categorias diagnósticas, a maioria dos pacientes foi do sexo masculino.

Santos et al. (2000), em seu levantamento epidemiológico de pacientes psiquiátricos de um Hospital Geral em Ribeirão Preto (SP), contou com uma amostra de 600 pacientes. A média de idade foi de 34,5 anos ($DP \pm 12,7$ anos), com 56,7% dos pacientes do sexo masculino. Os transtornos mais prevalentes foram Transtornos do Uso do Álcool (17,6%), Esquizofrenia (15,5%), Episódio Maníaco (11,8%) e Episódio Depressivo (10,9%).

Dalgalarrondo, Botega e Banzato (2003) fizeram análise similar em um Hospital Geral de Campinas (SP) em amostra que contou com 1.463 pacientes. Destes, 52,9% eram do sexo masculino e a média de idade foi de 35,9 anos ($DP \pm 14,8$ anos). Os transtornos mais comuns foram Transtornos de Humor (30%), Esquizofrenia (19,1%) e Transtornos de Personalidade (15%).

Sousa, Silva e Oliveira (2010) fizeram um levantamento quantitativo dos pacientes de saúde mental em um hospital de Sobral (CE). O tamanho amostral foi de 191 pacientes, dos quais 70,1% eram do sexo masculino e a faixa de idade com maior prevalência foi entre 30 anos e 49 anos. Os transtornos mais comuns apresentados foram Transtornos do Uso de Álcool (42,4%), Transtorno Depressivo (10,4%), Transtorno Dissociativo (10%) e Esquizofrenia (8,4%).

Silva et al. (2014) fizeram um levantamento epidemiológico dos pacientes de um hospital geral no Estado do Paraná. A amostra conteve 240 prontuários analisados, dos quais 156 (65%) eram do sexo masculino e a média de idade foi de 41,5 anos ($DP \pm 12,8$ anos). Os transtornos mais comuns foram Abuso de Substância (47,5%), Transtornos Psicóticos (41,3%) e Transtornos de Humor (8,3%).

Doenças clínicas podem contribuir para a patogênese da Depressão com efeitos diretos na função cerebral ou efeitos psicológicos ou psicossociais (ALEXOPOULOS et al., 2002). Depressão também é fator de risco para doenças coronarianas e para Acidente Vascular Cerebral (AVC) (PRINCE et al. 2007). O estudo de Kilbourne et al. (2004) mostrou um percentual de 35% de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) entre os pacientes com Transtorno Bipolar.

Humor Depressivo está associado com maior incidência de Diabetes (Prince et al. 2007), o que indica que a pesquisa acerca de Humor Depressivo deveria fazer parte do *screening* geral dos pacientes com risco de desenvolver Diabetes (ROTELLA;

MANNUCCI, 2013). Considera-se que 10% dos pacientes com Transtorno Bipolar desenvolvem *Diabetes Mellitus* tipo 2 (DM II), com aproximadamente o dobro de risco em relação à população geral (ROTELLA; MANNUCCI, 2013). O estudo de Kilbourne et al. (2004) apresentou um percentual de 17% de pacientes com Diabetes entre os pacientes com Transtorno Bipolar, um pouco maior do que o apresentado por Rotella e Mannuci (2013).

O desenvolvimento de DM II está mais associado a episódios depressivos, por isso pacientes com Transtorno Bipolar do tipo II têm maior chance de desenvolvê-la (VANCAMPFORT, 2015). Os mecanismos que podem levar a isso são: 1) a maior quebra de carboidratos e o ganho de peso induzidos por alguns antidepressivos; 2) a relação entre Humor Depressivo e Transtornos Alimentares ou comportamento sedentário; 3) o fato de o Humor Depressivo levar a uma menor aderência terapêutica dos pacientes com Diabetes; e 4) o fato de o Humor Depressivo aumentar o estresse oxidativo, o que causa aumento do cortisol, que é antagonista da insulina (ROTELLA; MANNUCCI, 2013).

Segundo Mezuk et al. (2008), estudos mostram que existe forte associação entre Depressão e DM II – 13 estudos, 6.916 casos –, mas não tão forte no sentido de a Diabetes gerar a Depressão (7 estudos, 6.414 casos). Em um estudo feito no Bipolar Disorder Center for Pennsylvanians, nos Estados Unidos, 40% dos pacientes apresentaram critérios para Síndrome Metabólica (FAGIOLINI et al., 2008).

Não restam dúvidas da importância e do impacto do cuidado adequado à saúde mental, desde aspectos da própria doença, como sofrimento pessoal, laboral, familiar e social, até aspectos clínicos e comórbidos que os transtornos revelam e agravam. Por isso é fundamental ressignificar ao estudante, futuro médico generalista, a relevância da saúde mental, trazendo propostas que inovem e fortaleçam seu aprendizado na área.

Ballester et al. (2005) estudaram 41 clínicos gerais que atuavam na Atenção Primária em duas cidades da Região Sul do Brasil com o intuito de identificar possíveis barreiras no atendimento aos portadores de transtornos mentais. Os autores chegaram a importantes conclusões de cunho educacional:

1. 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 sustentar relacionamentos com pacientes portadores

de problemas complexos com o intuito de facilitar o atendimento e contribuir com maior eficácia para o tratamento;

2. 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;
3. uma importante ferramenta de educação continuada tem sido a possibilidade de o médico generalista trabalhar com o suporte de um especialista por meio da atuação do psiquiatra na Atenção Primária.

Nesse aspecto, a Universidade Positivo (UP) propôs a revisão do ambiente de ensino, que até então era realizado em Caps ou hospitais psiquiátricos. Essa alteração foi realizada a partir do ano de 2015, quando as aulas práticas em saúde mental começaram a ser realizadas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), por meio dos Núcleos de Apoio de Saúde da Família (Nasf). Neste estudo também pretendemos averiguar como foi a assimilação recebida pelos estudantes em relação à metodologia proposta (Fase II), e para isso devemos primeiramente nos ater a como isso foi mensurado.

Segundo Hubley e Zumbo (1996), uma boa mensuração deve ter duas características essenciais: confiabilidade e validade. A confiabilidade como sinônimo de consistência, estabilidade e previsibilidade. A validade com sentido de acuracidade, autenticidade e veracidade, referindo-se à medida ser congruente com a propriedade avaliada dos objetos, e não com a exatidão com que a mensuração, que descreve a propriedade do objeto, é realizada. Costuma-se definir a validade de um instrumento por sua capacidade de medir o que supostamente deve medir.

Marcondes (1991), na Universidade de São Paulo (USP), em 1990, mostrou satisfação de 70% a 80% em diferentes blocos de disciplinas em relação ao currículo da escola. Ruiz e Morita (1991), em Botucatu (SP), encontraram 47,7% de conceito excelente em relação ao currículo da escola. Clack (1994), no Kings College School of Medicine and Dentistry of London, na Inglaterra, encontrou 70% de satisfação entre os estudantes. Na Hebrew University of Jerusalem, em Israel, Eyal e Cohen (2006) descobriram que, apesar de apenas 60% dos respondentes, entre estudantes e médicos já graduados, estarem satisfeitos com sua educação médica, 33% concordavam que os

conhecimentos fundamentais, as habilidades, as atitudes e os valores que todo médico deve receber em sua graduação tinham ficado explicitamente claros para todos enquanto estudantes. Na Faculty of Health Sciences da Linköping University, na Suécia, Antepohl et al (2003) estudaram a satisfação dos estudantes da graduação após a implantação de novo currículo, obtendo alto grau de satisfação dos egressos quanto a sua educação na graduação e a sua preparação para a prática médica.

3 JUSTIFICATIVA

Transtornos mentais já são considerados como um problema de saúde pública. Prevê-se que até 2020 a Depressão será a doença mais incapacitante do mundo, e o Brasil é recordista mundial em Transtornos de Ansiedade. Além disso, o suicídio tem crescido de modo avassalador entre populações mais jovens e economicamente ativas. É urgente redimensionarmos a saúde mental na sociedade e nas escolas médicas.

Após a Reforma Psiquiátrica, muitas universidades brasileiras ficaram sujeitas ao ensino prático com base no Centro de Atenção Psicossocial (Caps). Contudo, muitos estudantes e professores se mostram insatisfeitos com essa base de ensino, alegando que, na prática, não atinge satisfatoriamente seus objetivos, pois os pacientes atendidos nessas unidades apresentam transtornos mais graves. Essa realidade não corresponde às definições do médico generalista, que frequentemente se depara com transtornos mais comuns na população e de menor gravidade.

Assim, no Caps, os estudantes não se deparam com o que se tornará seu futuro cotidiano, o que torna necessário avaliar o ensino prático em saúde mental com base nos Núcleos de Apoio de Saúde da Família (Nasf), tendo como parâmetro o objetivo estipulado pela Universidade Positivo (UP): “preparar os estudantes para situações em Saúde Mental que o próprio Médico Generalista deve resolver” (PEREIRA; COSTA; MEGALE, 2012). Entretanto, não cabe a este estudo avaliar a influência da Reforma Psiquiátrica na educação médica a partir de bases ideológicas, mas sim metodológicas.

Com base em um novo modelo baseado nos Nasf, propomos avaliar objetivamente a percepção do discente frente a esse conceito. Mudanças de trajetória devem ser constantemente avaliadas e reestudadas, com o objetivo maior de melhorar a Educação em Saúde e tendendo a um maior fortalecimento do médico generalista e da Atenção Primária em Saúde (APS).

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo geral

Avaliar como a inserção do estudante na realidade prática do cuidado em saúde mental junto aos Núcleos de Apoio de Saúde da Família (Nasf), em Unidades de Saúde, pode contribuir para a formação do médico generalista.

4.2 Objetivos específicos

- a) Definir se o perfil epidemiológico de doenças psiquiátricas e das comorbidades clínicas dos pacientes atendidos nos Nasf aborda os principais transtornos mentais que o estudante de Medicina, futuro médico generalista, deve conhecer na proporção com que ocorrem na comunidade;
- b) Averiguar o entendimento dos estudantes sobre o impacto do método com cenário em Nasf em sua formação.

5 MÉTODO

O presente trabalho foi dividido em duas fases distintas. A primeira caracteriza-se por uma abordagem epidemiológica, exploratória descritiva, transversal e quantitativa. Para isso, será feita a análise de prontuários de pacientes atendidos pelos estudantes do quarto ano de Medicina da Universidade Positivo (UP) nas Unidades de Saúde Tancredo Neves e São Miguel, em Curitiba (PR), durante o ano de 2015. Será realizada a avaliação da versão digital dos prontuários salvos no sistema digital da Prefeitura de Curitiba (e-Saúde), não havendo qualquer custo previsto com resgate de prontuários impressos. Destes, serão obtidos diagnósticos, gênero, idade e comorbidades clínicas para que sejam comparados com os da literatura explorada.

Com isso, pretendemos avaliar se os transtornos apresentados pelos pacientes são proporcionalmente condizentes com os encontrados na população geral. As informações serão cruzadas em tabela no software Microsoft Excel e avaliadas por um profissional para que sejam realizadas a análise estatística e a comparação com a literatura.

Os pacientes serão agrupados em diagnósticos específicos ou categorias dos diagnósticos aos quais pertencem, segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5). Se dentro de algum agrupamento e diagnóstico específico a amostra não apresentar um número de pacientes relevantes para análise, esta poderá ser feita com a categoria dos diagnósticos, ao invés de com o diagnóstico em si. O termo de consentimento dos pacientes para o atendimento pelos estudantes nas aulas práticas de Saúde Mental consta no Anexo A.

Entre os critérios de inclusão para a Fase I, temos paciente de saúde mental ou psiquiatria indicados por profissional da Unidade de Saúde Estratégia Saúde da Família – ESF (médico ou enfermeiro) Tancredo Neves ou São Miguel, ambas em Curitiba (PR). Os participantes deveriam ter idade entre 18 anos e 80 anos. Os critérios de exclusão incluíam crianças, participantes sem capacidades para discernir aceitação ou não (retardo mental, por exemplo) e pacientes que não quiseram participar do projeto mesmo tendo critérios positivos de inclusão.

Este trabalho, em sua primeira fase, não oferece nenhum risco aos pesquisadores nem aos pacientes envolvidos, pois não coletará dos prontuários nenhum dado que

permita identificá-los ou lhes causar qualquer constrangimento. O benefício é obter um panorama da qualidade de ensino nos Nasf e a detecção de fatores que possam contribuir para aprimorá-lo e fortalecer os aspectos de educação também pertinentes ao SUS.

Na segunda fase, realizada após finalizados os aspectos epidemiológicos, será aplicado um questionário quantitativo aos estudantes que já concluíram a disciplina, para avaliar seu nível de satisfação com o processo de ensino-aprendizagem nesse modelo. Questionários aplicados aos estudantes terão impressão doméstica e formulários on-line – qualquer custo com combustível ou impressão de documentos será bancado pelo próprio pesquisador.

O questionário foi adaptado da *Ficha de avaliação das disciplinas da Famed/PUCRS 2011/I* como objetivo de dissertação de mestrado intitulada *O papel dos Nasf no ensino de Saúde Mental na formação do médico generalista*, do tipo exploratório descritivo com abordagem quantitativa. Apesar de existir uma série de questionários disponíveis para avaliação do ensino, essas ferramentas têm como objetivo principal a obtenção de dados globais do ensino nas instituições, não focando a satisfação do estudante em relação aos aspectos gerais e específicos das disciplinas oferecidas durante a formação. A escolha desse questionário como norteador considerou a abordagem de tais aspectos de percepção e de satisfação dos discentes de maneira objetiva e quantitativa, já validado no Brasil.

Os dados obtidos serão cruzados em tabela no Microsoft Excel e avaliados por um estatístico para que seja feita a análise estatística e a comparação com a literatura consultada. Como a impressão geral parece ser a métrica mais importante, verificamos a relação de dependência entre esta e cada uma das características avaliadas. Para tal, empregaremos o teste exato de Fisher; ao obtermos corte estatístico menor do que 0,05 ($p < 0,05$), teremos dependência estatística. O temo de consentimento dos estudantes que aceitaram participar do questionário está no Anexo C.

Para a Fase II, os fatores de inclusão são estudar Medicina na Universidade Positivo (UP), ter cursado a disciplina de Saúde Mental nos anos de 2015 ou 2016 e ter entre 18 anos e 80 anos. Critérios de exclusão são participantes que não sejam estudantes de Medicina da UP ou que não estejam inscritos na disciplina de Saúde

Mental. Também excluimos os estudantes que não quiseram assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) de maneira voluntária.

Serão garantidos sigilo total das informações e anonimato, já que este trabalho oferece o pequeno risco de exposição de sua avaliação para os estudantes participantes. Porém ressaltamos que o risco é mínimo, já que não haverá no questionário nenhuma identificação. Os pesquisadores se comprometem em manter o sigilo e o anonimato dos participantes, garantindo responsabilidade e compromisso com a ética em todas as fases do estudo.

Com os resultados, pretendemos melhorar as metodologias de ensino prático na disciplina de Saúde Mental, além de corrigir as eventuais falhas apresentadas pelos estudantes participantes para formar melhores médicos, aptos ao atendimento à população.

Tamanho da amostra na Fase I: 105.

Tamanho da amostra na Fase II: 104.

6 RESULTADOS

Foi cadastrado um total de 105 pacientes atendidos pelos estudantes de Medicina da Universidade Positivo (UP) para as aulas práticas de Saúde Mental. Porém, o número absoluto (N) final de pacientes participantes da pesquisa foi de 79.

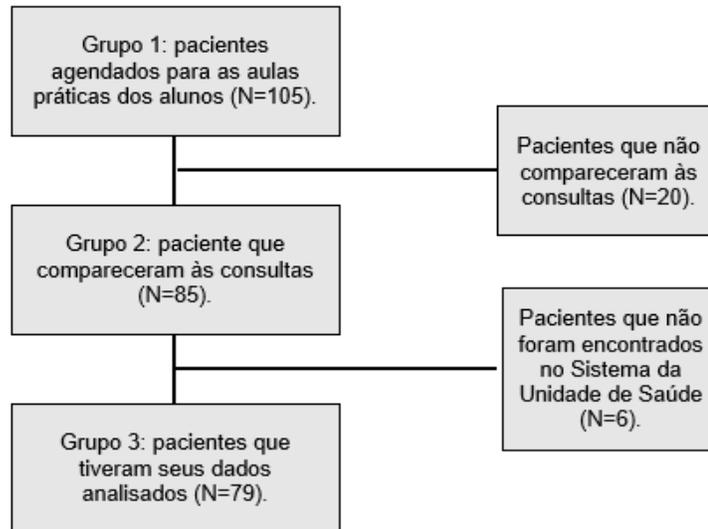
Os prontuários coletados foram devidamente avaliados em relação a diagnósticos, gênero, idade e comorbidades (Fase I). Após a análise epidemiológica da amostra, foi realizada a análise do entendimento do estudante perante o modelo de ensino com cenário nos Núcleos de Apoio de Saúde da Família – Nasf (Fase II).

6.1 Fase I: Grupos 1 e 2

Para as aulas práticas, foi cadastrado um total de 105 pacientes (Grupo 1). Destes, 20 não compareceram às consultas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), restando apenas 85 pacientes (Grupo 2) para análise. A idade média dos que não compareceram foi de 42,2 anos ($DP \pm 14,2$ anos, com variância mínima de 19 anos e máxima de 71 anos). Não compareceram 25% dos homens e 18,6% das mulheres em relação ao número total de participantes.

Do Grupo 2, 6 pacientes não tiveram seus prontuários encontrados no sistema das e-Saúde da Prefeitura de Curitiba nas UBS. Assim, para a análise epidemiológica, restaram 79 pacientes (Grupo 3). O fluxo de pacientes entre os grupos pode ser visualizado na Figura 1.

Figura 1 – Fluxograma da Fase I



Fonte: Heep (2016).

6.2 Fase I: Grupo 3

O Grupo 3 foi composto por 18 integrantes do sexo masculino (22,7%) e 61 integrantes do sexo feminino (77,2%). A Idade média desse grupo foi de 48,5 anos (DP± 16 anos, com variância mínima de 13 anos e máxima de 85 anos). A Unidade de Saúde Tancredo Neves, em Curitiba (PR), contou com 54,4% dos pacientes do grupo e a Unidade de Saúde São Miguel, também em Curitiba, com 45,5%. As características dos integrantes do Grupo 3 foram resumidas na Tabela 1.

Tabela 1 – Características do Grupo 3 (N=79)

	N (%)	Média de idade em anos (DP±)
Geral	79 (100%)	48,5 (±16)
UBS Tancredo Neves	43 (54,4%)	49,1 (±15,9)
UBS São Miguel	36 (45,5%)	49,1 (±15,9)
Masculino	18 (22,7%)	47,8 (±16,2)
Feminino	61 (77,2%)	48,3 (±16,6)

Fonte: Heep (2016).

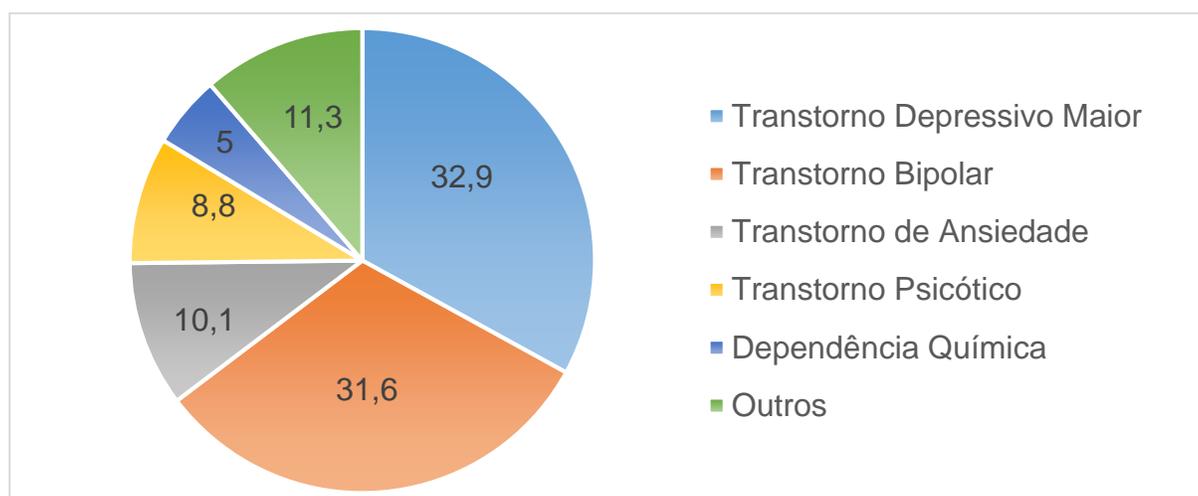
Entre as doenças psiquiátricas, o Transtorno Depressivo Maior (TDM) foi o mais prevalente (32,9%), sucedido pelo Transtorno Bipolar (31,6%). Em seguida, vieram os

Transtornos de Ansiedade e os Transtornos Psicóticos, com 10,1% e 8,8% de prevalência, respectivamente. E 5% dos pacientes apresentaram algum Abuso de Substância Primário.

Já 11,3% dos pacientes apresentaram algum outro tipo de transtorno, como Insônia Primária, Transtorno Adaptativo, Demência não Especificada, Alzheimer, Síndrome pós-Encefalítica, Transtorno Dissociativo Orgânico ou Transtorno de *Deficit* de Atenção com Hiperatividade (TDAH).

Os transtornos apresentados, sem distinção de gênero, encontram-se resumidos no Gráfico 1 e na Tabela 2.

Gráfico 1 – Prevalência dos transtornos no Grupo 3 (%) (N=79)



Fonte: Heep (2016).

Tabela 2 – Outros diagnósticos (N=9; 11,3%)

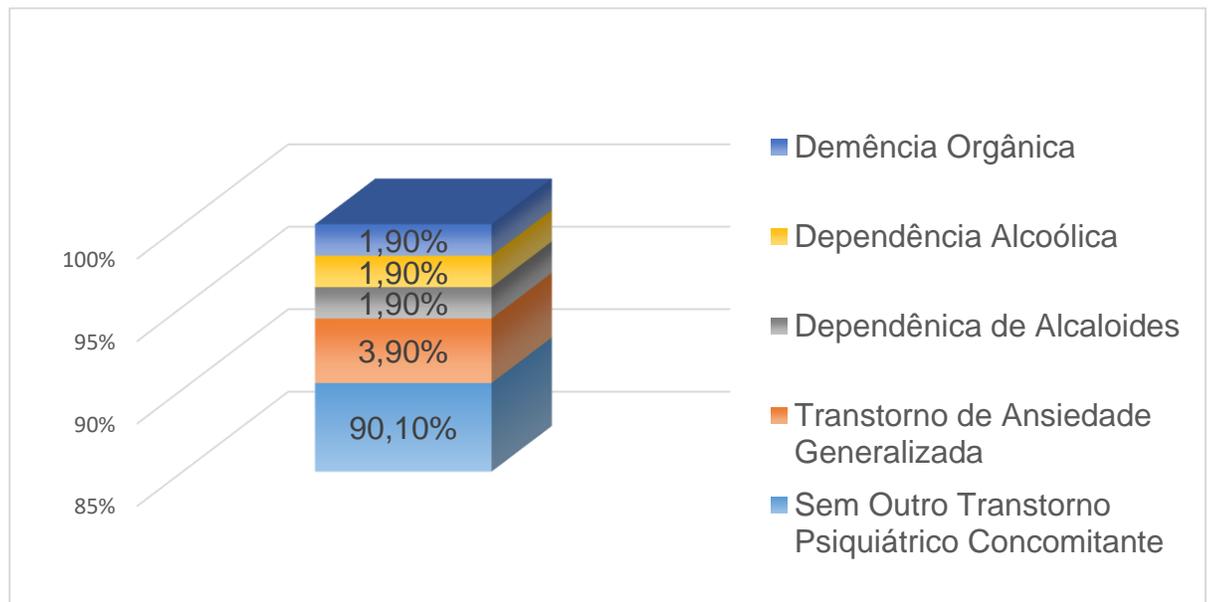
Doença	Ocorrências
Transtorno Adaptativo	1,2%
Insônia Primária	2,5%
Demência não Especificada	1,2%
Transtorno Dissociativo Orgânico	1,2%
Doença de Alzheimer	1,2%
Síndrome pós-Encefalítica	1,2%
TDAH	1,2%

Fonte: Heep (2016).

Considerando o Transtorno de Humor de forma primária, no momento de tabular os dados, dos pacientes com TDM e Transtorno Bipolar (51 pacientes), 9,8% tinham alguma outra comorbidade psiquiátrica secundária, como Dependência de Alcaloides, Dependência Alcoólica, Demência Orgânica (1,9%) ou Transtorno de Ansiedade Generalizada (3,9%).

Os pacientes que não apresentaram Transtorno de Humor não se enquadraram como portadores de comorbidades psiquiátricas, mas aqueles que se encaixaram no diagnóstico encontram-se no Gráfico 2.

Gráfico 2 – Relação dos Transtornos de Humor com outras comorbidades psiquiátricas (N=51)



Fonte: Heep (2016).

A média de idade dos pacientes com TDM foi de 47,3 anos (DP± 17,2 anos, com variância mínima de 13 anos e máxima de 85 anos); 96,1% eram do sexo feminino e 23% tinham Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) como comorbidade clínica (Tabela 3).

Tabela 3 – Características dos pacientes com Transtorno Depressivo Maior (N=26)

Feminino	Média de idade em anos (DP±)	HAS	HAS e DM II	Hipotireoidismo
96,1%	47,3 (±17,2)	19,2%	3,8%	3,8%

Fonte: Heep (2016).

A média de idade dos pacientes com Transtorno Bipolar foi de 49,6 anos ($DP \pm 14$, com variância mínima de 16 anos e máxima de 82 anos); 80% eram do sexo feminino e 32% eram portadores de HAS como comorbidade clínica (Tabela 4).

Tabela 4 – Características dos pacientes com Transtorno Bipolar (N=25)

Feminino	Média de idade em anos ($DP \pm$)	HAS	HAS e DM II
80%	49,6 (± 14)	28%	4%

Fonte: Heep (2016).

A média de idade dos pacientes com algum Transtorno de Ansiedade foi de 43 anos ($DP \pm 16,8$, com variância mínima de 22 anos e máxima de 67 anos); 62,5% eram do sexo feminino e 25% apresentaram *Diabetes Mellitus* como comorbidade clínica (Tabela 5). Contudo, como só houve 8 pacientes com Transtorno de Ansiedade, essas porcentagens podem não refletir a realidade da Atenção Primária.

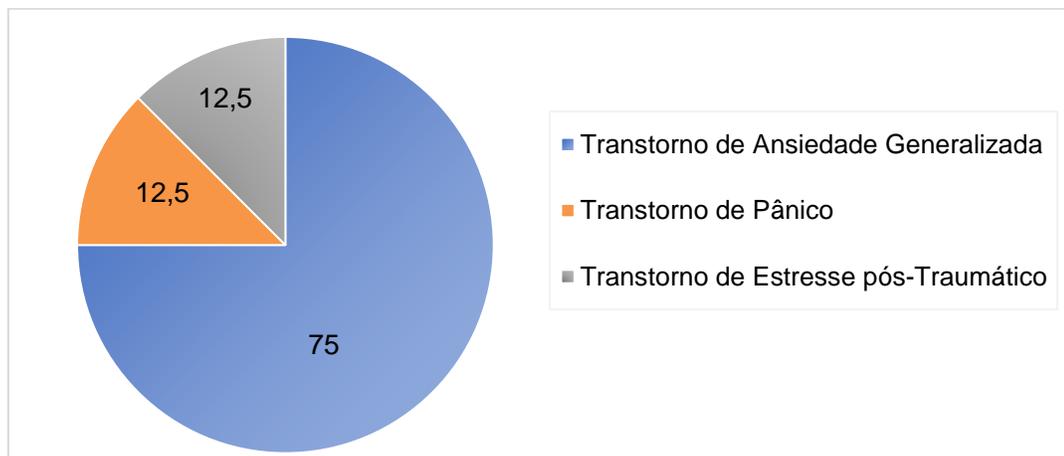
Tabela 5 – Características dos pacientes com Transtornos de Ansiedade (N=8)

Feminino	Média de idade em anos ($DP \pm$)	DM II
62,5%	43 ($\pm 16,8$)	25%

Fonte: Heep (2016).

Os diagnósticos encontrados no estudo vigente dentro da categoria dos Transtornos de Ansiedade estão resumidos no Gráfico 3.

Gráfico 3 – Diagnósticos no estudo dos Transtorno de Ansiedade (%) (N=8)



Fonte: Heep (2016).

A média de Idade dos pacientes com Transtorno Psicótico foi de 41,6 anos (DP± 7,8 anos, com variância mínima de 30 anos e máxima de 52 anos); 71,4% eram do sexo feminino e 25% tinham *Diabetes Mellitus* tipo II e Hipotireoidismo como comorbidades clínicas (Tabela 6). Contudo, como só houve 7 pacientes com Transtorno Psicótico, essas porcentagens podem não refletir a realidade da Atenção Primária.

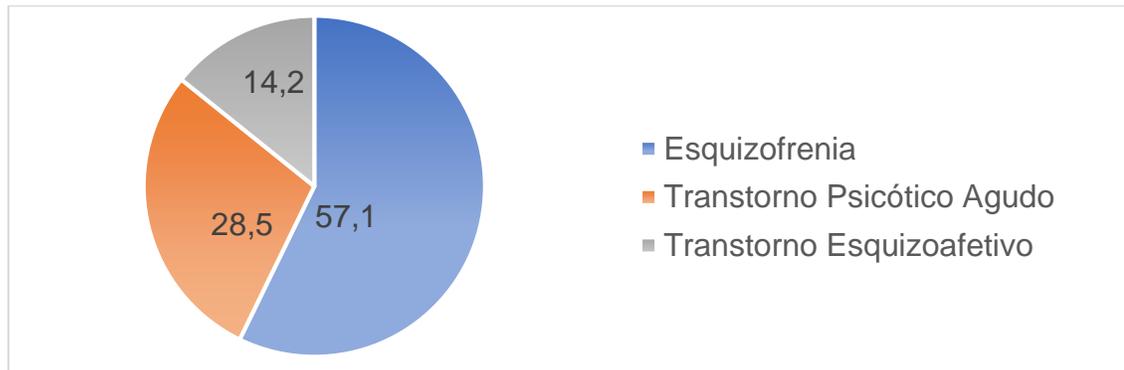
Tabela 6 – Características dos pacientes com Transtornos Psicóticos (N=7)

Feminino	Média de idade em anos (DP±)	DM II e Hipotireoidismo	DM II, HAS e Hipotireoidismo
71,4%	41,6 (±7,8)	12,5%	412,5%

Fonte: Heep (2016).

Os diagnósticos encontrados no estudo vigente dentro da categoria dos Transtornos Psicóticos estão resumidos no Gráfico 4.

Gráfico 4 – Diagnósticos no estudo dos Transtornos Psicóticos (%) (N=7)



Fonte: Heep (2016).

A idade média dos pacientes com Abuso de Substâncias Primário foi de 48,8 anos (DP± 11 anos, com variância mínima de 35 anos e máxima de 59 anos). Todos eram do sexo masculino, 1 paciente era portador de HAS e 1 de Epilepsia como comorbidades clínicas (Tabela 7).

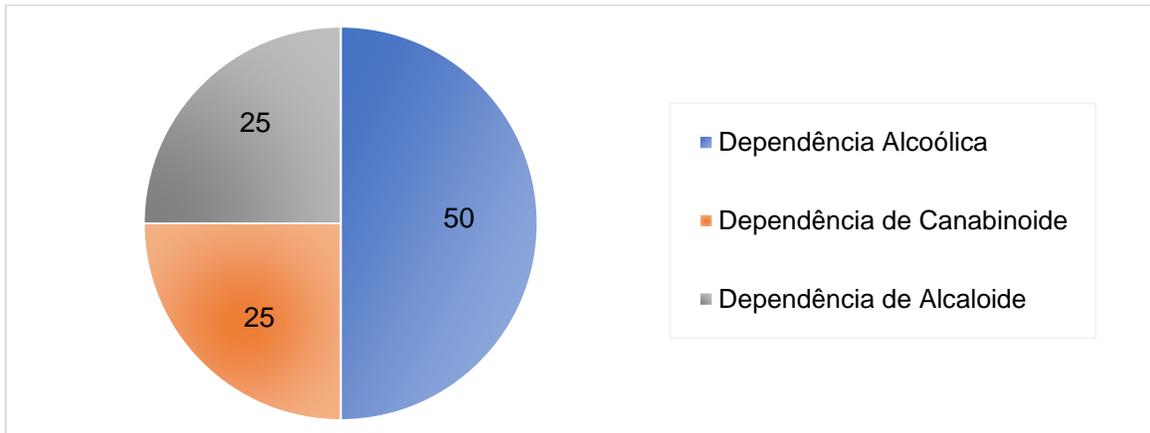
Tabela 7 – Características dos pacientes com Abuso de Substâncias Primário (N=4)

Masculino	Média de idade em anos (DP±)	HAS	Epilepsia
100%	48,8 (±11)	25%	25%

Fonte: Heep (2016).

Os diagnósticos encontrados no estudo vigente dentro da categoria dos Abusos de Substâncias Primário estão resumidos no Gráfico 5.

Gráfico 5 – Diagnósticos no estudo dos Abusos de Substâncias Primários (%) (N=8)



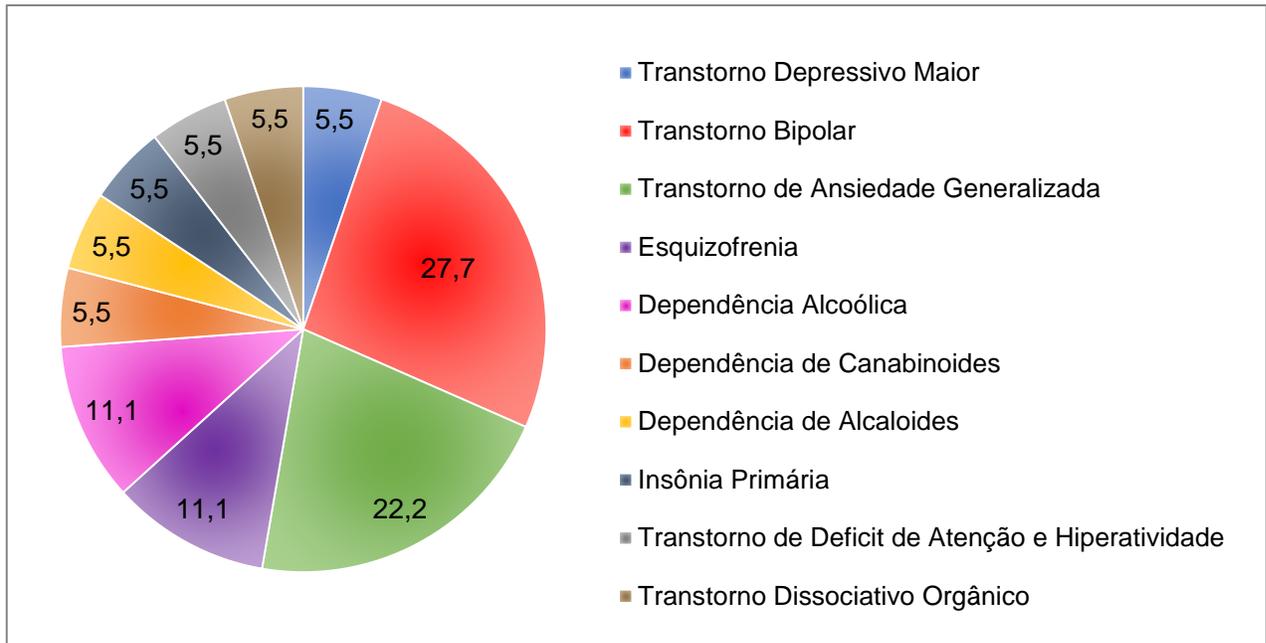
Fonte: Heep (2016).

Vale ressaltarmos que a amostra foi pequena e houve apenas 4 pacientes com Abuso de Substância Primário. Com isso, esses valores podem não refletir a realidade da Atenção Primária.

6.3 Fase I: pacientes masculinos do Grupo 3

O Grupo 3 apresentou um total de 18 pacientes do sexo masculino (22,7%). A idade média foi de 49,3 anos (DP± 14,3, com variância mínima de 15 anos e máxima de 67 anos). Em ordem decrescente, os transtornos mais prevalentes foram Transtorno Bipolar (27,7%), Transtorno de Ansiedade Generalizada (22,2%), Esquizofrenia (11,1%) e Dependência Alcoólica (11,1%). Por fim, vieram TDM, Dependência de Canabinoides, Dependência de Cocaína, Insônia Primária, TDAH e Transtorno Dissociativo Orgânico, com 5,5% de prevalência cada (Gráfico 6).

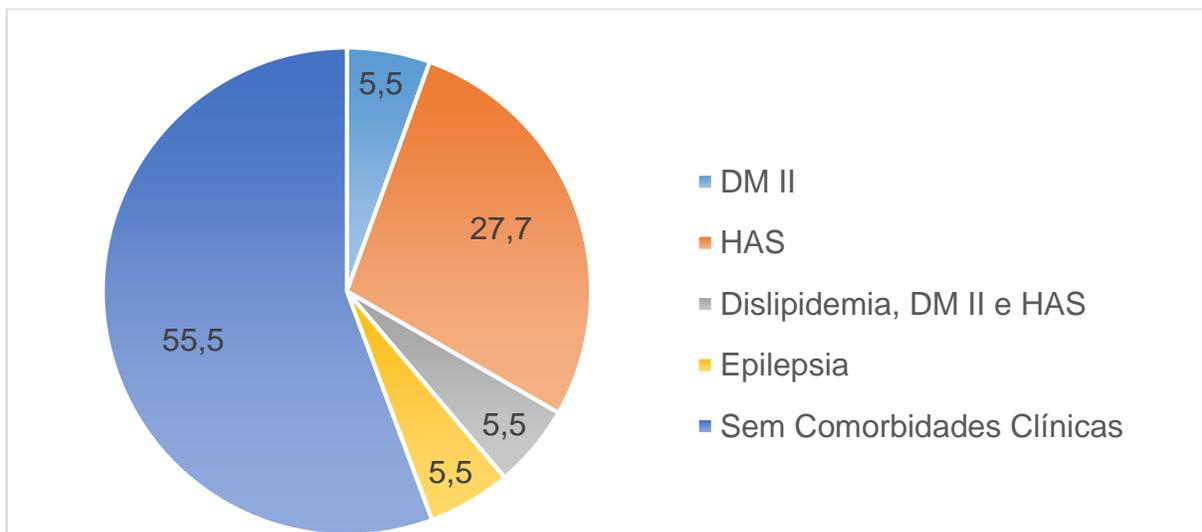
Gráfico 6 – Diagnósticos dos pacientes masculinos do Grupo 3 (%) (N=18)



Fonte: Heep (2016).

Dos pacientes masculinos, 6 (33,3%) eram portadores de HAS como comorbidade clínica. Destes, 3 tinham Transtorno Bipolar (60% dos homens). As comorbidades clínicas desses pacientes estão resumidas no Gráfico 7.

Gráfico 7 – Comorbidades clínicas dos pacientes masculinos do Grupo 3 (%) (N=18)



Fonte: Heep (2016).

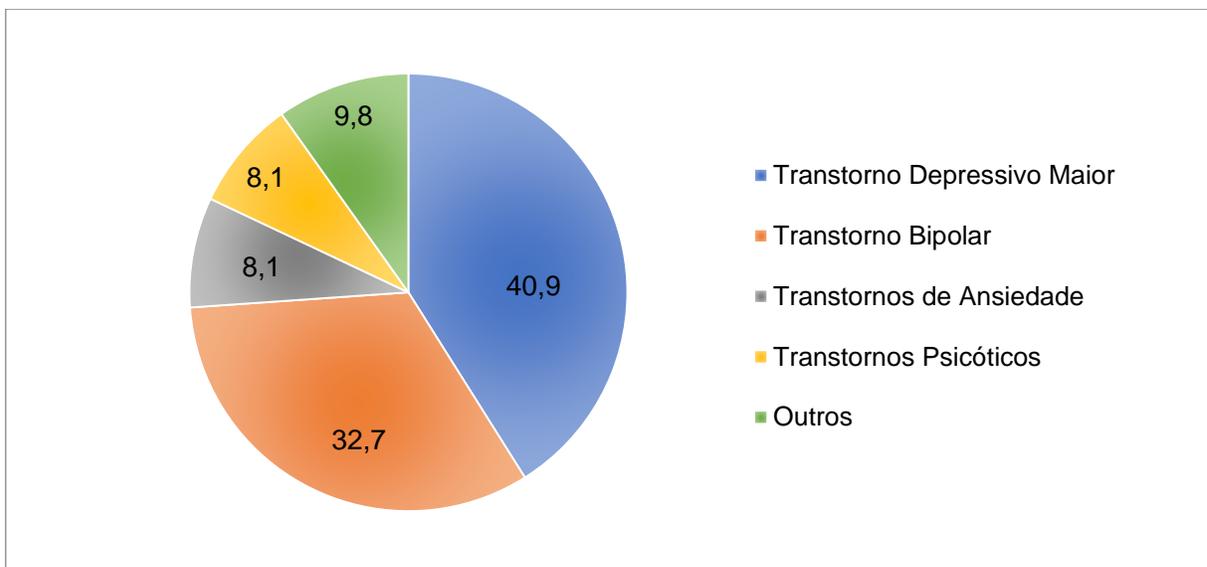
Nas UBS, percebe-se uma prevalência maior de usuários do sexo feminino, pois as mulheres tendem a buscar mais os serviços de saúde e de forma mais precoce. Contudo, vale ressaltarmos que as doenças psiquiátricas e clínicas encontradas no estudo podem ter variações epidemiológicas, já que foi bastante reduzido o número de pacientes do sexo masculino.

6.4 Fase I: pacientes femininas do Grupo 3

No Grupo 3, houve um total de 61 pacientes do sexo feminino (77,2%). A média de idade foi de 48,3 anos (DP± 16,6 anos, com variância mínima de 13 anos e máxima de 85 anos). Em ordem decrescente, os transtornos mais prevalentes foram TDM (40,9%), Transtorno Bipolar (32,7%), Transtornos Psicóticos (8,1%) – Esquizofrenia (3,2%); Transtorno Psicótico Agudo (3,2%), Transtorno Esquizoafetivo (1,6%) – e Transtornos de Ansiedade (8,1%) – Transtorno de Ansiedade Generalizada (4,9%), Transtorno do Pânico (1,6%), Transtorno de Estresse pós-Traumático (1,6%).

As demais pacientes (9,8%) apresentaram algum outro tipo de doença psiquiátrica, incluindo Transtorno Adaptativo (1,6%), Insônia Primária (1,6%), Demência não Especificada (3,2%), Alzheimer (1,6%) e Síndrome pós-Encefalítica (1,6%) (Gráfico 8).

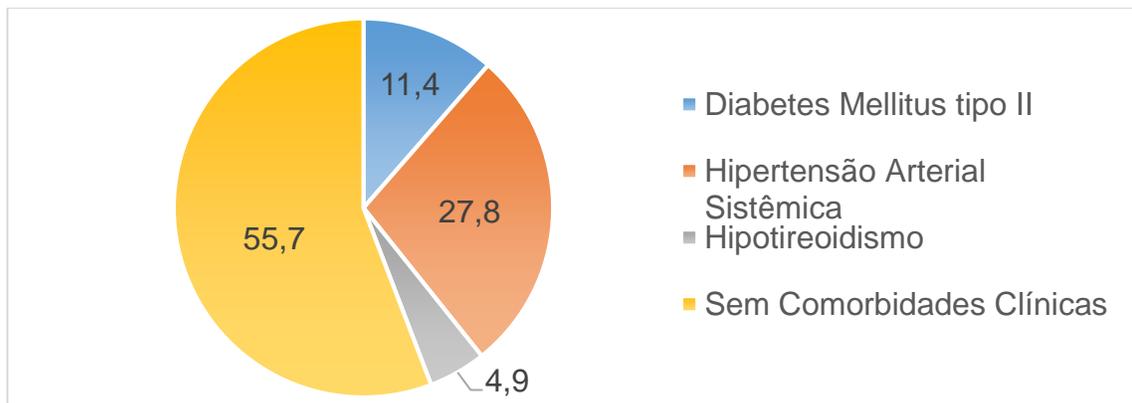
Gráfico 8 – Diagnósticos das pacientes femininas do Grupo 3 (%) (N=61)



Fonte: Heep (2016).

Entre as pacientes femininas, 17 (27,8%) eram portadoras de HAS como comorbidade clínica, 5 tinham Transtorno Bipolar (26,3% das mulheres) e 6 tinham TDM (24% das mulheres). Não foi possível visualizar a relação entre *Diabetes Mellitus* e Hipotireoidismo com alguma doença psiquiátrica nesse grupo de pacientes. As comorbidades clínicas dessas pacientes estão resumidas no Gráfico 9.

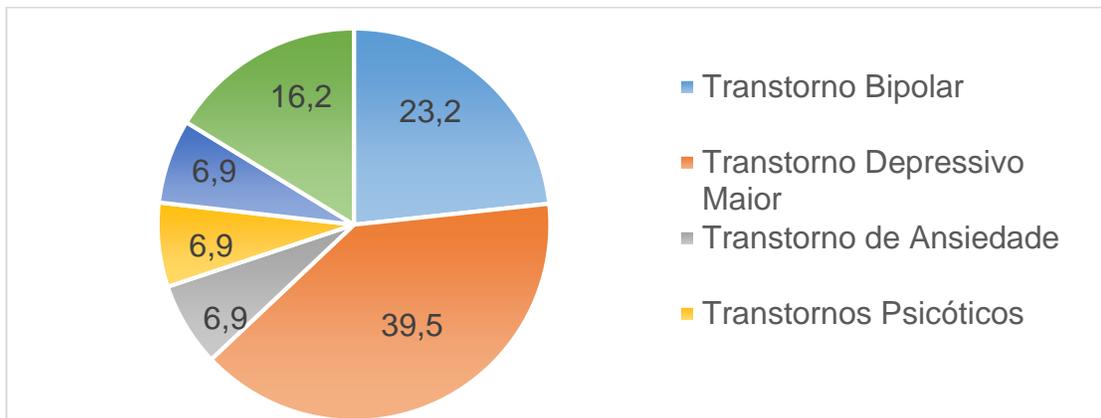
Gráfico 9 – Comorbidades clínicas das pacientes femininas do Grupo 3 (%) (N=18)



Fonte: Heep (2016).

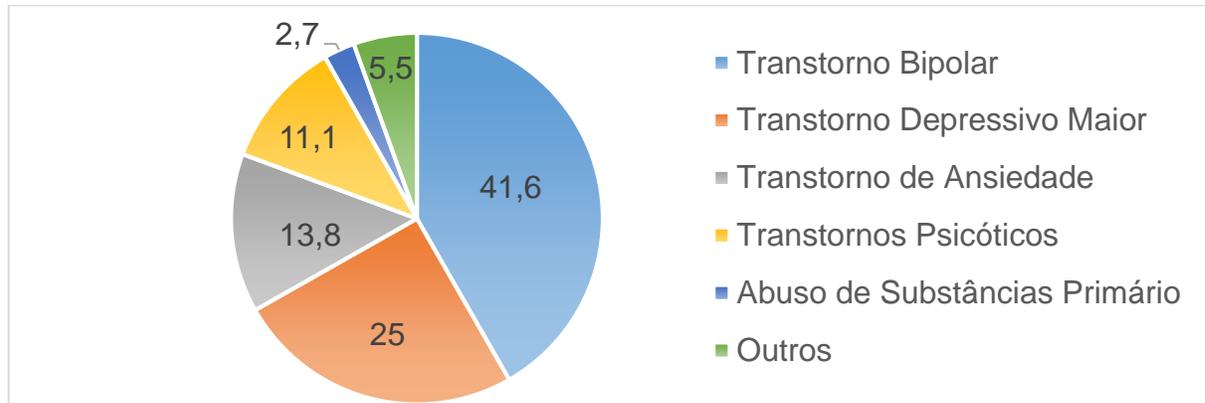
Como todos os estudantes passaram pelas duas UBS, a análise epidemiológica separada não é significativa para avaliar a qualidade do ensino. Contudo, como esses dados podem ser de interesse das Unidades de Saúde envolvidas, há uma análise geral no Gráfico 10 e no Gráfico 11.

Gráfico 10 – Prevalência de doenças psiquiátricas na Unidade Básica de Saúde Tancredo Neves (%) (N=43)



Fonte: Heep (2016).

Gráfico 11 – Prevalência de doenças psiquiátricas na Unidade Básica de Saúde São Miguel (%) (N=36)



Fonte: Heep (2016).

As Unidades de Saúde que participaram do estudo estão localizadas em regiões próximas, pertencentes à Cidade Industrial de Curitiba (CIC). Em ambas, o Índice de Vulnerabilidade das Áreas de Abrangência das Unidades Municipais de Saúde (Ivab) é considerado médio, de acordo com a Portaria n. 155 do Conselho Municipal de Saúde de 2017.

6.5 Fase I: tabulação dos dados e análise estatística

A tabela pela qual foi realizada a análise dos dados dos pacientes do trabalho vigente pode ser encontrada no Anexo B. Os pacientes foram categorizados por idade, sexo, Unidade de Saúde em que foram atendidos e diagnóstico. Foram destacados aqueles com dados não encontrados em prontuário e aqueles que não compareceram à consulta.

Os dados obtidos foram cruzados em tabela no Microsoft Excel e avaliados por um estatístico para que fosse realizada a análise estatística e a comparação com a literatura consultada.

6.6 Fase II: questionário aplicado aos estudantes

Na Tabela 8 são apresentadas as quantidades e os percentuais da impressão geral sobre a disciplina. Nota-se que a maior parte dos respondentes teve boa impressão, correspondendo a 55 dos 104 participantes (52,9%).

Tabela 8 – Impressão geral sobre a disciplina

Qual foi sua impressão geral sobre a disciplina?	Quantidade (%)
Regular	13 (12,5)
Boa	55 (52,9)
Ótima	36 (34,6)

Fonte: Heep (2018).

Na Tabela 9 são apresentadas a quantidade e os percentuais de todas as características avaliadas no estudo. Nota-se que as maiores quantidades de avaliações positivas demonstram que “A disciplina possibilitou atividades práticas”, “O plano de ensino foi apresentado aos estudantes” e “A carga horária total foi cumprida e bem aproveitada”. Por outro lado, as menores quantidades de afirmações positivas foram em “As provas/avaliações foram bem elaboradas” e “Houve integração com outras disciplinas do currículo”.

Tabela 9 – Quantidades e percentuais de todas as características avaliadas

	(continua)
Características avaliadas	Quantidade (%)
O plano de ensino foi apresentado aos estudantes?	
Não	9 (8,7)
Sim	95 (91,3)
A orientação bibliográfica como fonte de consulta foi satisfatória (atualizada e disponível)?	
Não	12 (11,5)
Sim	92 (88,5)
A disciplina possibilitou atividades práticas?	
Sim	104 (100)
Os objetivos propostos pelo plano de ensino foram atingidos?	
Não	11 (10,6)
Sim	93 (89,4)
As provas/avaliações foram bem elaboradas?	
Não	49 (47,1)
Sim	55 (52,9)
A avaliação do estudante foi adequada ao plano de ensino apresentado?	
Não	25 (24)
Sim	79 (76)
Os resultados da avaliação foram discutidos com os estudantes?	
Não	22 (21,2)
Sim	82 (78,8)

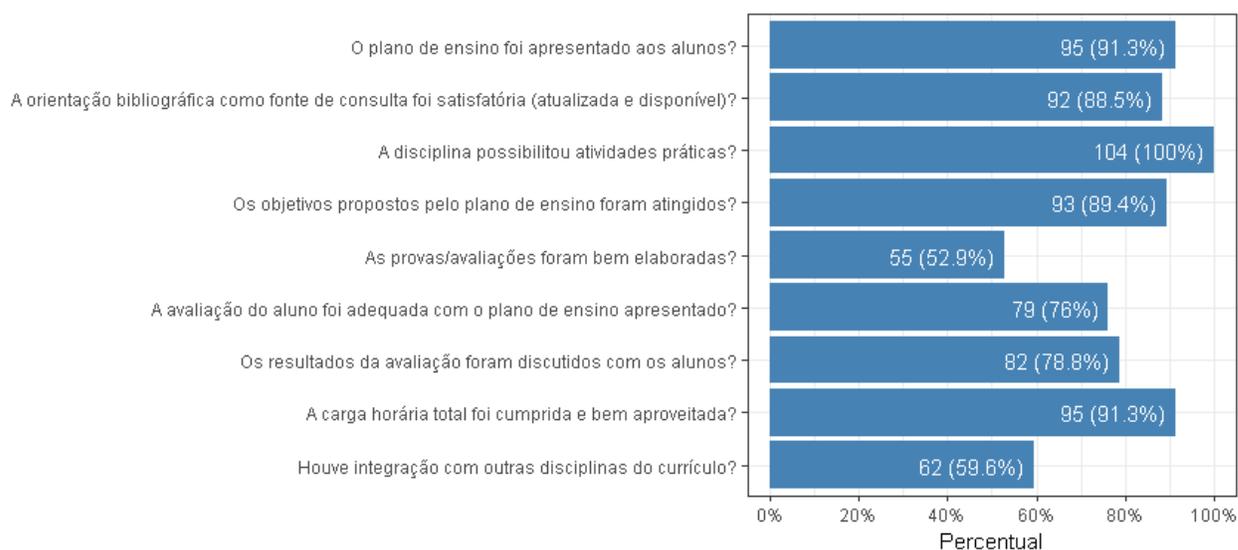
Tabela 10 – Quantidades e percentuais de todas as características avaliadas

(continuação)

Características avaliadas	Quantidade (%)
A carga horária total foi cumprida e bem aproveitada?	
Não	9 (8,7)
Sim	95 (91,3)
Houve integração com outras disciplinas do currículo?	
Não	42 (40,4)
Sim	62 (59,6)

Fonte: Heep (2018).

A seguir, as quantidades e os percentuais são apresentados graficamente.

Figura 2 – Percentuais de respostas positivas para cada característica

Fonte: Heep (2018).

Ao correlacionamos as questões entre si e com escore total, observamos que a maioria das associações avaliadas foi aceitável e significativa. As perguntas foram claras e não houve questionamento dos entrevistados acerca de seu conteúdo. Os questionários foram realizados em modelo on-line via Google Docs.

7 DISCUSSÃO

Os dados expostos puderam apresentar um novo modelo de ensino em saúde mental, com um cenário totalmente voltado à Atenção Primária à Saúde (APS). O atendimento em Unidades Básicas de Saúde (UBS) acontece desde os primeiros anos da formação acadêmica do médico e as Diretrizes Curriculares cobram e apoiam cada vez mais esse modelo, implicando que os estudantes adquiram as habilidades e as atitudes necessárias com base em forte inserção na prática profissional dentro do sistema de saúde.

Um novo modelo deve representar ser válido para a replicação prática após a formação. Para isso, é necessário que a epidemiologia esteja alinhada a novas práticas e locais de ensino.

7.1 Fase I: dados perdidos e pacientes que não compareceram

Dos 105 pacientes cadastrados (Grupo 1), 20 não compareceram às consultas, o que corresponde a uma perda de 20,2% de atendimentos possíveis para os estudantes. Assim, é importante termos em mente a possibilidade de perdas como essa ao planejar as aulas práticas, para que os estudantes não tenham o treinamento prejudicado por falta de pacientes.

Segundo Izecksohn e Ferreira (2014), em trabalho no qual foram entrevistaram pacientes, a maioria dos que falta às consultas da Atenção Primária se encontra na faixa etária da população economicamente ativa, por isso essas faltas tendem a diminuir com o avanço da idade. No estudo vigente, a média de idade dos pacientes que não faltaram às consultas foi um pouco maior do que a idade dos que faltaram (48,5 anos e 42,2 anos, respectivamente), mas a média de idade de ambos se encontrou dentro da faixa etária da população economicamente ativa.

No grupo de pacientes que faltaram, 15% tinham mais de 60 anos de idade. No grupo dos pacientes presentes, 20,2% também tinham mais de 60 anos de idade. Esses dados concordam com os do estudo de Izecksohn e Ferreira (2014) sobre o avanço da idade ser inversamente proporcional às faltas nas consultas da Atenção Primária.

Ainda segundo as autoras, outro fator que chama atenção é a falta de participação dos usuários no agendamento das consultas – a maioria afirmou não ter sido ouvida

quanto à melhor data e horário, sendo desconsiderados até mesmo os horários de trabalho. Nesse último aspecto, inclusive, os pacientes entrevistados afirmaram que os padrões muitas vezes não aceitam atestados ou veem com desconfiança os funcionários que agendam consulta médica para o horário do expediente.

Assim, principalmente o fator “horário de trabalho” pode contribuir para um maior número de faltas às consultas nas aulas práticas com base nos Núcleos de Apoio de Saúde da Família (Nasf), já que os horários das consultas teriam de ser dentro do período que as Unidades de Saúde funcionam, o qual normalmente coincide com o período de expediente de trabalho da população geral.

Por fim, um último dado constatado pelas autoras foi a relevância das faltas às consultas por esquecimento, preguiça ou descaso, o que leva ao questionamento da real importância ou necessidade da consulta para o usuário. Quanto a esse aspecto, no estudo vigente, em que foram atendidos apenas pacientes psiquiátricos, vale lembrarmos que a saúde mental ainda é vista com uma carga de estigma e muitas vezes até evitada pelos pacientes que dela necessitam e por outros profissionais da área médica, que deveriam lidar com a situação. Essa fuga ou descaso dos próprios pacientes em relação à saúde mental também pode ter contribuído para a ausência nas consultas com os estudantes.

Em resumo, para otimizar o comparecimento dos pacientes às consultas e para que os estudantes tenham um bom treinamento em saúde mental nos Nasf, sugerimos:

1. considerar sempre a melhor data e horário para o paciente e, se possível, evitar o horário de expediente;
2. oferecer apoio de especialistas em saúde mental aos médicos generalistas e aos demais profissionais da Unidade enquanto não se determina o modelo mais adequado de ensino psiquiátrico para o generalista;
3. usar o papel de atuação dos médicos de família na comunidade para desfazer o tabu sobre saúde mental.

Também no estudo vigente, os dados de 6 do total de 85 pacientes que compareceram às consultas (Grupo 2) não foram encontrados no sistema e-Saúde das UBS. É possível que se tratem de pacientes que mudaram de endereço e de cadastro para outra Unidade. Em caso de outros pesquisadores desejarem elaborar estudos

similares, pode ser útil realizar a coleta diretamente com os pacientes, durante a anamnese, para evitar perda de amostra.

7.2 Fase I: comparação da amostra presente com a população geral

Houve algumas divergências quanto aos diagnósticos mais prevalentes na população geral comparados aos estudos analisados na literatura, ao estudo vigente e na comparação dos estudos analisados entre si. Contudo, todos eles concordam no fato de o Transtorno Depressivo Maior (TDM) e outras formas de Depressão terem sido os diagnósticos mais recorrentes. Todos os estudos demonstraram um percentual maior de mulheres dentro da amostra de pacientes psiquiátricos. E, com exceção do estudo de Maia, Durante e Ramos (2004), que lidou apenas com pacientes idosos, os demais apresentaram uma média de idade em torno de 40 anos a 50 anos.

O estudo de Reis (2012) foi realizado em um centro ambulatorial exclusivo para atendimentos psiquiátricos, o que pode explicar a proporção de pacientes esquizofrênicos em segundo lugar entre os diagnósticos, diferentemente do estudo de Gonçalves e Kapczinski (2008) e da estatística europeia mostrada por Falkai, Fritze e Laux (2013), que indicou uma prevalência maior de Transtornos de Ansiedade nessa posição.

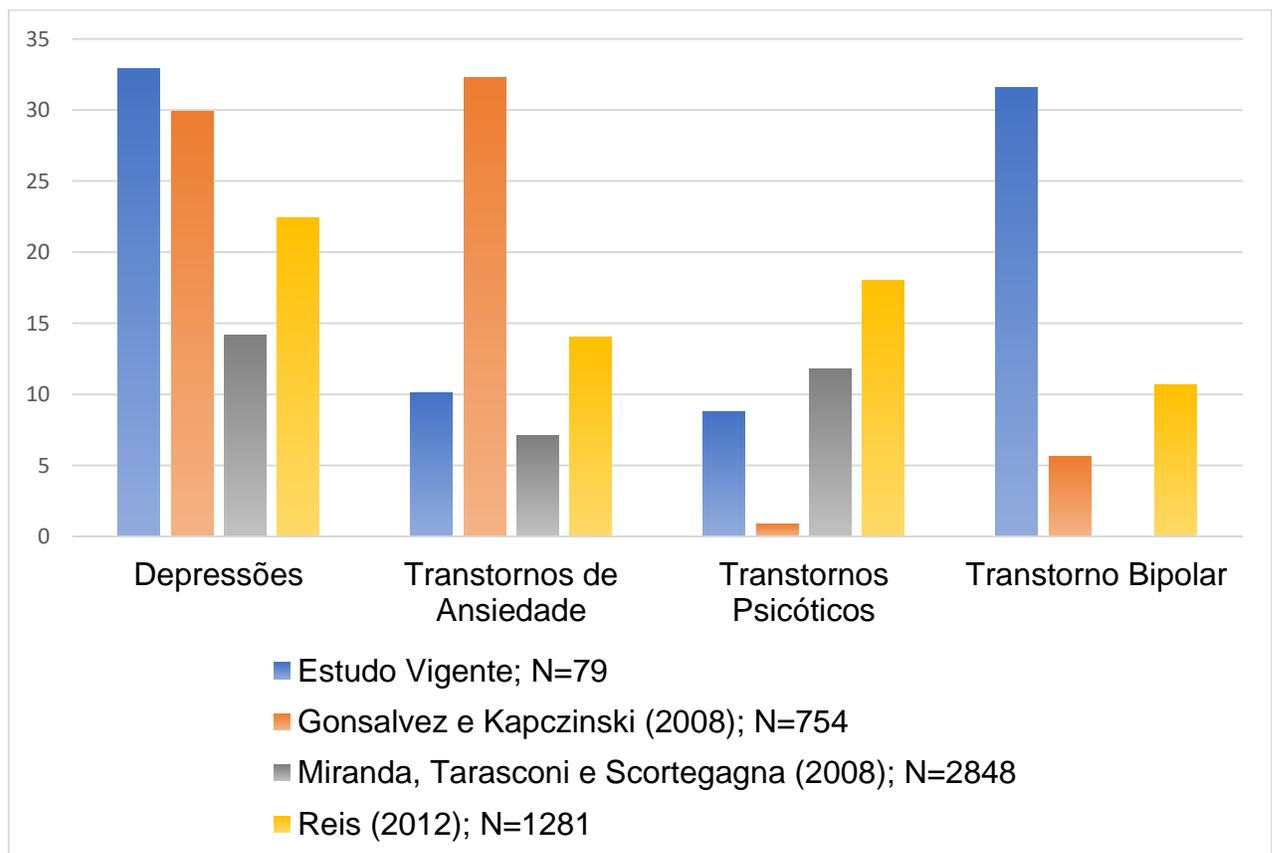
No estudo vigente, o transtorno em segunda posição foi o Transtorno Bipolar, que pode ser devido a um viés do estudo, pois alguns dos pacientes referidos já eram identificados pelos Médicos de Família das UBS como casos mais complexos. Contudo, de acordo com Ghaemi (2008), Transtornos de Humor são centrais na pesquisa de qualquer diagnóstico em psiquiatria e outros diagnósticos não devem ser feitos se um Transtorno de Humor estiver presente, já que estão acima na hierarquia diagnóstica.

Dentro da hierarquia apresentada por Ghaemi (2008), os Transtornos de Humor estão em primeiro plano, seguidos pelos Transtorno Psicóticos e pelos Transtornos de Ansiedade. No estudo vigente, apenas 6 pacientes (7,5%) apresentaram Transtorno de Ansiedade Generalizada, e destes apenas 2 apresentaram algum Transtorno de Humor concomitante, sendo este classificado como diagnóstico primário na hora da tabulação dos dados.

Essa foi a principal diferença da amostra do estudo vigente em relação aos outros estudos analisados, em que o Transtorno de Ansiedade Generalizada foi mais prevalente e classificado em segundo lugar quanto à prevalência; no estudo presente, o Transtorno Bipolar ficou nessa posição. Apesar de tudo, a amostra deste estudo não foi tão diferente dos demais estudos, considerando que aqui os Transtornos de Ansiedade e os Transtornos Psicóticos ficaram em terceira e quarta colocação, respectivamente. Seguindo o proposto por Ghaemi (2008), é bem provável que a estatística apresentada esteja próxima da realidade.

O Gráfico 12 compara a prevalência dos principais diagnósticos e das categorias diagnósticas entre o estudo vigente e três dos estudos citados. Com exceção do Transtorno Bipolar, é possível ver uma semelhança percentual entre o estudo vigente e pelo menos dois dos outros estudos.

Gráfico 12 – Comparação dos principais transtornos entre os estudos analisados



Fonte: Heep (2016).

É possível percebermos semelhança estatística do estudo em relação à população geral. E é importante ressaltarmos a grande quantidade de Transtornos de Humor, principalmente o TDM, condizente com dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), e a preocupação da saúde pública com o aumento e o impacto dos transtornos psiquiátricos na sociedade.

7.3 Fase I: comparação com estudos epidemiológicos em Centro de Atenção Psicossocial

Os estudos epidemiológicos realizados nos Centros de Atenção Psicossocial (Caps) analisados não apresentaram uniformidade nos padrões de idade, de gênero ou de prevalência diagnóstica das amostras. Esses achados corroboram com a ideia de que a UBS é um ambiente mais apropriado para a realização de aulas práticas em Saúde Mental por ter um perfil epidemiológico mais constante e condizente com a realidade do médico generalista.

Um ponto bastante favorável ao modelo de ensino nos Nasf é que os estudantes, no decorrer do ano, podem avaliar seus pacientes longitudinalmente, não apenas em uma consulta ou uma visita, como normalmente acontece nas aulas nos Caps.

7.4 Fase I: relação dos diagnósticos psiquiátricos e das comorbidades clínicas

Cabe ao médico generalista da Atenção Primária avaliar e acompanhar outras doenças clínicas dos pacientes psiquiátricos da comunidade. Quanto a isso, no estudo vigente foi feita a estatística das comorbidades clínicas dos pacientes atendidos para comparar com os registros na literatura quanto à relação entre certos diagnósticos psiquiátricos e algumas comorbidades clínicas.

Concluimos que Depressão e Ansiedade podem ser fatores isolados de risco para Doenças Cardiovasculares. No caso da Ansiedade, ainda existe uma relação direta entre a doença mental e a maior chance de desenvolvimento e de agravamento de patologias graves (BALLENGER et al., 2001). No estudo vigente, 23% dos pacientes com TDM apresentaram Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), mas não foi possível percebermos nenhuma relação entre Transtorno de Ansiedade e alguma Doença Cardiovascular. Isso

provavelmente se deve ao fato de a amostra de pacientes com Transtorno de Ansiedade no estudo vigente ter sido pequena.

Ainda segundo Ballenger et al. (2001), após os 70 anos de idade, pacientes que sofrem de TDM têm o dobro de risco para Doenças Cardiovasculares. No estudo vigente, apenas 4 pacientes com TDM eram idosos, com mais de 60 anos; destes, 3 eram portadores de HAS. Como foi uma amostra pequena, não é possível afirmarmos que essa relação não foi apenas por acaso, já que não foram encontradas outras cardiopatias na amostra.

Um *screening* para Depressão e Ansiedade deveria fazer parte da avaliação de risco cardiovascular principalmente em pacientes com mais de 60 anos de idade (BALLENGER et al., 2001). Ter contato com esse público é importante para os estudantes, para que desenvolvam esse tipo de raciocínio. E o contato tanto com doenças psiquiátricas quanto clínicas auxilia os estudantes a considerarem a melhor terapêutica envolvendo as duas.

Por exemplo, em pacientes com doenças ou outros fatores de risco para Doenças Cardiovasculares e que também sofrem de TDM, os antidepressivos tricíclicos (ATC) devem ser evitados, pois apresentam vários efeitos colaterais cardíacos, por isso são preferíveis os Inibidores Seletivos de Recaptação da Serotonina (ISRS) (BALLENGER et al., 2001). Contudo, com exceção de HAS, não foram encontradas outras comorbidades cardiovasculares nem Acidente Vascular Cerebral (AVC) na amostra do estudo vigente.

O Transtorno Bipolar também parece ser um fator de risco para Doenças Cardiovasculares, já que pacientes com esse transtorno apresentam fatores tão altos de riscos (em alguns estudos até mais altos) quanto pacientes com Depressão Unipolar (SWARTZ; FAGIOLINI, 2012). No estudo vigente, 33,3% dos pacientes com Transtorno Bipolar eram portadores de HAS, um percentual maior dos que nos pacientes com TDM, em dado que concorda com a ideia exposta por Swartz e Fagiolini (2012).

O estudo de Kilbourne et al. (2004) mostra um percentual de 35% de HAS entre os pacientes com Transtorno Bipolar, em uma porcentagem muito semelhante à da amostra do estudo vigente. Os autores também apresentam dado de 11% de Isquemia do Miocárdio na população; contudo, nenhuma relação similar com Isquemia do Miocárdio foi detectada na amostra do estudo vigente. O contato com as comorbidades

clínicas dos pacientes com Transtorno Bipolar pode auxiliar os estudantes de Medicina a considerar a melhor terapêutica possível para esses pacientes. Segundo Ghaemi (2008), por exemplo, o lítio é uma medicação que mostra redução da mortalidade por Doenças Cardiovasculares em pacientes com Transtorno Bipolar.

Em outro achado na literatura, é possível percebermos que são muitas as associações entre Transtorno Bipolar e principalmente entre Humor Depressivo e Diabetes. Contudo, no estudo vigente não foi possível visualizar essa relação na amostra, pois apenas 1 paciente com TDM e 1 paciente com Transtorno Bipolar apresentaram Diabetes.

Em estudo, Fagiolini et al. (2008) compararam grupos de pacientes com Transtorno Bipolar que foram tratados integralmente (pensando também em suas comorbidades clínicas) e pacientes com o mesmo transtorno tratados apenas no atendimento psiquiátrico. Como resultado, o acompanhamento integral reduziu pela metade o número de internações necessárias.

Teria sido importante que os estudantes tivessem contato integral com os pacientes com Transtorno Bipolar, pois, como mostrado por Fagiolini et al. (2008), o acompanhamento pelo médico generalista é fundamental.

7.5 Fase II: entendimento dos estudantes sobre o impacto do método em sua formação

A primeira, a segunda, a quarta e a sexta questões do questionário aplicado aos estudantes de Medicina (Tabela 10) têm relação significativa com a impressão geral. Quando o respondente acredita que o plano de ensino foi apresentado corretamente, por exemplo, temos maior proporção de percepção ótima do que regular. As variações entre regular, boa e ótima ocorreram como em qualquer trabalho, por isso é natural que, mesmo nessa variação, a diferença significativa não apareça – o corte estatístico menor do que 0,05 ($p < 0,05$) aparece quando existe evidência da relação de dependência entre a variável e a impressão geral.

Na questão sobre as provas serem bem elaboradas, a relação com a impressão geral fica muito clara: nota-se que quem respondeu positivamente, no geral, tem melhor impressão.

Tabela 11 – Comparativo em relação à impressão geral

(continua)

Características	Regular	Boa	Ótima	P-valor
O plano de ensino foi apresentado aos estudantes?				0,027
Não	4 (30,8)	3 (5,5)	2 (5,6)	
Sim	9 (69,2)	52 (94,5)	34 (94,4)	
A orientação bibliográfica como fonte de consulta foi satisfatória (atualizada e disponível)?				0,011
Não	2 (15,4)	10 (18,2)	0 (0)	
Sim	11 (84,6)	45 (81,8)	36 (100)	
Os objetivos propostos pelo plano de ensino foram atingidos?				< 0,001
Não	7 (53,8)	4 (7,3)	0 (0)	
Sim	6 (46,2)	51 (92,7)	36 (100)	
As provas/avaliações foram bem elaboradas?				0,001
Não	10 (76,9)	30 (54,5)	9 (25)	
Sim	3 (23,1)	25 (45,5)	27 (75)	
Sim	8 (61,5)	28 (50,9)	26 (72,2)	
A avaliação do estudante foi adequada com o plano de ensino apresentado?				< 0,001
Não	8 (61,5)	16 (29,1)	1 (2,8)	
Sim	5 (38,5)	39 (70,9)	35 (97,2)	
Os resultados da avaliação foram discutidos com os estudantes?				0,013
Não	6 (46,2)	13 (23,6)	3 (8,3)	
Sim	7 (53,8)	42 (76,4)	33 (91,7)	

Tabela 12 – Comparativo em relação à impressão geral

(continuação)

Características	Regular	Boa	Ótima	P-valor
A carga horária total foi cumprida e bem aproveitada?				0,066
Não	3 (23,1)	5 (9,1)	1 (2,8)	
Sim	10 (76,9)	50 (90,9)	35 (97,2)	
Houve integração com outras disciplinas do currículo?				0,12
Não	5 (38,5)	27 (49,1)	10 (27,8)	
Sim	8 (61,5)	28 (50,9)	26 (72,2)	

Fonte: Heep (2018).

Há um número limitado de instrumentos validados de avaliação sobre o nível de satisfação dos estudantes em relação ao curso. Na área da saúde, diferentemente de áreas como psicologia, ciências educacionais, sociais e jurídicas, que lidam com métodos psicométricos de validação desde a década de 1940, essa prática ainda representa dificuldade pela falta de familiaridade com a operacionalização de variáveis subjetivas. Essa é uma das possíveis explicações para a falta de questionários validados no País.

Em relação ao nível de satisfação dos estudantes com a disciplina prática de Saúde Mental baseada no modelo de Nasf, o estudo mostrou que a maior parte (87,5%) se manifestou satisfeita, de acordo com o escore total, levando em conta avaliações consideradas boas e ótimas. Quando observa a avaliação global, o estudo mostra que existem reparos pontuais que necessitam ser efetuados; no entanto, quando comparamos esses valores com a literatura, o percentual de satisfação dos estudantes nos diferentes cursos é semelhante ao encontrado neste estudo.

Como este trabalho envolveu a opinião dos estudantes, já que um estudo de satisfação envolve características subjetivas e pessoais de percepção, isso faz refletir sobre o forte significado das ideias e das opiniões sobre satisfação com o curso, seu comportamento, sua relação com a escola, com os professores e com todo o processo de ensino-aprendizagem.

Acreditamos que ninguém conhece o que não mede e que, para melhorar, é fundamental conhecer. Saber a opinião dos estudantes sobre as disciplinas cursadas pode contribuir para a busca constante de qualidade no ensino. Esse movimento serve à formação crítica do estudante, tornando-o comprometido com o processo de ensino-aprendizagem. E estimula também os professores a se manterem envolvidos e buscarem sempre capacitação para detectar fraquezas, sucessos e potencialidades nas práticas educativas.

Ao estudarmos o conjunto, podemos detectar que uma das fragilidades da escola se encontra na avaliação do estudante pelos professores, principalmente na elaboração de provas, mas também quanto à adequação em relação ao plano de ensino apresentado e à pouca discussão ou à discussão apressada sobre os resultados ou as devolutivas (*feedback*) para os estudantes. Algumas reflexões podem derivar desses achados em pelo menos duas dimensões: dos estudantes e dos professores.

Uma delas se refere ao chamado efeito recente, que descreve um viés cognitivo se colocarmos demasiada importância em um estímulo recém-desencadeado. Como as respostas aos questionários muitas vezes são realizadas pelos estudantes após a prova final, o último estímulo – a prova – pode ser erroneamente enfatizado.

A outra explicação se refere ainda ao efeito recente. A prova evoca aspectos positivos ou recordações negativas na memória do estudante ao responder ao questionário de avaliação da disciplina? Kahneman et al (1993) comentam que costumamos julgar nossas experiências emocionais de acordo com a regra do pico e do fim, que seriam a sensação que sentimos no meio da tarefa e no fim dela, que tende a se repetir na tarefa a ser realizada imediatamente. Dessa maneira, entendemos que ser avaliado em qualquer situação é uma experiência emocional e, como tal, pode ser prazerosa ou não. As reações derivadas dos estudantes certamente são mais difíceis de serem modificadas.

Quando se referem a provas mal elaboradas, à falta de discussão dos resultados da avaliação e à falta de homogeneidade nos critérios, os estudantes levam a um diagnóstico de que alguns professores estão falhando em relação a suas práticas avaliativas – precisamente por chegarem a um resultado final em que falta justiça na

atribuição de grau tanto na construção de testes quanto na padronização de critérios e na ausência de *feedback* aos estudantes após as avaliações.

Assim, perde-se qualidade e oportunidade de gerar no estudante uma conscientização valiosa para a aprendizagem, uma vez que essa técnica pode ressaltar as dissonâncias entre o resultado pretendido e o real, que permitiria gerar mudanças e conseqüentemente um sólido aprendizado. Para acertar essa rota, os professores da escola precisam passar por capacitações e desenvolvimentos, com treinamento intenso das práticas avaliativas para enriquecimento e atualização de conhecimentos. Há evidências de que os programas de desenvolvimento são amplamente aceitos pelos docentes e apresentam efeitos positivos em sua atuação.

Devemos pensar com uma clareza que favoreça a geração de propostas concretas que passam, obrigatoriamente, pela incorporação institucional do desenvolvimento pedagógico permanente dos docentes da área da saúde. Encontrar estratégias adequadas constitui uma tarefa essencial para a formação do educador. O ensino médico deve ser visto como um processo contínuo que só cessa ao fim da vida profissional, e por isso seria adequado que todo professor reservasse forças para o desenvolvimento permanente da docência médica. A falta de formação formal didático-pedagógica de médicos professores pode gerar a falta de motivação e a desvalorização do ensinar.

Na busca pela excelência do processo de ensino-aprendizagem que resulte em uma formação médica adequada às necessidades da sociedade brasileira no século XXI, a escola necessita discutir mais e melhor suas práticas avaliativas. O estímulo deve ser feito para capacitação permanente do grupo de professores para correção de caminhos que não permitam o encantamento do estudante por seu curso ou do professor pelo ensino.

Em concordância com Minayo (2006), este estudo mostrou que avaliar é um processo inacabado, de relevância e dinâmico, que permite olhar o passado, realinhar o presente e corrigir rumos para o futuro. Deixa também a reflexão de que não podemos prescindir de ter a avaliação do curso pelos estudantes se o que se pretende é a formação profissional de qualidade e que atenda aos anseios da sociedade contemporânea.

Trabalhar no aperfeiçoamento do instrumento interno e gerar estudos sobre o processo de ensino-aprendizagem, contemplando suas várias dimensões e seus diversos participantes, é uma meta para a autora.

7.6 Hospital geral: aliado na prática de saúde mental pelo médico generalista

A UBS é o principal ambiente no qual o médico generalista atua na Atenção Primária. Contudo, vale lembrarmos que muitos clínicos gerais também atuam em hospitais e nas Atenções Secundária e Terciária. A prevalência de pacientes com Transtornos Psiquiátricos em hospitais gerais e cirúrgicos varia de 41,3% a 46,8% (FALKAI; FRITZE; LAUX; 2013). Sendo assim, parece importante aliar esse ambiente às aulas práticas de saúde mental na UBS.

Contudo, apenas 1,3% dos hospitais gerais do Sistema Único de Saúde (SUS) contam com enfermarias psiquiátricas. A resistência local à internação psiquiátrica, as restrições econômicas, a capacitação profissional deficitária e a ausência de um modelo terapêutico que vá além da abordagem farmacológica são algumas das dificuldades para expandir esse modelo de atenção (LARROBLA; BOTEGA, 2006).

Por meio dos estudos analisados na revisão de literatura, é possível percebermos que nos ambientes de Atenção Secundária e Terciária do médico generalista há algumas variações epidemiológicas em relação ao ambiente de Atenção Primária. Duas das diferenças são que, no Hospital Geral, a maioria dos pacientes é do sexo masculino e, em alguns estudos, a média de idade cai quando relacionada à Atenção Primária. Quanto a diagnósticos, os Transtornos Relacionado ao Uso de Álcool e os Transtornos Psicóticos passam a ter uma prevalência maior.

Portanto, o hospital geral tem perfil epidemiológico de pacientes de saúde mental distinto ao da Atenção Primária, mas também é um ambiente de atuação do médico generalista. Assim, as aulas práticas de saúde mental nesse ambiente são um complemento importante para a formação do generalista, tendo em mente as dificuldades citadas por Larrobla e Botega (2006).

7.7 Modelo pluralista de atuação ao invés do biopsicossocial

O modelo biopsicossocial de atuação foi incorporado à Atenção Médica Primária sem muita controvérsia, tornando-se senso comum (GHAEMI, 2003). Os Nasf, onde foram feitos os atendimentos dos pacientes deste estudo, são uma extensão do Programa de Saúde da Família, que está fortemente associado ao modelo. É considerando um avanço em relação aos modelos psiquiátricos biomédico e psicanalítico por não ser dogmático como estes; contudo, é um modelo eclético, de maneira muito vaga (GHAEMI, 2003).

Esse modelo atua de modo muito “perspectivista”, considerando qualquer abordagem válida em saúde mental como se a questão fosse apenas em diferentes ângulos de se ver e se tratar as doenças, quando isso nem sempre é verdade (GHAEMI, 2003). Os fatores biológicos, psicológicos e sociais nem sempre são igualmente importantes nas diferentes doenças.

Da mesma maneira, principalmente se tratando dos fatores psicológicos, nem todas as abordagens psicoterápicas são igualmente válidas para tratar diferentes doenças. Não se trata apenas de variados pontos de vista, como infere o modelo biopsicossocial, mas de entender qual ou quais abordagens têm maior relevância científica para tratar cada transtorno. A associação de duas ou mais abordagens, quando necessário, deve ser algo comprovado cientificamente.

Em outro ponto, o modelo biopsicossocial é excessivamente abrangente, sem prover um guiamento real à pesquisa clínica (GHAEMI, 2003). Nesse modelo, por exemplo, se algum paciente está deprimido, o médico dispense um questionamento extenso à procura de estressores psicossociais e presta pouca atenção a características fenomenológicas básicas. Aspectos sociais são excessivamente abordados e alguns aspectos biológicos básicos, porém muito importantes, como história familiar, são quase deixados de lado (GHAEMI, 2003).

Contudo, uma crítica ao modelo biopsicossocial não requer uma volta aos modelos biomédico ou psicanalítico como solução. Uma abordagem válida é o modelo pluralista. Ghaemi (2003) expõe que esse modelo prega que métodos múltiplos e independentes são necessários para entender e tratar as diferentes doenças mentais. Nenhum método isolado é suficiente para todas as doenças; enquanto todos os métodos são parciais ou

limitados, deveriam ser aplicados pura e separadamente – ou em conjunto quando houver prova científica do benefício da associação entre eles. O autor não é dogmático como os modelos biomédico e psicanalista, mas, diferentemente do modelo biopsicossocial, considera separadamente as diferentes abordagens em psiquiatria conforme o grau de evidência para cada situação.

Para ser pluralista, de acordo com Ghaemi (2008), é preciso:

- 1) aceitar a ausência de uma única teoria que aborde a saúde mental como um todo e, ao mesmo tempo, rejeitar o simples relativismo e ecletismo;
- 2) apesar da ausência de uma teoria unificada de saúde mental, aceitar a necessidade de haver clareza de conceitos sobre o que fazemos;
- 3) reconhecer que, em certas situações e condições, um método único é mais apropriado do que qualquer outro;
- 4) reconhecer os pontos fortes e as limitações dos vários métodos em psiquiatria;
- 5) reconhecer que cada método tem sua função específica;
- 6) aceitar suas próprias limitações, sabendo o que suas habilidades (método) podem fazer pelo paciente; aceitar que há circunstâncias em que os métodos de outro profissional são melhores que os seus; e adaptar o tratamento à condição do indivíduo e à circunstância individual do paciente;
- 7) fazer tudo isso e ainda assim nunca ter certeza absoluta.

É importante abordarmos isso como um fator de aprimoramento da educação prática em saúde mental pelos Nasf. A UBS mostra ser um ambiente favorável de educação, mas o modelo de educação dentro dela deve seguir a crítica e o rigor científicos do modelo pluralista, não o ecletismo do modelo biopsicossocial.

8 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Uma das limitações do trabalho vigente foi a perda significativa da amostra (20,2%) dos pacientes que não compareceram às consultas e dos pacientes que tiveram seus dados perdidos. Contudo, essa limitação foi avaliada e foram encontradas as soluções discutidas para que outros pesquisadores interessados em realizar estudos similares possam contorná-la.

Outra limitação foi o referenciamento de alguns pacientes mais complexos para o atendimento dos estudantes, que é um possível fator para explicar a maior incidência de Transtorno Bipolar no estudo vigente. Mas vale lembrarmos que há muita discussão na literatura quanto à prevalência desse transtorno.

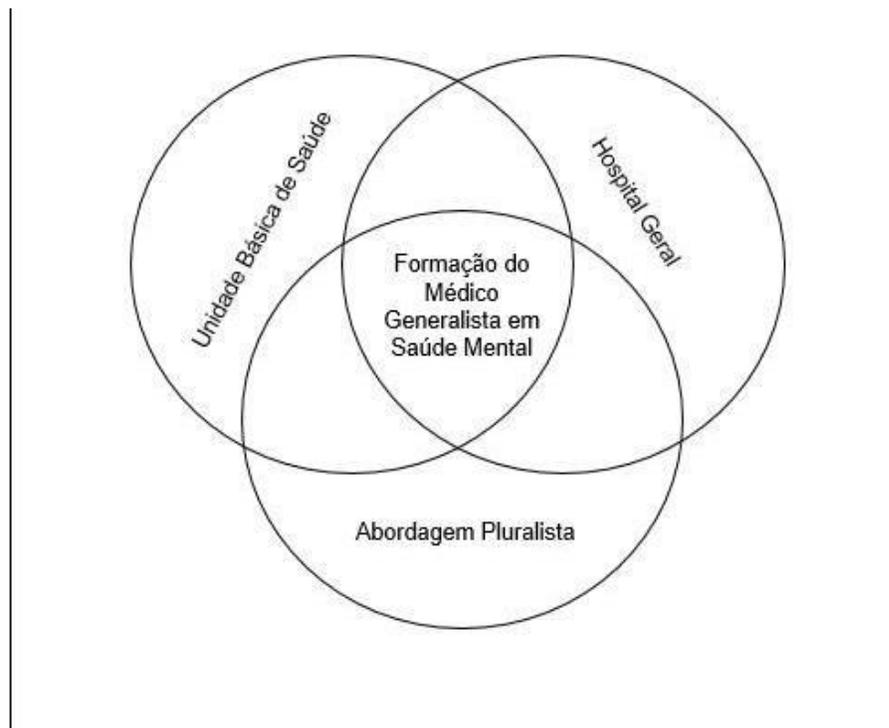
Não encontramos limitações em relação à aplicação do questionário junto aos estudantes.

9 CONCLUSÃO

A inserção do estudante na realidade prática do cuidado em saúde mental junto aos Núcleos de Apoio de Saúde da Família (Nasf), em Unidades Básicas de Saúde (UBS), contribui de forma adequada e válida para a formação do médico generalista. Definimos que o perfil epidemiológico de doenças psiquiátricas e comorbidades clínicas dos pacientes atendidos no Nasf aborda os principais transtornos mentais que o estudante de Medicina deve conhecer na proporção com que eles ocorrem na comunidade.

Averiguamos que o entendimento dos estudantes acerca da disciplina de Saúde Mental, no curso de Medicina da Universidade Positivo (UP), em Curitiba (PR), foi considerado satisfatório, mostrando a percepção que o novo modelo de ensino-aprendizagem baseado na Atenção Primária à Saúde e nos Nasf não apenas contempla os casos mais prevalentes na comunidade mas também traz a visão e a experiência de uma boa qualidade de ensino.

Figura 3 – Aspectos importantes na formação do médico generalista em saúde mental



10 PERSPECTIVAS

Como plano de melhoria da educação médica, deve-se traçar estratégias de educação continuada para os docentes, principalmente em relação aos métodos avaliativos. A autora pretende, na continuidade desta importante proposta, avaliar de maneira qualitativa as impressões dos estudantes em relação aos aspectos abordados no questionário. Será realizada uma descrição mais detalhada de suas impressões sobre a disciplina de Saúde Mental e o modo de abordá-la e avaliá-la, seja em aulas práticas, seja em aulas teóricas. O objetivo é detalhar com um olhar mais sensível os aspectos subjetivos, próprios da área de saúde mental.

Atualmente, percebemos um número cada vez maior de pacientes com transtornos mentais que inevitavelmente serão o destino desses futuros médicos. Prepará-los com um ensino de maior qualidade nesse tema é cuidar da saúde mental de um país.

REFERÊNCIAS

ALEXOPOULOS, G. S. et al. Comorbidity of Late Life Depression: an Opportunity for Research on Mechanisms and Treatment. **Biological Psychiatry**, v. 52, n. 6, p. 543-558, 2002.

AMARANTE, P. **O homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. 2. reimp. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

ANDRADE, V. O. de. et al. Relato de experiência Liga Acadêmica de Psiquiatria – UFGD. In: ENCONTRO DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO, 2014, Dourados.

ANTEPOHL, W. et al. A Follow-Up of Medical Graduates of a Problem-Based Learning Curriculum. **Medical education**, v. 37, n. 2, p. 155-162, 2003.

ARBEX, D. **Holocausto brasileiro**: vida, genocídio e 60 mil mortes no maior hospício do Brasil. 11. ed. São Paulo: Geração, 2014.

BALLENGER, J. C. et al. Consensus Statement, on Depression, Anxiety and cardiovascular disease. **Journal of Clinical Psychiatry**, v. 62, n. 8, p. 24-27, 2001.

BALLESTER, D. A.; et al. The General Practitioner and Mental Health Problems: Challenges and Strategies for Medical Education. **Sao Paulo Medical Journal**, v. 123, n. 2, p. 72-76, 2005.

CRUZ, R. B.; LAGO, E. R. L.; ANEIROS-RIBA, R. **Atención primaria de salud, Medicina Familiar y educación médica**. La Paz: Universidad Mayor de San Andrés, 1999.

CARVALHO, M. D. A.; SILVA, H. O.; RODRIGUES, L. V. Perfil epidemiológico dos usuários da Rede de Saúde Mental do Município de Iguatu, CE. **Revista Eletrônica de Saúde Mental, Álcool e Drogas**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 2, p. 337-349, 2010.

CLACK, G. B. Medical Graduates Evaluate the Effectiveness of Their Education. **Medical Education**, v. 28, n. 5, p. 418-431, 1994.

DALGALARRONDO, P.; BOTEAGA, N. J.; BANZATO, C. E. M. Pacientes que se beneficiam de internação psiquiátrica em hospital geral. **Revista de Saúde Pública**, v. 37, n. 5, p. 629-634, 2003.

BRASIL. Ministério da Educação. Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina. Resolução n. 3, de 20 de junho de 2014. **Diário Oficial da União**, Conselho Nacional de Educação, Brasília, DF, 9 nov. 2001.

DUARTE, M. de L. C.; PINHO, L. B. de.; MIASSO, A. I. Estágio do curso de especialização em Saúde Mental: relato de experiência em um Caps. **Cogitare Enfermagem**, v. 16, n. 4, p. 753-756, 2011.

EYAL, L.; COHEN, R. Preparation for Clinical Practice: a Survey of Medical Students' and Graduates' Perceptions of the Effectiveness of their Medical School Curriculum. **Medical Teacher**, v. 28, n. 6, p. e162-e170, 2006.

FAGIOLINI, A. et al. Metabolic Syndrome in Patients With Bipolar Disorder. **Journal of Clinical Psychiatry**, v. 69, n. 4, p. 678-679, 2008.

FALKAI, P.; FRITZE, J.; LAUX, G. Bedeutung, Identität, Situation und Perspektiven eines großen medizinischen Fachgebietes. In: MÖLLER, H.-J.; LAUX, G. (Org.). **Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie**. 5. ed. Stuttgart: Thieme, 2013. p. 01-27.

FOUCAULT, M. **Doença mental e psicologia**. 5. ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1994. (Biblioteca Tempo Universitário 11).

FOUCAULT, M. **História da loucura**. 9. ed. São Paulo: Perspectiva, 2013.

FREITAS, A. A.; SOUZA, R. C. de. Caracterização clínica e socioeconômica dos usuários de um centro de atenção psicossocial (Caps). **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 34, n. 3, p. 530-543, 2010.

GHAEMI, S. N. **Mood Disorders: a Practical Guide**. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2008.

GHAEMI, S. N. **The Concepts of Psychiatry: A Pluralistic Approach to the Mind and Mental Illness**. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2003.

GOLDBERG, D. P. et al. Training Family Doctors to Recognise Psychiatric Illness with Increased Accuracy. **Lancet**, v. 2, n. 8193, p. 521-523, 1980.

GONÇALVES, D. M.; KAPCZINSKI, F. Prevalência de transtornos mentais em indivíduos de uma unidade de referência para Programa Saúde da Família em Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 9, p. 2043-2053, 2008.

HUBLEY, A. M.; ZUMBO, B. D. A Dialectic on Validity: where we have been and where we are going. **Journal of General Psychology**, v. 123, n. 3, p. 207-215, 1996.

IZECKSOHN, M. M. V.; FERREIRA, J. T. Falta às consultas médicas agendadas: percepções dos usuários acompanhados pela Estratégia Saúde da Família, Manguinhos, Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 9, n. 32, p. 235-241, 2014.

KAHNEMAN, D. et al. When More Pain is Preferred to Less: Adding a Better end. **Psychological Science**, v. 4, n. 6, p. 401-405, 1993.

KILBOURNE, A. M. et al. Burden of General Medical Conditions Among Individuals with Bipolar Disorder. **Bipolar Disorders**, v. 6, n. 5, p. 368-373, 2004.

LARROBLA, C.; BOTEAGA, N. J.; Hospitais gerais filantrópicos: novo espaço para a internação psiquiátrica. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. 6, p. 01-07, 2006.

LOBOSQUE, A. M. O psiquiatra nas redes de atenção em saúde mental: um convite à formação. In: PAOLIELLO, G. (Org.). **Supervisão em Psiquiatria: o ensino da clínica e a clínica do ensino**. São Paulo: Segmento Farma, 2009. p. 30-31.

MAGUIRE, G. P.; ROE, P.; GOLDBERG, D. The Value of Feedback in Teaching Interviewing Skills to Medical Students. **Psychological Medicine**, v. 8, n. 4, p. 697-704, 1978

MAIA, L. C.; DURANTE, A. M. G.; RAMOS, L. R. Prevalência de Transtornos Mentais Em Área Urbana no Norte de Minas Gerais, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 38, n. 5, p. 650-656, 2004.

MANGUALDE, A. A. dos S. et al. Perfil Epidemiológico dos Pacientes Atendidos em um Centro de Atenção Psicossocial. **Mental**, Barbacena, ano X, n. 19, p. 235-248, jul./dez. 2013.

MARCONDES, E. G. E. Programa de avaliação curricular da Faculdade de Medicina de São Paulo. **Revista do Hospital das Clínicas**, v. 46, n. 5, p. 243-249, 1991.

MEZUK, B. et al. Depression and Diabetes Type 2 Over The Lifespan: a Meta-Analysis. **Diabetes Care**, v. 31, n. 12, p. 2383-2390, 2008.

MICHELON, L.; VALLADA FILHO, H. P. V. Transtornos depressivos. In: LOPES, A. C. **Tratado de clínica médica**. 2. ed. São Paulo: Roca, 2009. v. 2. p. 2471-2480.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2006.

MIRANDA, C. A. de; TARASCONI, C. V.; SCORTEGAGNA, S. A. Estudo epidêmico dos transtornos mentais. **Avaliação Psicológica**, v. 7, n. 2, p. 249-257, 2008.

MURRAY, C. J.; LOPEZ, A. D. Alternative Projections of Mortality and Disability by Cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. **Lancet**, v. 349, n. 9064, p. 1498-1504, 1997.

NUNES, M.; JUCÁ, V. J.; VALENTIM, C. P. B. Ações de saúde mental no Programa de Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2375-2384, 2007.

PAULA, C. T. C. Perfil epidemiológico dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial na cidade de Recife. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 2, n. 4-5, p. 94-105, 2010.

PELISOLI, C. da L.; MOREIRA, A. K. Caracterização epidemiológica dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial Casa Aberta. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 27, n. 3, p. 270-277, 2005.

PEREIRA, A. de A.; COSTA, A. N. da; MEGALE, R. de F. Saúde mental para médicos que atuam na Estratégia Saúde da Família: uma contribuição sobre o processo de formação em serviço. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 36, n. 2, p. 269-279, 2012.

PRINCE, M. et al. No Health Without Mental Health. **Lancet**, v. 370, n. 9590, p. 859-877, 2007.

REIS, L. N. dos. **Perfil epidemiológico de um serviço ambulatorial de saúde mental: uma análise descritiva e analítica.** 76 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

ROTELLA, F.; MANNUCCI, E. Depression as a Risk Factor for Diabetes: A Meta-Analysis of Longitudinal Studies. **Journal of Clinical Psychiatry**, v. 74, n. 1, p. 31-37, 2013.

RUIZ, T.; MORITA, I. Curso de graduação na Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP: inquérito entre ex-alunos. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 37, n. 4, p. 200-204, 1991.

SANTOS, M. E. de SB. dos. et al. Serviço de emergências psiquiátricas em Hospital Geral Universitário: estudo prospectivo. **Revista de Saúde Pública**, v. 34, n. 5, p. 468-474, 2000.

SILVA, T. L. da. et al. Perfil de internações hospitalares em Unidade Psiquiátrica de um hospital geral. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 18, n. 3, p. 644-651, 2014.

SOUSA, F. S. S. de; SILVA, C. A. F. da; OLIVEIRA, E. N. Serviço de emergência psiquiátrica em hospital geral: estudo retrospectivo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, n. 3, p. 796-802, 2010.

SWARTZ, H. A.; FAGIOLINI, A. Cardiovascular Disease and Bipolar Disorder: Risk and Clinical Implications. **Journal of Clinical Psychiatry**, v. 73, n. 12, p. 1563-1565, 2012.

VANCAMPFORT, D. et al. Prevalence and Predictors of Type 2 Diabetes Mellitus in People With Bipolar Disorder: a Systematic Review and Meta-Analysis. **Journal of Clinical Psychiatry**, v. 76, n. 11, p. 1490-1499, 2015.

ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da pesquisa: AVALIAÇÃO DO ENSINO PRÁTICO EM SAÚDE MENTAL ATRAVÉS DOS NASF

Pesquisador: Raquel Tatiane Heep Bertozzi. Rua Orlando Peruci, 1000. Curitiba-PR. Telefone (41)8852-1295

Profissional responsável: Raquel Tatiane Heep Bertozzi

Local de realização da pesquisa: Unidades de Saúde Tancredo Neves (Curitiba-PR) e Unidade de Saúde São Miguel (Curitiba-PR)

Endereço, telefone do local: US São Miguel - RUA ANTONIO REINALDO ZANON, 140. Fone (41)3314-5114 / US Tancredo Neves - RUA PROFESSORA HILDA HANKE GONCALVES, 435. Fone (41)3314-5130

A) INFORMAÇÕES AO PARTICIPANTE

1. Apresentação da pesquisa.

Após a reforma psiquiátrica, muitas universidades brasileiras ficaram sujeitas ao ensino prático com base no CAPS. Contudo, muitos estudantes e professores se mostram insatisfeitos com essa base de ensino, alegando que, na prática, ele não atinge satisfatoriamente o objetivo de ensino, pois os pacientes atendidos nessas unidades possuem transtornos mais graves, o que não corresponde à realidade do médico generalista que frequentemente se depara com transtornos mais frequentes na população e de menor gravidade. Ou seja, no Caps, os estudantes não se deparam com o que se tornará o seu futuro cotidiano, o que torna necessário avaliar o ensino prático em saúde mental com base no Nasf, tendo como parâmetro o objetivo estipulado pela Universidade Positivo: “preparar os estudantes para situações em saúde mental que o próprio médico generalista deve resolver”. Não cabe a esse estudo avaliar a influência da reforma psiquiátrica na educação médica a partir de bases ideológicas, mas sim metodológicas.

2. Objetivos da pesquisa.

O objetivo do presente estudo é avaliar se o modelo de ensino prático em saúde mental baseado no Nasf aborda os principais transtornos mentais que o estudante, futuro médico generalista, deve conhecer na proporção com que eles ocorrem na comunidade.

3. Participação na pesquisa.

Será feita a análise de prontuário dos pacientes atendidos pelos estudantes do quarto ano de Medicina da Universidade Positivo nas Unidades de Saúde Tancredo Neves e São Miguel, de Curitiba, durante o ano de 2015. Serão obtidos dos prontuários os diagnósticos, gênero, idade e comorbidades dos pacientes para que estes dados sejam comparados com os da literatura. Serão participantes pacientes do sexo feminino e masculino, entre 18 e 80 anos. Assim, será possível avaliar se os transtornos apresentados pelos pacientes são proporcionalmente condizentes com os encontrados na população em geral.

4. Confidencialidade.

Você será esclarecido(a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios. O(s) pesquisador(es) irá(ão) tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados serão enviados para você e permanecerão confidenciais. Seu nome ou o material que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma cópia deste consentimento informado será arquivada no Curso de Medicina da Universidade Positivo e outra será fornecida a você.

5. Desconfortos, Riscos e Benefícios.

5a) Desconfortos e ou Riscos: Este trabalho não oferece nenhum risco aos pesquisadores nem aos pacientes envolvidos, pois não será coletado dos prontuários nenhum dado que permita identifica-los de forma que lhes cause qualquer constrangimento. Não qualquer possibilidade de identificar os participantes. Também não serão chamados pessoalmente e não serão submetidos a nenhum procedimento que não seja a revisão de seu prontuário.

5b) Benefícios: O benefício é o de obter um panorama da qualidade de ensino nos Nasf. Através do ensino de saúde mental em unidades de saúde ESF de Curitiba queremos mostrar que, para um médico generalista que irá se formar, o Nasf apresenta ser um rico campo de estágio, pois avalia o paciente de saúde mental nos estágios iniciais da doença, podendo ter um diagnóstico precoce e tratamento com mais sucesso.

6. Critérios de inclusão e exclusão.

6a) Inclusão: ser paciente de saúde mental/psiquiatria indicado por profissional da Unidade de Saúde ESF (medico ou enfermeiro) Tancredo Neves ou São Miguel, ambas em Curitiba-PR. Participantes devem ser do sexo feminino e masculino e ter entre 18 e 80 anos.

6b) Exclusão: Participantes crianças, sem capacidades de discernir sobre aceitação ou não (por exemplo, retardo mental), pacientes que não desejarem participar do projeto (mesmo tendo critérios positivos de inclusão).

7. Direito de sair da pesquisa e a esclarecimentos durante o processo.

O paciente que estiver participando deste estudo tem direito a deixar o estudo a qualquer momento e também tem o direito a receber esclarecimentos em qualquer etapa da pesquisa, assim como a liberdade de recusar ou retirar o consentimento sem penalização.

8. Ressarcimento ou indenização.

A participação no estudo não acarretará custos financeiros para você e não será disponível nenhuma compensação financeira. Caso ocorra qualquer dano a cobertura material para reparação a dano, causado pela pesquisa ao participante da pesquisa será de responsabilidade da equipe de pesquisa. (Resolução 466/2012)

8b) CONSENTIMENTO (do sujeito de pesquisa ou do responsável legal – neste caso anexar documento que comprove parentesco/tutela/curatela)

Eu declaro ter conhecimento das informações contidas neste documento e ter recebido respostas claras às minhas questões a propósito da minha participação direta (ou indireta) na pesquisa e, adicionalmente, declaro ter compreendido o objetivo, a natureza, os riscos e benefícios deste estudo.

Após reflexão e um tempo razoável, eu decidi, livre e voluntariamente, participar deste estudo. Estou consciente que posso deixar o projeto a qualquer momento, sem nenhum prejuízo.

Nome completo: _____

RG: _____ Data de Nascimento: ___/___/_____

Telefone: _____

Endereço: _____

—

CEP: _____ Cidade: _____ Estado: _____

Assinatura:

Data: ___/___/_____

Eu declaro ter apresentado o estudo, explicado seus objetivos, natureza, riscos e benefícios e ter respondido da melhor forma possível às questões formuladas.

Assinatura

pesquisador:

Data:

(ou seu representante)

Nome

completo: _____

—

Para todas as questões relativas ao estudo ou para se retirar do mesmo, poderão se comunicar com _____, via e-mail: _____ ou telefone: _____.

Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa para recurso ou reclamações do sujeito pesquisado

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Tecnológica Federal do Paraná (CEP/UTFPR)

REITORIA: Av. Sete de Setembro, 3165, Rebouças, CEP 80230-901, Curitiba-PR, telefone: 3310-4943, e-mail:

OBS: este documento deve conter duas vias iguais, sendo uma pertencente ao pesquisador e outra ao sujeito de pesquisa.

ANEXO C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Título da pesquisa: AVALIAÇÃO DO ENSINO EM AULAS PRÁTICAS DE SAÚDE MENTAL PARA ACADÊMICOS DE MEDICINA ATRAVÉS DO NASF

Pesquisador: Raquel Tatiane Heep Bertozzi. Rua Orlando Peruci, 1000. Curitiba-PR. Telefone (41)8852-1295

Pesquisador orientador: Rogério Saad Vaz

Profissional responsável: Raquel Tatiane Heep Bertozzi

Local de realização da pesquisa: Universidade Positivo (Curitiba-PR)

Endereço, telefone do local: R. Prof. Pedro Viriato Parigot de Souza - Campina do Siqueira, Curitiba - PR

A) INFORMAÇÕES AO PARTICIPANTE

1. Apresentação da pesquisa.

Após a reforma psiquiátrica, muitas universidades brasileiras ficaram sujeitas ao ensino prático com base no CAPS. Contudo, muitos estudantes e professores se mostram insatisfeitos com essa base de ensino, alegando que, na prática, ele não atinge satisfatoriamente o objetivo de ensino, pois os pacientes atendidos nessas unidades possuem transtornos mais graves, o que não corresponde à realidade do médico generalista que frequentemente se depara com transtornos mais frequentes na população e de menor gravidade. Ou seja, no Caps, os estudantes não se deparam com o que se tornará o seu futuro cotidiano, o que torna necessário avaliar o ensino prático em saúde mental com base no Nasf, tendo como parâmetro o objetivo estipulado pela Universidade Positivo: “preparar os estudantes para situações em saúde mental que o próprio médico generalista deve resolver”. Não cabe a esse estudo avaliar a influência da reforma psiquiátrica na educação médica a partir de bases ideológicas, mas sim metodológicas.

2. Objetivos da pesquisa.

O objetivo do presente estudo é avaliar se o modelo de ensino prático em saúde mental baseado no Nasf aborda os principais transtornos mentais que o estudante, futuro médico generalista, deve conhecer na proporção com que eles ocorrem na comunidade. Também pretende avaliar qual a percepção dos estudantes no processo ensino-aprendizagem.

3. Participação na pesquisa.

Será feita um questionário objetivo, composto de perguntas simples em escala Likert, cujo objetivo é a avaliação da disciplina neste novo modelo de atenção baseada na Atenção Primária. Participarão os estudantes que já concluíram a Disciplina em Saúde Mental, nos anos de 2015 e 2016, devidamente matriculados no curso de Medicina da Universidade Positivo.

4. Confidencialidade.

Você será esclarecido(a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios. O(s) pesquisador(es) irá(ão) tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados serão enviados para você e permanecerão confidenciais. Seu nome ou o material que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma cópia deste consentimento informado será arquivada no Curso de Medicina da Universidade Positivo e outra será fornecida a você.

5. Desconfortos, Riscos e Benefícios.

5a) Desconfortos e ou Riscos: Este trabalho oferece o pequeno risco aos estudantes participantes de exposição de sua avaliação. Porém ressalta-se que o risco é mínimo, pois não haverá no questionário nenhuma identificação por parte do participante.

5b) Benefícios: Através dos resultados pretende-se melhorar as metodologias de ensino prático na Disciplina de Saúde Mental. Corrigir as eventuais falhas apresentadas pelos estudantes participantes e assim formar melhores médicos aptos ao atendimento à população.

6. Critérios de inclusão e exclusão.

6a) Inclusão: ser estudante do curso de Medicina da Universidade Positivo, e ter cursado a Disciplina de Saúde Mental nos anos de 2015 ou 2016. Participantes devem ser do sexo feminino e masculino e ter entre 18 e 80 anos.

6b) Exclusão: Participantes crianças, sem capacidades de discernir sobre aceitação ou não (por exemplo, retardo mental), pacientes que não desejarem participar do projeto (mesmo tendo critérios positivos de inclusão).

7. Direito de sair da pesquisa e a esclarecimentos durante o processo.

O participante que estiver participando deste estudo tem direito a deixar o estudo a qualquer momento e também tem o direito a receber esclarecimentos em qualquer etapa da pesquisa, assim como a liberdade de recusar ou retirar o consentimento sem penalização.

8. Ressarcimento ou indenização.

A participação no estudo não acarretará custos financeiros para você e não será disponível nenhuma compensação financeira. Caso ocorra qualquer dano a cobertura material para reparação a dano, causado pela pesquisa ao participante da pesquisa será de responsabilidade da equipe de pesquisa. (Resolução 466/2012)

B) CONSENTIMENTO (do sujeito de pesquisa ou do responsável legal – neste caso anexar documento que comprove parentesco/tutela/curatela)

Eu declaro ter conhecimento das informações contidas neste documento e ter recebido respostas claras às minhas questões a propósito da minha participação direta (ou indireta) na pesquisa e, adicionalmente, declaro ter compreendido o objetivo, a natureza, os riscos e benefícios deste estudo.

Após reflexão e um tempo razoável, eu decidi, livre e voluntariamente, participar deste estudo. Estou consciente que posso deixar o projeto a qualquer momento, sem nenhum prejuízo.

Nome

completo: _____

RG: _____ Data de Nascimento: ___/___/___

Telefone: _____

Endereço: _____

CEP: _____ Cidade: _____ Estado:

Assinatura: _____

Data:

____/____/____

Eu declaro ter apresentado o estudo, explicado seus objetivos, natureza, riscos e benefícios e ter respondido da melhor forma possível às questões formuladas.

Assinatura pesquisador:

Data:

(ou seu representante)

Nome

completo: _____

—

Para todas as questões relativas ao estudo ou para se retirar do mesmo, poderão se comunicar com _____, via e-mail: _____ ou telefone: _____.

OBS: este documento deve conter duas vias iguais, sendo uma pertencente ao pesquisador e outra ao sujeito de pesquisa.