

Saúde Mental para Médicos que Atuam na Estratégia Saúde da Família: uma Contribuição sobre o Processo de Formação em Serviço

Mental Health for Primary Care Family Doctors: a Contribution to Improve Educational Programs

Alexandre de Araújo Pereira¹

Albert Nilo da Costa¹

Raquel de Faria Megale¹

PALAVRAS-CHAVE

- Educação Médica;
- Saúde Mental;
- Atenção Primária;
- Educação Continuada.

KEYWORDS

- Medical Education;
- Mental Health;
- Primary Care;
- Continuing Education.

RESUMO

Através de uma revisão da literatura nacional e internacional sobre a formação em saúde mental dirigida para médicos que atuam na atenção primária, os autores procuram identificar referenciais pedagógicos que possam nortear metodologicamente a formação em saúde mental para essa categoria profissional no âmbito da atenção primária em saúde no Brasil.

ABSTRACT

From reviewing the national and international literature on mental health educational programs built up to primary care family doctors, the authors sought to identify pedagogical references that could help to improve local educational programs for these professionals in Brazil.

Recebido em: 29/03/2011

Aprovado em: 21/05/2012

INTRODUÇÃO

Na última década, a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Movimento da Reforma Assistencial Psiquiátrica Brasileira têm trazido contribuições importantes no sentido da reformulação da atenção em saúde no País. Ambos defendem os princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS) e propõem uma mudança radical no modelo de assistência à saúde, privilegiando a descentralização e a abordagem comunitária/familiar, em detrimento do modelo tradicional, centralizador e voltado para o hospital. Essas políticas assistenciais vêm trazendo grandes avanços no processo de municipalização da saúde e vêm contribuindo para a transformação do modelo assistencial vigente em nosso país.

O acúmulo das experiências até aqui tem feito acreditar que uma rede diversificada de serviços de saúde mental, articulada com a incorporação de ações de saúde mental na atenção primária, poderá contribuir para acelerar o processo da Reforma da Assistência Psiquiátrica Brasileira, oferecendo melhor cobertura assistencial aos agravos mentais que, historicamente, sempre apresentaram grande dificuldade para entrar no circuito de atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)¹.

É bom lembrar que no Brasil, embora tenham sido criados, até junho de 2010, pouco mais de 1.500 Centros de Atenção Psicossocial (Caps), o número de serviços, bem como de profissionais da saúde mental capacitados para atender toda a população brasileira, ainda se mostra insuficiente. Além disso, a alta prevalência dos episódios de adoecimento psíquico no âmbito da atenção primária sugere que não seria apropriado que apenas serviços especializados fossem os únicos destinados a responder a essa demanda².

Nesse sentido, a capacitação em saúde mental de profissionais da saúde que atuam na atenção primária e, em particular na ESF, se mostra de grande relevância. O próprio Ministério da Saúde admite que a organização de uma política de formação de recursos humanos na área da saúde mental é crucial para a consolidação da Reforma da Assistência Psiquiátrica no Brasil. A maioria dos profissionais de formação *psí* encontra-se nos centros urbanos maiores; os programas de capacitação formal são raros e concentrados geograficamente; não há mecanismos de supervisão continuada ou de fixação dos psiquiatras no interior; não há oferta de cuidados para as situações clínicas mais graves e os usuários são, conseqüentemente, encaminhados para internações nos grandes centros, onde geralmente se concentram os hospitais psiquiátricos³.

No âmbito da formação em saúde mental de profissionais da saúde, as universidades têm mostrado pouca ênfase nessa temática. A carga horária curricular destinada a disciplinas de saúde mental dos cursos de graduação e pós-graduação é geralmente insatisfatória, de cunho predominantemente teórico,

sem a oferta de estágios práticos com supervisão adequada, havendo predomínio do modelo biomédico e centrada no atendimento hospitalar em detrimento dos aspectos psicossociais e comunitários.

Três pesquisas recentes, que estudaram as ações de saúde mental por parte de equipes da ESF no estado do Ceará⁴, e outras duas pesquisas conduzidas no Sudeste do País⁵, deixaram clara a necessidade de capacitação em saúde mental por parte desses profissionais da saúde.

Embora o chamado apoio matricial tenha sido definido pelo Ministério da Saúde como forma privilegiada de interação entre os serviços especializados de saúde mental e as equipes da atenção primária, não houve, até agora, a preocupação de se estabelecer diretrizes claras de organização do processo de formação em saúde mental de médicos que atuam na ESF.

OBJETIVO

O presente artigo pretende identificar um referencial pedagógico e de organização do processo de formação em saúde mental para médicos que seja compatível com a ESF.

METODOLOGIA

Realizou-se uma revisão narrativa da literatura nacional e internacional de acordo com o referencial de Rother⁶. Trata-se de uma revisão qualitativa, ampla, apropriada para descrever e discutir o desenvolvimento ou o "estado da arte" de um determinado assunto, sob o ponto de vista teórico ou conceitual. O trabalho constitui-se, basicamente, da análise da literatura publicada em livros, artigos de revistas impressas e/ou eletrônicas e documentos oficiais, levando em conta a vivência e observação crítica do autor. As fontes de dados incluíram: agências nacionais (MS); órgãos internacionais (Opas/OMS); além de uma revisão de literatura sobre atenção primária e saúde mental, com ênfase nos aspectos educacionais, que incluíram consulta ao Medline/Lilacs entre os anos de 2000 e 2009. Também foram incluídos documentos pesquisados pelo autor principal durante a realização de seu mestrado em educação médica pela Escola Nacional de Saúde Pública de Cuba (2004-2006) e durante o estágio no Departamento de Atenção Primária e Saúde Mental do Instituto de Psiquiatria de Londres, durante o mês de janeiro de 2004.

DISCUSSÃO

Estratégias Educativas Dirigidas para os Profissionais Médicos

Embora muitos países do mundo já tenham adotado a atenção primária como estratégia chave na organização de seu sistema de saúde, alguns, mais recentemente, vêm-se destacando na

condução de estudos que articulam estratégias assistenciais e educacionais com enfoque na saúde mental. Nessa esfera do conhecimento, países como Canadá^{7,8,9}, Austrália^{10,11,12,13} e Chile^{14,15,16} 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 et al.¹⁷, 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 em seus pacientes¹⁷. Pouco antes, Maguire, Roe & Goldberg¹⁸ já haviam demonstrado que a utilização de técnicas de áudio e vídeo *feedback*, quando os próprios alunos conduziam entrevistas médicas com seus pacientes e depois analisavam o material gravado em grupo, eram mais eficazes que aulas expositivas no desenvolvimento de habilidades para entrevistar os pacientes. Essas técnicas foram então aprimoradas ao longo dos anos e passaram a ser também utilizadas com sucesso no desenvolvimento de habilidades para a abordagem de problemas específicos de saúde mental na atenção primária, como: síndrome da fadiga crônica; psicoses; demências; depressão e somatizações¹⁹.

Outro centro de grande importância na pesquisa educacional em saúde mental para a atenção primária é o Departamento de Psiquiatria da Universidade de Manchester. O grupo de pesquisadores dessa Instituição, coordenado pela professora Linda Gask, trabalha em conjunto com o Instituto de Psiquiatria de Londres e possui vasta experiência na condução, bem como na avaliação, de cursos de saúde mental direcionados para profissionais da atenção primária^{20,21,22,23}. Na oficina oferecida para médicos de família, que ocorre duas vezes por ano, com aulas semanais de um ou dois turnos por um período de 8 semanas, defende-se o emprego de múltiplas técnicas de aprendizagem²⁴:

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

cientes reais, produzidos durante a oficina a partir de *role play* executado pelos alunos, ou através da participação de atores como pacientes.

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

Há um consenso entre os pesquisadores britânicos de que os clínicos gerais daquele país têm fácil acesso aos conhecimentos produzidos na área da saúde mental, mas lhes faltam habilidades clínicas para o manejo de transtornos mentais no âmbito das unidades de saúde²⁵. As habilidades clínicas necessárias são raramente ensinadas nos cursos de medicina e não são assimiláveis a partir de conferências. Para que haja aprendizado dessas habilidades é necessário que elas sejam demonstradas e posteriormente exercitadas pelos alunos.

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

Como pode ser difícil a produção de vídeo pelos alunos, os centros de formação em saúde mental para a atenção primária no Reino Unido, apoiados pela Associação Mundial de Psiquiatria, têm produzido vídeos que retratam situações clínicas diversas e que contam com a participação de clínicos gerais verdadeiros e atores no lugar dos pacientes e familiares. Esse material vem acompanhado de *slides*, contendo a apresentação das micro-habilidades a serem observadas, além de instruções para os tutores. Como as fitas estão em língua inglesa, os autores sugerem que o material seja utilizado como modelo para a produção de material original. Podem também receber dublagem ou legendas na língua dos alunos²⁶.

A percepção dos clínicos gerais sobre as suas necessidades de aprendizado em saúde mental foi o foco de investigação de dois estudos britânicos. No estudo de Turtun, Tylee & Kerry²⁷, a partir de uma amostra aleatória envolvendo 190 clínicos gerais de 95 áreas sanitárias diferentes no Reino Unido, os médicos afirmaram que suas maiores necessidades de treinamento em saúde mental eram: conselho terapêutico psicodinâmico (25%); técnicas de manejo de estresse (20,8%); técnicas cognitivas (15%); manejo das dependências químicas (13,3%); como ajudar os doentes mentais crônicos (10%); como e quando prescrever psicofármacos (9,2%); e avaliação de risco de suicídio (7,5%). No estudo de Kerwick et al.²⁸ foi enviado um questionário com uma proposta de capacitação de 26 temas de saúde mental para 380 clínicos gerais de Londres. Desse total, 62% responderam. Os temas mais requisitados para treinamento foram: as urgências psiquiátricas; as somatizações; o conselho terapêutico; os pacientes com problemas afetivos; os problemas psicosssexuais; e o manejo de estresse. Cada um desses temas foi escolhido por pelo menos 40% dos médicos que responderam ao questionário. Observou-se que as demandas de capacitação desses clínicos estão direcionadas para *transtornos mentais comuns* e para a aquisição de habilidades de manejo com o paciente de cunho predominantemente não farmacológico.

Embora esses achados possam servir de referência para a definição de conteúdos de capacitação para os profissionais da atenção primária nos locais onde as pesquisas foram realizadas, é recomendável que estudos semelhantes sejam replicados em outros contextos de formação médica e sanitária, no sentido da correta identificação das necessidades de aprendizagem locais.

Dentro da perspectiva de produzir ferramentas adequadas a diferentes contextos, um detalhado manual de saúde mental dirigido para equipes de atenção primária de países em desenvolvimento foi recentemente publicado por Patel²⁹. Esse manual define diretrizes para o diagnóstico e tratamen-

to de transtornos mentais, bem como para a prevenção e promoção em saúde mental a partir de uma abordagem baseada em categorias de problemas, diferentemente do que ocorre na maioria dos manuais tradicionais, cujo enfoque é centrado no diagnóstico. Segundo Patel²⁹, os sistemas de classificação psiquiátrica atuais, muito fragmentados e pouco coerentes com certas manifestações culturais, não se mostram úteis para a maioria dos profissionais da saúde que trabalham nesse nível de atenção. O manual, que é ilustrado e apresenta uma série de vinhetas clínicas, é dividido nos seguintes tópicos: introdução aos transtornos mentais; "Avaliação de alguém com transtorno mental"; "Tratamento dos transtornos mentais"; "Comportamentos que causam preocupação"; "Sintomas sem explicação médica"; "Hábitos que causam problemas"; "Problemas gerados por perda ou violência"; "Problemas de comportamento em crianças e adolescentes"; "Saúde mental em outros contextos"; "Promoção da saúde mental".

De acordo com extensa revisão de experiências europeias conduzida por Tylee³⁰, há forte evidência de que os programas de formação em saúde mental dirigidos para médicos da atenção primária devem ser implantados com ativa participação desses profissionais, com enfoque centrado no aluno, a partir de atividades autodirigidas e sob supervisão de tutores preparados para essa função. Também há uma evidência crescente de que o local mais adequado para a realização da formação profissional é a unidade de saúde, pois é lá onde ocorrem os problemas cotidianos, de natureza clínica ou não, relacionados ao trabalho em equipe e a organização da assistência em saúde. No Reino Unido, alguns dos programas mais recentes de capacitação estão organizados por meio de momentos de concentração mediados por facilitadores, quando profissionais de atenção primária (médicos e enfermeiros) desenvolvem projetos compartilhados com membros das equipes de saúde mental (psiquiatras, enfermeiras psiquiátricas e psicólogos). A partir das demandas concretas da assistência, são constituídos planos de cuidados compartilhados, o que acaba produzindo ações criativas junto aos pacientes, ao mesmo tempo que são instituídos novos canais de comunicação entre as unidades básicas de saúde e os centros comunitários de saúde mental.

Segundo um grupo de estudos da OMS lembrado por Rodrigues³¹, que se deteve no desenvolvimento de cuidados de saúde mental para a atenção primária, a formação e treinamento dos médicos de família deve ter como enfoque a relação médico/paciente, as técnicas e práticas do trabalho em equipe e o desenvolvimento da capacidade para ouvir e se comunicar. Na avaliação de um treinamento em cuidados primários à saúde mental para médicos dos serviços primários de saúde no Brasil, Ballester³² defende também a capacitação em psi-

cofarmacologia pelos seguintes motivos: já existem dados suficientes que suportam uma teoria biológica dos transtornos mentais; os psicofármacos são capazes de modificar o funcionamento cerebral em um curto prazo; há estudos que indicam uma especificidade da eficácia de determinados medicamentos de acordo com o transtorno mental; a associação de psicofármacos a outras terapias não farmacológicas tem-se mostrado superior à utilização isolada dessas técnicas. O autor argumenta, no entanto, que a ênfase na abordagem farmacológica pode gerar uma certa “medicalização” da população atendida no primeiro momento, já que o treinamento em saúde mental poderá resultar em um maior número de transtornos mentais diagnosticados. Por essa razão, é necessário que haja o aperfeiçoamento da capacidade dos médicos de distinguir entre problemas existenciais, situações estressantes da vida, problemas de vínculo familiar e social, dos transtornos mentais propriamente ditos, para que não ocorram prescrições desnecessárias. O autor também defende a capacitação dos médicos em técnicas psicoterápicas de postura mais pragmática, voltada para tratamentos mais curtos e que tenham eficácia já comprovada na atenção primária. Nessa vertente, enquadram-se o aconselhamento para resolução de problemas e as técnicas cognitivas-comportamentais para a depressão leve/moderada e para ansiedade. No meio médico, as estratégias de intervenção comunitária, como a massoterapia e a terapia comunitária, além de propiciarem a constituição de grupos de queixas difusas, têm-se mostrado promissoras, especialmente na abordagem de transtornos mentais comuns³³.

Em um estudo mais recente, Ballester e colaboradores³⁴ 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. Após a condução de grupos focais, análise de conteúdo do material transcrito e revisão da literatura atual, os autores chegaram às seguintes conclusões de cunho educacional:

- Psiquiatras e clínicos gerais nem sempre concordam com os conteúdos que devem ser discutidos nos processos de educação médica continuada.
- Programas de formação centrados exclusivamente no diagnóstico e no uso da medicação podem descaracterizar a atuação do médico na atenção primária, cujo principal objetivo é sustentar relacionamentos com pacientes portadores de problemas complexos, com o intuito de facilitar o atendimento e contribuir para com uma maior eficácia no tratamento.
- A formação em saúde mental oferecida nas escolas de medicina tem demonstrado notória limitação. Há, por-

tanto, uma necessidade de que o processo educacional tenha continuidade durante a vida profissional.

- O ensino baseado em problemas, assim como a interação a partir de pequenos grupos, tem-se mostrado superiores aos métodos de ensino tradicionais na aquisição de novas competências em saúde mental. Essas estratégias de ensino mostram-se mais compatíveis às necessidades de aprendizado dos adultos, que são motivadas pela necessidade de superar desafios e resolver problemas de saúde concretos.
- Uma importante ferramenta de educação continuada tem sido a possibilidade de o médico generalista trabalhar com o suporte de um especialista, através da atuação do psiquiatra na atenção primária.
- O desafio da educação continuada em saúde mental, para os médicos que atuam na atenção primária, requer métodos que atuem na dimensão afetiva do aprendizado, levando à mudança de atitude, o que vai muito além da simples aquisição de conhecimentos.

Alguns autores têm relatado modelos de integração assistencial/educativa em saúde mental no âmbito da atenção primária^{35,36}, alguns deles voltados para a integração curricular de residentes de psiquiatria e de medicina comunitária³⁷. Dos diversos modelos propostos, pelo menos seis variações foram identificadas por Rand & Thompson³⁸ e podem ser utilizadas em diferentes contextos, dependendo dos objetivos de aprendizagem:

- No *modelo de consultoria*, o psiquiatra avalia o paciente do médico generalista apenas quando este identifica um problema e requisita um especialista. A participação do especialista é pontual e limita-se a oferecer uma opinião diagnóstica e de tratamento para um caso já identificado como suspeito. A tendência, nesse caso, é de que aqueles médicos com maior habilidade ou interesse recebam maior atenção e oportunidades de aprendizado, enquanto aqueles que mais dificilmente reconhecem ou tratam problemas mentais permaneçam alheios à situação de aprendizado.
- A *estratégia de ligação* está baseada no relacionamento educacional contínuo entre a equipe de saúde e o especialista em saúde mental. Esse modelo permite observar as interações da equipe com os pacientes, o que pode ser aproveitado pelo consultor para assinalar à equipe suas dinâmicas de funcionamento. Parece ser um modelo ideal para abordagem de pacientes difíceis para a equipe da atenção primária, que exigem intervenções constantes e diferenciadas.

- O *modelo de ponte* representa um envolvimento mais integral entre o psiquiatra e médicos da atenção primária, no qual o psiquiatra é visto como um membro da equipe e está disponível para atividades de ensino formais e informais. Embora haja um maior dispêndio de tempo e recursos do que nos modelos de consultoria e ligação, há vantagens como o reconhecimento e manejo de um espectro mais amplo de problemas e uma maior oportunidade de aprendizado para os médicos generalistas e o psiquiatra.
- No *modelo híbrido*, além do trabalho do psiquiatra, há participação de outros profissionais da saúde mental, como assistentes sociais, psicólogos, enfermeiros e outros. Esse modelo tem as vantagens de reduzir o custo e de oferecer ampla especificidade de ações, de acordo com as necessidades dos pacientes.
- No *modelo autônomo*, o serviço de atenção primária contrata um profissional de saúde mental, geralmente não médico, que não possui vínculo administrativo ou funcional com a instituição. Ele então passa a realizar atividades assistenciais e de ensino. Esse modelo tem-se mostrado economicamente viável e útil na resolução dos problemas de saúde mais comuns.
- O *modelo de especialização* requer um programa extensivo de ensino em psiquiatria para médicos de atenção primária, realizado ao mesmo tempo ou após a residência em Cuidados Primários. Embora haja uma tendência de que os médicos optem pela prática de apenas uma dessas especialidades ao longo do tempo, existe a vantagem de que se tornem educadores em saúde mental para seus colegas dos serviços básicos.

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

Educação Permanente em Saúde (EPS): um referencial pedagógico para a atuação junto às equipes da Estratégia Saúde da Família

Segundo Borroto Cruz, Lemus Lago & Aneiros-Riba³⁹, 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 a partir do estudo de 155 escolas médicas dos Estados Unidos e Canadá, por meio do qual foi elaborado um conjunto de recomendações. Segundo esses autores, o aspecto mais significativo desse estudo foi a consolidação de um modelo biomédico clínico de caráter eminentemente individual e

curativo, o que veio a se constituir mais tarde em um poderoso complexo médico-industrial. Esse modelo, inicialmente desenvolvido nos Estados Unidos, se disseminou pelo mundo e influenciou a formação e a prática médica, que se mantiveram inalteradas por várias décadas. Nos últimos 40 anos, entretanto, um conjunto de acontecimentos tem produzido as bases para um novo paradigma na educação médica. Nos anos 1960, o trabalho desenvolvido pela Universidade McMaster, que introduziu o *ensino baseado em problemas*, se estendeu por múltiplas escolas de medicina no mundo. Na década de 1970, o Encontro de Alma Ata, sobre atenção primária à saúde, gerou as bases para que a OMS desenvolvesse em 1981 a estratégia “Saúde para Todos no Ano 2000”, que influiu no desenvolvimento de currículos orientados para temas comunitários e a implantação de novas áreas de ensino 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 de 1995, foram postuladas as bases para a educação médica do terceiro milênio, que podem ser resumidas a partir de cinco princípios básicos:

1. Estratégias:

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

2. Processo de ensino-aprendizado:

- Do ensino para a aprendizagem.
- Das estratégias de ensino passivo para as estratégias ativas: centradas no professor para aquelas centradas no aluno, 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 habilidade para o ensino.
- Aperfeiçoamento profissional e formação pedagógica para os docentes: de espontânea e individual para a estruturada (mestrado e doutorado).
- Seleção dos estudantes para o ingresso nas áreas cognitivas, motivacionais e relativas à suas habilidades.
- Participação da comunidade e dos estudantes na tomada de decisões sobre a formação e prática médicas.

5. Papel da universidade

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

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

Como bem observou Arteaga & Hatim Ricardo⁴⁰, as tendências mais atuais da formação pós-graduada estão mais co-

erentes com as estratégias de educação continuada e as metodologias ativas de ensino-aprendizado, geralmente de caráter problematizador, que proporcionam aos educandos *aprender a aprender e ensinar a pensar*.

Após ter conduzido extensa revisão da literatura e ter estudado diversas instituições formadoras da Europa e dos Estados Unidos, Laxdal⁴¹ observou que os programas de Educação Médica Continuada (EMC) mais eficazes foram aqueles que obedeceram a um planejamento sólido, baseado em cinco passos essenciais: identificação das necessidades de aprendizado a partir de métodos objetivos; estabelecimento de prioridades; seleção dos objetivos de aprendizagem; planejamento e execução de um programa de formação adequado aos objetivos e necessidades identificados com a participação ativa dos educandos; e avaliação a partir da revisão das necessidades de aprendizagem inicialmente identificadas. Esse autor destaca que a grande função do educador, no processo de formação de adultos, é a de ajudar os educandos a descobrir quais são suas necessidades de aprendizado, já que as necessidades reais e sentidas de aprendizagem nem sempre são coincidentes.

Segundo Arteaga & Hatim Ricardo⁴⁰, uma necessidade real de aprendizado pode ser definida como o desvio real entre o desempenho prático do indivíduo e o que o sistema de saúde tem previsto para essa função ou posto de trabalho. Já as necessidades sentidas de aprendizagem referem-se àquelas que um indivíduo ou grupo desejam conscientemente satisfazer.

No Brasil, o governo federal vem desenvolvendo uma política de formação de recursos humanos na saúde que prioriza a estratégia da Educação Permanente em Saúde (EPS) como elemento chave para a transformação das práticas. Concretamente, o Ministério da Saúde criou, em 2002, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, que foi responsável pela Portaria 198/2004, posteriormente revogada e atualizada pela Portaria 1996/2007, que definiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde (SUS) para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor⁴². Trata-se de um modelo de educação continuada para profissionais da área da saúde que vem sendo desenvolvido pela Opas nos últimos 20 anos e que se tem mostrado em sintonia com as propostas de formação médicas contemporâneas descritas anteriormente^{43,44}. Segundo Hatim Ricardo, essa nova forma de conceber a formação do profissional da saúde pode ser definida da seguinte maneira:

“La Educación Permanente constituye una estrategia de desarrollo de la Salud basada en los procesos de aprendizaje presentes durante toda la vida laboral del trabajador, que tiene como eje fundamental la problematización y transformación de los servicios de salud, la participación consciente y activa de los trabajadores y un

alto grado de motivación y compromiso en la elevación de la calidad del desempeño profesional, que satisfaga las demandas de capacitación en los servicios por introducción de nuevas tecnologías y técnicas, el perfeccionamiento y actualización de los conocimientos, hábitos, habilidades y modos de actuación de los trabajadores y la superación de las deficiencias en la calidad de la producción y los servicios. El Subsistema de Educación Permanente constará de cuatro fases o etapas fundamentales: la identificación de necesidades de aprendizaje, el proceso educativo, el monitoreo y la evaluación”⁴⁰.

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

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

De forma sintética, a metodologia problematizadora, que estrutura a proposta de EPS, estabelece a seguinte sequência dentro do processo educativo em saúde:

Momento 1

Papel dos trabalhadores da saúde: identificam os problemas de sua prática.

Papel do facilitador do processo educativo: auxilia o grupo na identificação de necessidades reais de aprendizado.



Momento 2

Papel dos trabalhadores da saúde: estabelecem propostas de atuação que incluam a capacitação/formação através da atualização de conhecimentos e práticas.

Papel do facilitador: organiza e implementa experiências didáticas coerentes com as necessidades de aprendizado.



Momento 3

Papel dos trabalhadores da saúde: estabelecem prioridades de mudança a partir da reorientação das práticas de trabalho.

Papel do facilitador: monitora o processo e participa ativamente de sua avaliação.

Haddad, Roschke & Davini⁴³ ressaltam ainda que a priorização dos conteúdos de uma proposta de EPS deverá realizar-se em torno das formas próprias da organização do trabalho e devem incluir três dimensões complexas e recíprocas, que poderão ter uma maior ou menor importância dependendo do desenho da proposta:

- A direção técnica: que define as competências de cada categoria profissional — o saber, o saber fazer e as atitudes.
- O trabalho cooperativo: que influencia as articulações das produções específicas em função de um objetivo comum — relações interpessoais.
- Os processos institucionais: que se referem ao ambiente sócio-organizacional — papéis, comunicação, tomada de decisões, cultura institucional.

Embora a proposta de Educação Permanente dê prioridade e ênfase para a aprendizagem a partir dos problemas concretos de saúde identificados pela equipe ao longo do processo de trabalho, Roschke, Davini & Haddad⁴⁵ consideram a inclusão de estratégias diversificadas de formação como algo necessário, haja vista os diversos contextos de aprendizagem

possíveis. Tais estratégias poderiam tomar o formato de: cursos, seminários, grupos de estudo/discussão, oficinas, estágio supervisionado, intercâmbios, interconsulta, consultoria e ligação, estudo independente, educação a distância, círculos de qualidade total, qualificação técnica de pessoal, especialização, mestrado, doutorado, e, até mesmo, pós-doutorado. Segundo os mesmos autores:

(...) as instâncias estratégicas constituem alternativas de respostas passíveis de combinação. Dessa forma, pode-se dar prioridade combinada para uma instância de educação no trabalho, para uma instância de capacitação em uma área prioritária e, considerando os cenários futuros, para uma instância de formação avançada em saúde. No que concerne à essência do processo educativo, a estratégia deve considerar, sobretudo, a possibilidade de uma mudança efetiva no comportamento dos sujeitos.⁴⁴ (p.23)

CONCLUSÃO

Nos últimos seis anos, através de iniciativas interministeriais promovidas pelos Ministérios da Saúde e da Educação, tem-se observado a implantação de importantes programas que vêm ao encontro das premissas defendidas pela EPS. O Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), lançado em 2005, alicerçado pelos Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) e o Pró-Ensino na Saúde, ambos de 2010, propõem profundas mudanças na relação ensino-serviço-comunidade a partir do resgate do papel social das Instituições de Ensino (**atividades de extensão e pesquisa em educação na saúde**), bem como da responsabilidade dos serviços de saúde em formarem ativamente seu futuros profissionais (**enfoque na atenção primária à saúde**). Embora não se tenha condições de analisar ainda resultados desses programas, é importante considerar que as estratégias de ensino-aprendizagem preconizados por essas iniciativas são compatíveis com as melhores evidências disponíveis na qualificação de médicos em saúde mental que atuam na atenção primária à saúde. Resta verificar se as oportunidades abertas com esse novo cenário educacional serão implementadas de forma eficiente, já que vários modelos apresentados nesta revisão são perfeitamente compatíveis com a nova realidade de formação de recursos humanos preconizada pelo SUS.

Por tudo que foi exposto, defende-se a EPS como estratégia principal na formação em saúde mental para os profissionais da atenção primária, em especial para os médicos que atuam na ESF. Trata-se de uma metodologia pedagógica que implica na construção ativa do conhecimento pelo próprio aluno a partir de necessidades reais de aprendizagem, já que o

processo de aquisição de competências (conhecimentos, atitudes e habilidades) se desenvolve prioritariamente em cenário real de assistência à saúde, o que se espera trazer consequências imediatas na qualidade do serviço prestado à população. Suas diretrizes mostram-se bastante alinhadas com que está sendo proposto atualmente enquanto estratégias mais eficazes de ensino-aprendizagem no âmbito da formação médica e da saúde mental. Além do mais, pelas suas características de construção democrática, a EPS é flexível, tornando-se compatível com diversos cenários de prática em saúde no Brasil.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde. Relatório sobre a saúde no mundo 2001 — Saúde mental: Nova concepção, nova esperança. Genebra; 2001.
2. Fortes S. Estudo da demanda de transtornos mentais em Unidades do Programa de Saúde da Família (PSF) do Município de Petrópolis (RJ). Rio de Janeiro; 2004. Doutorado [Tese] — Universidade Federal do Rio de Janeiro.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Programa permanente de capacitação de recursos humanos para a Reforma Psiquiátrica. Informe do Grupo de Trabalho do MS. Brasília; 2002.
4. Bessa Jorge MS. Saúde mental no Programa de Saúde da Família: ações e impacto na promoção da saúde dos clientes. Informe de pesquisa da Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza; 2004.
5. Silveira DP. Sofrimento psíquico e serviços de saúde: cartografia da produção do cuidado em saúde mental na atenção básica de saúde. Rio de Janeiro; 2003. Mestrado [Dissertação] — Fundação Oswaldo Cruz.
6. Rother ET. Revisão sistemática x revisão narrativa. Acta Paul Enferm. 2007; 20(2):6.
7. Berntson A, Goldner E, Leverette J, Moss P, Tapper M, Hodges B. Canadian Psychiatric Association Standing Committee on Education. Psychiatric training in rural and remote areas: increasing skills and building partnerships. Can J Psychiatry. 2005; 50(9):1-8.
8. Craven MA, Cohen M, Campbell D, Williams J, Kates N. Mental health practices of Ontario family physicians: a study using qualitative methodology. Can Psychiatry. 1997; 42: 943-949.
9. Judd F, Davis J, Hodgins G, Scopelliti J, Agin B, Hulbert C. Rural Integrated Primary Care Psychiatry Programme: a systems approach to education, training and service integration. Australas Psychiatry. 2004;12(1).
10. Murrin R, Byrne MK. Training models for psychiatry in primary care: a new frontier. Australas Psychiatry. 2005;13(3):296-301.

11. Hodgins G, Judd F, Kyrios M, Murray G, Cope A, Sasse C. A model of supervision in mental health for general practitioners. *Australas Psychiatry*. 2005;13(2):185-9.
12. Judd F, Davis J, Hodgins G, Scopelliti J, Agin B, Hulbert C. Rural Integrated Primary Care Psychiatry Programme: a systems approach to education, training and service integration. *Australas Psychiatry*. 2004;12(1).
13. Goldberg D, Huxley P. *Mental illness in the community*. London: Tavistock Publications; 1980.
14. Muñoz M, Benjamin V, Rioseco P, Vielma M. Diplomado en salud mental: evaluación de una experiencia en educación médica. *Rev psiquiatr. (Santiago de Chile)* 1998;15(1): 46-9.
15. Goldberg D, Steele JJ, Smith C. Teaching psychiatric interviewing skills to family doctors. *Acta Psychiatr Scandinavica*. 1980; 62: 41-47.
16. Long, Beverly. Educación para la salud mental. *Rev Psiquiatr. (Santiago de Chile)* 1997;14(2):55-7
17. Goldberg D, Steele JJ, Smith C, Spivey L. Training family doctors to recognise psychiatric illness with increased accuracy. *Lancet*. 1980; 2: 521-523.
18. Maguire GP, Roe P, Goldberg D. The value of feedback in teaching interviewing skills to medical students *Psychological Medicine* 1978; 8:697-704.
19. Goldberg D, Gask L, Sartorius N. *Training Physicians in Mental Health Skills*. Geneva: World Psychiatric Association; 2001.
20. Evans A, Gask L, Singleton C, Bahrami J. Teaching consultation skills: a survey of general practice trainer. *Medical Education*. 2001; 35: 222-224.
21. Ratcliffe J, Gask L, Creed F, Lewis B. Psychiatric training for family doctors: what do GP registrars want and can a brief course provide this? *Medical Education*. 1999; 33: 434-438.
22. Gask L. Training general practitioners to detect and manage emotional disorders. *International Review of Psychiatry* 1992; 4: 293-300.
23. Gask L, Goldberg D, Lesser AL, Millar T. Improving the psychiatric skills of general practice trainee: an evaluation of a group training course. *Medical Education*. 1988; 22: 132-138.
24. Gask L. A course in mental health skills for general practitioners in Manchester. In: Tansella M, Thornicroft G. *Common Mental Disorders In Primary Care*. London and New York: Routledge; 1999
25. Goldberg D, Gask L. Teaching mental health skills to general practitioners and medical officers. *Seishin Shinkeigaku Zasshi*. 2002; 104(9):741-7.
26. Goldberg D, Gask L, Sartorius N. *Training Physicians in Mental Health Skills*. Geneva: World Psychiatric Association; 2001.
27. Turton P, Tylee A, Kerry S. Mental Health Training Needs in General Practice. *Primary Care Psychiatry*. 1995; 1:197-199
28. Kerwick S, Jones R, Mann A, Goldberg D. Mental Health Care Training Priorities in General Practice. *British Journal of General Practice*. 1997; 47:225-227.
29. Patel V. *Where There Is No Psychiatrist — A mental health care manual*. Glasgow: Gaskell; 2003.
30. Tylee A. Programas de entrenamiento em salud mental para los médicos de atención primária. In: Vazquez-Barquero J.L. (Ed.). *Psiquiatria en Atención Primaria*. Madrid: Grupo Aula Médica; 1998.
31. Rodrigues MSP. *Articulação entre os Cuidados de Saúde Primários e a Saúde Mental; Perfil dos Clínicos Gerais / Médicos de Família dos Centros de Saúde da Área de Intervenção do Hospital S. Francisco Xavier*. [Dissertação de Mestrado] Lisboa: Instituto de Ensino Pós-Graduado — Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa; 1996.
32. Ballester DA. *Avaliação de um treinamento em cuidados primários à saúde mental para médicos dos serviços básicos de saúde*. [Dissertação de Mestrado] Porto Alegre: UFRGS; 1996.
33. Sampaio JJC & Barroso CMC. In: Lancetti A, editor. *Sau-deloucura — Saúde Mental e Saúde da Família*. Segunda Edição. São Paulo: Hucitec; 2001, p.199-220.
34. Ballester DA, Filippon AP, Braga C, Andreoli SB. The general practitioner and mental health problems: challenges and strategies for medical education. *Sao Paulo Med J*. 2005; 123(2):72-76.
35. Bower P, Gask L. The changing nature of consultation-liaison in primary care: bridging the gap between research and practice. *General Hospital Psychiatry*. 2002; 2:63-70
36. Tyrer P, Ferguson B, Wadsworth J. Liaison psychiatry in general practice: the comprehensive collaborative model. *Act Psychiatr Scand*. 1990; 81: 359-363.
37. Kates N. Sharing Mental Health Care: training psychiatry residents to work with primary care physicians. *Psychosomatics*. 2000; 41 (1): 53-57.
38. Rand EH, Thompson II TL. Using successful models of care to guide the teaching of psychiatry in primary care. *Psychosomatics*. 1997; 38: 140-147.
39. Borroto Cruz R, Lemus Lago ER, Aneiros-Riba R. Atención primaria de salud. *Medicina Familiar y educación médica*. La Paz: Universidad Mayor de San Andrés; 1999. p.65-130.

40. Arteaga J, Hatim Ricardo A. Educación de Postgrado: Estructura y Procesos Fundamentales. Literatura básica Módulo de Postgrado. Material de estudio de la Maestría de Educación Médica, La Habana 2002.
41. Laxdal O E. Needs Assesment in Continuing Medical Education: a practical guide. Journal of Medical Education. 1982; 57: 827-834.
42. Brasil. Ministério da Saúde. Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: polos de educação permanente em saúde. Brasília: 2004; Série C. Projetos, Programas e Relatórios.
43. Haddad QJ, Roschke MAC, Davini MC. Editores. Educación Permanente de Personal de Salud. Washington: OPAS; 1994.
44. Roschke MAC, Davini MC, Haddad JQ. Educación Permanente y Trabajo en Salud: um proceso en construcción. Educación Médica y Salud. 1993; 27 (4).

CONFLITO DE INTERESSE

Os autores declaram não haver qualquer conflito de interesses.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Alexandre de Araújo Pereira

Rua Engenheiro Alberto Pontes, 510 / 901

Buritis — Belo Horizonte — MG

CEP: 30492-020 — alex68@uol.com.br