



Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
PUC-SP
Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde

Paulo Roberto Oliveira Henrique Santana

Percepções de médicos residentes em clínica médica em relação ao atendimento de
pacientes psiquiátricos

Mestrado Profissional em Educação nas Profissões da Saúde

SOROCABA

2020

Paulo Roberto Oliveira Henrique Santana

Percepções de médicos residentes em clínica médica em relação ao atendimento de
pacientes psiquiátricos

Trabalho Final apresentado à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de MESTRE PROFISSIONAL em **Educação nas Profissões da Saúde**, sob a orientação da Prof.^a Dr.^a **Cibele Isaac Saad Rodrigues**.

SOROCABA

2020

S232 Santana, Paulo Roberto Oliveira Henrique
Percepções de médicos residentes em clínica médica em
relação ao atendimento de pacientes psiquiátricos. / Paulo
Roberto Oliveira Henrique Santana. -- Sorocaba, SP, 2020.

Orientadora: Cibele Isaac Saad Rodrigues.
Trabalho Final (Mestrado Profissional) -- Pontifícia
Universidade Católica de São Paulo, Faculdade de
Ciências Médicas e da Saúde.

1. Saúde Mental. 2. Educação Médica. 3. Conhecimentos,
Atitudes e Prática em Saúde. I. Rodrigues, Cibele Isaac Saad.
II. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Faculdade de
Ciências Médicas e da Saúde. III. Título.

Ficha catalográfica elaborada por Antonio Pedro de Melo Maricato CRB8/6922

Banca Examinadora

Aos meus pais, Roberto Carlos e Izafran, pelo amor incondicional e por terem proporcionado sempre o melhor que podiam.

À minha irmã Paula Caroline, pelo apoio e cumplicidade.

AGRADECIMENTOS

Aos mestres e amigos do Instituto Bairral de Psiquiatria, por terem contribuído na minha formação e devoção a saúde mental dos pacientes.

A Prof.^a Dr.^a Cibele Isaac Saad Rodrigues pela orientação e incentivo para a realização deste trabalho.

A todos os amigos que fizeram parte, direta ou indiretamente, desta jornada, em especial a Professora Dra. Leni Boghossian Lanza, pelo apoio na realização do grupo focal.

Aos médicos residentes de clínica médica da FCMS da PUC-SP pela disponibilidade em participar desta pesquisa.

Plantar Carvalhos? Como, se já se decidiu que
somente eucaliptos sobreviverão?

Rubem Alves, 1980.

RESUMO

Santana, PROH. Percepções de médicos residentes em clínica médica em relação ao atendimento de pacientes psiquiátricos.

É conhecido que o médico clínico apresenta dificuldades no atendimento de pacientes psiquiátricos e, por vezes, possuem sentimentos negativos e estigmas sociais frente a esses pacientes. O objetivo do presente trabalho foi avaliar a formação em saúde mental na graduação de medicina oferecida a médicos residentes do Programa de Clínica Médica da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde (FCMS) da PUC-SP e analisar os sentimentos, percepções e estigmas destes médicos frente à assistência a pacientes portadores de transtornos mentais. Trata-se de estudo com abordagem qualitativa e quantitativa, de natureza descritiva e transversal. Foram convidados todos os médicos residentes de primeiro e segundo ano do Programa de Clínica Médica da FCMS da PUC-SP (n= 36) e participaram 32. Foram aplicados dois instrumentos quantitativos: um para a caracterização do perfil sociodemográfico dos participantes e a versão brasileira do questionário validado de atribuição (AQ-26B). Os dados qualitativos foram obtidos por meio da técnica de grupo focal realizada com 14 médicos residentes, escolhidos por conveniência, e posteriormente, a apreciação dos resultados foi realizada utilizando gráficos de Pareto e análise de conteúdo de Bardin. Todos os procedimentos somente ocorreram após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da FCMS da PUC-SP (CAAE 01561518.7.0000.5373). Os resultados demonstraram que os residentes de Clínica Médica apresentaram maiores índices de estigma em aspectos como medo e intolerância e relataram lacunas na formação, baixa percepção de responsabilidade do cuidado e dificuldade em legitimar as queixas dos pacientes psiquiátricos. Conclui-se pela necessidade de intervenções educacionais que fomentem a diminuição do estigma e busca de capacitação para o cuidado integral e empático de portadores de transtornos mentais.

Palavras-Chave: Estigma Social; Saúde Mental; Educação Médica; Educação em Saúde; Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde.

ABSTRACT

Santana, PROH. The perception of resident physicians regarding the care of patients with psychiatric disorders.

It is a known fact that physicians have difficulties providing medical care to patients with psychiatric disorders and, sometimes, display negative feelings and social stigmas towards such patients. This study aims to assess the mental healthcare education offered to resident physicians participating in the Medical Practice Program of the Medical Sciences and Health College - FCMS (*Faculdade de Ciências Médicas e Saúde*) at PUC-SP and analyze the feelings, perceptions and stigmas displayed by these doctors when faced with the care of patients with mental disorders. This is a qualitative, quantitative, descriptive and cross-sectional study. We invited all the resident doctors studying the first or second year of the Medical Practice Course at the FCMS at PUC (n=36) and 32 of these participated in the study. The study applied quantitative instruments: one for outlining the social and demographic profile of the participants and the Brazilian version of the validated attribution questionnaire (AQ-26B0). The qualitative data were obtained by the focal group technique performed on 14 of the resident physicians, chosen by convenience, and afterwards, the appreciation of the results was done by using Pareto charts and Bardin's content analysis. All the procedures were conducted only after approval by the Ethics in Research Committee in FCMS at PUC-SP (CAAE 01561518.7.0000.5373). the results show that the residents in Medical Practice display more stigmas in aspects such as fear and intolerance and report gaps in their education, low perception of responsibility with care and difficulties to legitimize the complaints from patients with mental disorders. It is possible to conclude that there is a need for educational interventions that will lead to the reduction of stigmas and the search for training in integral and empathic care towards people who suffer from mental disorders.

Key-Words: Social Stigma; Mental Health; Education, Medical; Health Education; Health Knowledge, Attitudes, Practice.

LISTA DE ABREVIATURAS

| | |
|--------|--|
| AQ-26B | Questionário de Atribuição |
| CAPS | Centros de Atenção Psicossocial |
| CE | Ceará |
| CNS | Conselho Nacional de Saúde |
| DCNs | Diretrizes Curriculares Nacionais |
| FCMS | Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde |
| LAMA | Movimento da Luta Antimanicomial |
| MNLA | Movimento Nacional da Luta Antimanicomial |
| MTSM | Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental |
| PUC-SP | Pontifícia Universidade Católica de São Paulo |
| SAS/MS | Secretária Atenção à Saúde/Ministério da Saúde |
| TCLE | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO | 11 |
| 1.1 Motivação para a Pesquisa | 11 |
| 1.2 Uma breve introdução | 11 |
| 1.3 A Luta Antimanicomial e a mudança da lógica assistencial em psiquiatria no Brasil | 12 |
| 1.4 O médico não-especialista e o cuidado integral do portador de transtorno mental..... | 15 |
| 1.5 A Psiquiatria e o currículo médico | 16 |
| 2 OBJETIVOS..... | 18 |
| 3 ARTIGO | 19 |
| REFERÊNCIAS..... | 47 |
| APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) ... | 51 |
| APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO ESTRUTURADO PARA CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES | 55 |
| APÊNDICE C - PERGUNTAS ABERTAS DO GRUPO FOCAL | 57 |
| APÊNDICE D - TERMO DE COMPROMISSO DE CONFIDENCIALIDADE..... | 59 |
| APÊNDICE E - CARTA DE APRESENTAÇÃO AO COMITÊ DE ÉTICA | 61 |
| ANEXO A - AUTORIZAÇÃO DA DIRETORIA PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA NA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS E DA SAÚDE DA PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO | 63 |
| ANEXO B - PARECER DO COMITÊ DE ETICA E PESQUISA ADICIONAR AS OUTRAS PAGINAS | 65 |
| ANEXO C - QUESTIONÁRIO DE ATRIBUIÇÃO (AQ-26B)..... | 71 |

1 INTRODUÇÃO

1.1 Motivação para a Pesquisa

Os transtornos mentais são comumente motivos de segregação dos seus portadores nas mais variadas culturas e momentos históricos do mundo. A evolução da neurociência, das tecnologias e os avanços no âmbito psicossocial não foram suficientes para a mudança deste paradigma. O medo de se relacionar com pessoas com transtorno psiquiátrico permanece, a despeito dos avanços científicos e dos esforços para diminuir o preconceito nas últimas décadas.¹⁻³

Associado ao diagnóstico psiquiátrico se somam uma variedade de fatores, muitas vezes referidos como estigma, que afetam a qualidade de vida dos pacientes na comunidade e nos ambientes terapêuticos. Os estigmas que cercam estes pacientes não são imunes aos profissionais de saúde, afetando a busca de assistência por uma parcela significativa das pessoas e produzindo obstáculos às oportunidades de tratamento, inclusive em outras áreas médicas como a clínica.¹⁻³

Entender quais as percepções do médico não-especialista em saúde mental frente a assistência do paciente em sofrimento psíquico motivaram a realização desta pesquisa. A provável relação destas percepções com a formação do médico clínico fomentou a escolha de residentes em clínica médica como objeto do estudo.

1.2 Uma breve introdução

O aumento da demanda por habilidades psicossociais na assistência médica tornou a saúde mental e a psiquiatria áreas cruciais para a formação de médicos clínicos.^{4,5} O ensino de psiquiatria pode alterar o comportamento de médicos não psiquiatras de modo a beneficiar suas trajetórias.⁵ No entanto, a psiquiatria como carreira médica é considerada impopular pela maioria dos alunos.^{4,6}

Apesar da exposição à conteúdos de psiquiatria e psicologia médica estar presente na maioria dos cursos de medicina, as atitudes dos estudantes em relação a estas áreas como carreira têm sido negativa há décadas.⁴ Visões menos favoráveis

sofrem influencia da percepção da psiquiatria como uma especialidade de pouca base científica, com muita subjetividade, baixa eficácia do tratamento, reduzido *status* profissional e estigmas frente aos estudantes interessados no assunto.^{4,6,7}

Após décadas de pesquisas destinadas a identificar atitudes e estigmas de estudantes e profissionais de saúde em relação a saúde mental e psiquiatria, a replicação de estudos nessa área só se justifica com inovação. Acredita-se haver pouco a ser somado à literatura científica utilizando-se de métodos e instrumentos de pesquisas similares aos disponíveis,⁴ portanto, novas abordagens do tema se fazem necessárias, principalmente empregando-se novas estratégias.

Por outro lado, a maior parte da produção científica que trata do tema, atendimento assistencial prestado a pacientes com transtorno mental grave em unidades não psiquiátricas, se baseia em estudos com enfermeiros.⁸ Pesquisas com o profissional médico são escassas no Brasil e o residente de clínica médica se torna elemento de análise peculiar, pois se encontra no processo de treinamento em serviço e exposto à prática assistencial.⁸

Considerando que a melhoria da atitude dos clínicos em relação a saúde mental e psiquiatria pode depender tanto do currículo, quanto do desenvolvimento de estratégias de ensino aprendizagem, pesquisas que visem melhorar o contato dos estudantes com a saúde mental não devem ser subestimadas, uma vez que podem apontar prováveis intervenções benéficas e eficazes.^{4,5}

1.3 A Luta Antimanicomial e a mudança da lógica assistencial em psiquiatria no Brasil

Antes de iniciarmos o debate a respeito do ensino de psiquiatria nas escolas médicas, é importante compreendermos em que lógica esse ensino está inserido e como se articula com as políticas públicas da saúde mental e ao estigma social que o sofrimento psíquico carrega ao longo da história.

A discussão sobre assistência psiquiátrica no Brasil tem início ainda no Segundo Reinado, quando a presença dos então ditos alienados nas ruas da cidade do Rio de Janeiro trouxe pressão política da sociedade para que fosse dada uma destinação a estes

indivíduos.⁹ Até esse período, os portadores de transtornos mentais eram enviados a dois ambientes, ora às Santas Casas de Misericórdia, ora às cadeias e, em ambos, ficavam em condições subumanas, encarcerados em cubículos estreitos, em locais insalubres e muitas vezes amarrados.^{9,10} A solução encontrada para o problema foi a construção de estabelecimentos em diversas províncias, chamados hospícios, cujo primeiro é o de “Alienados Pedro II”, inaugurado em 1852 no Rio de Janeiro.^{9,10}

A justificativa da criação de tais ambientes era a melhora da assistência aos portadores de sofrimento mental mas, o rápido crescimento da demanda, os precários arsenais terapêuticos à época, os limitados recursos financeiros e a insalubridade dos locais, não permitiu o aprimoramento pretendido na qualidade dos cuidados.⁹ O projeto assistencial foi, na prática, se mostrando uma política de efetiva reclusão que perdurou durante todo o século XX.^{9,10}

Em meados da década de 1970, com o início da abertura do regime militar, surgem as primeiras manifestações no setor de saúde, enquanto ambientes de reflexão crítica.¹¹ É neste contexto que o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) em 1978 assume a tarefa de denunciar o governo vigente, principalmente no que dizia respeito a prática assistencial em psiquiatria, caracterizada por hegemonia da rede privada de assistência, de prováveis abusos, incluindo técnicas de tortura, fraudes e corrupção.^{10,11} O MTSM realizava ainda reivindicações quanto a cronificação dos pacientes em serviços manicomiais e solicitava melhorias das condições de assistência à população, buscando uma abordagem integral, mais humanizada e comunitária nestes serviços.¹¹

Neste contexto, a Política Nacional de Saúde Mental foi desenhada, tendo como objetivo modificar o *status quo*, transformando a realidade dos manicômios onde viviam mais de 100 mil pessoas com transtornos mentais. Este processo fortaleceu-se por meio do Movimento da Luta Antimanicomial (LAMA) que objetivava a Reforma Psiquiátrica, antagônica à psiquiatria tradicional, na tentativa de desconstruir a visão deturpada da doença e dos doentes mentais. Paulatinamente, os hospitais psiquiátricos tradicionais foram fechados à medida que se criavam os novos serviços.^{12,13}

No aspecto da reforma psiquiátrica, o ano de 1987 foi marcado por importante evento: o II Congresso Nacional do MTSM, em Bauru, São Paulo.¹¹ Este evento inaugurou um processo de aproximação do movimento com as entidades de usuários e

familiares que passaram a ter papel ativo.^{10,11} É neste evento que se estabeleceu o lema “por uma sociedade sem manicômios”, como uma clara crítica a lógica hospitalocêntrica vigente e a perspectiva tecnicista sobre a loucura.^{12,13}

No espaço de seis anos, compreendido entre 1987 e 1993, várias articulações foram realizadas, diversos núcleos do movimento foram se constituindo e, no ano de 1993, consolidava-se o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA), na oportunidade do I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial em Salvador, Bahia, sendo elaborada a carta sobre os direitos dos usuários e familiares dos serviços de saúde mental.¹¹ Para o movimento, este processo é a tradução de uma súplica política inserida em um contexto maior de transformações sociais, que objetivava o enfrentamento a todas as formas de exclusão que tomavam a loucura como objeto.¹¹

Inspirados pelas ideias do psiquiatra italiano Franco Basaglia, idealizador da reforma psiquiátrica italiana, estes movimentos sociais conseguiram sensibilizar a sociedade brasileira da necessidade de reavaliar a política de saúde mental adotada até então.¹⁴ O Brasil passou a utilizar efetivamente, a partir da década de 1990, o modelo comunitário de tratamento e reabilitação dos doentes mentais, em substituição ao modelo asilar.¹⁴

Este novo modelo tem nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) o principal instrumento terapêutico, visando a integração desses pacientes na comunidade, em vez de segregação, isolamento e estigma.¹⁴ Estes espaços ambulatoriais qualificados têm abordagem multiprofissional e prestam atendimentos a casos de média e alta complexidade em regime de tratamento mais intensivo do que os casos leves, proporcionando desde consultas individuais, atividades em grupo, hospital-dia e também no período noturno em parte das unidades.¹⁴

Em 29 janeiro de 1992 foi estabelecida a portaria SAS/MS número 224 que, com base nos princípios da universalidade, hierarquização, regionalização e integralidade das ações em saúde, bem como a garantia da atenção nos vários níveis e a diversidade de métodos e técnicas terapêuticas, reconheceu a atenção básica e os hospitais gerais como ambientes terapêuticos inseridos nesta rede de cuidados em que os doentes mentais deveriam receber atendimento.¹⁵ Esta medida não só democratizou o acesso aos serviços de saúde, como aproximou o médico não especialista desta demanda.

Neste contexto se instituiu a prática de matriciamento em saúde mental, com o objetivo de efetivar a integração da saúde mental no cotidiano da Atenção Básica e promovendo o cuidado multidisciplinar. Esta estratégia proporcionou a articulação entre profissionais de saúde mental e as equipes de saúde da família, buscando o compartilhamento de saberes, suporte técnico, treinamento em serviço e a assistência junto a comunidade e no território onde os pacientes estão inseridos.^{16,17}

1.4 O médico não-especialista e o cuidado integral do portador de transtorno mental

Com a reforma psiquiátrica e o conseqüente processo de desinstitucionalização, os serviços comunitários de saúde mental ganharam o protagonismo no atendimento dos portadores de transtornos mentais e, conseqüentemente, os profissionais não especialistas em psiquiatria passaram a ter maior contato com esta população. A experiência de atender estes pacientes fora do contexto manicomial possibilitou, em parte, a retirada de rótulos e estigmas atribuídos ao adoecimento psíquico.¹⁸

Um estudo realizado no Rio de Janeiro que tinha como objetivo avaliar as atitudes de trabalhadores da área de saúde frente a pacientes de um hospital universitário em 2013, observou comportamentos predominantemente positivos quando comparados a outras partes do mundo, principalmente em subescalas que avaliavam a benevolência e a restrição social. No entanto, programas educacionais para reforçar tais atitudes positivas ainda se mostravam necessários.¹⁸

É urgente observar que a simples criação de leitos de atenção integral a pacientes com transtorno mental não é suficiente para a elaboração das históricas representações negativas associadas à loucura, reforçadas por séculos de estigmatizações.⁸ Uma revisão bibliográfica acerca do atendimento ofertado ao paciente com transtorno mental grave, internado no hospital geral devido complicações clínico-cirúrgicas, verificou que as publicações, apesar de escassas, apontavam que o doente mental é considerado prioritariamente como perigoso, violento e imprevisível.⁸

Estes pacientes apresentam necessidade frequente de cuidados clínicos, que ocorrem muitas vezes em um contexto de uma relação médico-paciente mediada por

conflitos, medos e inseguranças. Pesquisa populacional que buscava avaliar as internações clínicas de pacientes portadores de esquizofrenia na Espanha observou que os casos eram em sua maioria complexos, apresentando múltiplas doenças físicas e com prognóstico ruim em quase metade dos casos.¹⁹ Presume-se que o diagnóstico precoce e a correta condução do caso comórbido evitaria estas consequências negativas no âmbito hospitalar.²⁰

Outro estudo que buscou identificar a taxa de atendimentos de saúde mental em um Centro de Saúde da Família em Caucaia, Ceará, demonstrou taxa de 19,48% de atendimentos de saúde mental dentro do total de atendimentos da unidade.²¹ De forma semelhante, estudo realizado em unidades do Programa Saúde da Família, na periferia de São Paulo, encontrou uma taxa de 24,95% de transtornos mentais comuns.²² Estes dados demonstram que, pela alta prevalência, serviços não especializados em saúde mental devem absorver de forma qualificada os portadores de transtornos mentais visando a prestação de cuidados. No entanto, é recorrente nas pesquisas a assunção de falta de capacitação.

1.5 A Psiquiatria e o currículo médico

O ensino da psiquiatria deve ter como objetivo educacional o aprendizado daquilo que é conhecimento básico para o futuro médico em sua prática diária.²³ O enfoque, portanto, deve estar principalmente no ensino contextualizado da “psiquiatria da prática médica” e não apenas no ensino da psiquiatria como especialidade.²³ No Brasil, não existe um referencial pedagógico a se seguir e cada escola define a forma e os conteúdos a serem ministrados.²³

Menos de 15% dos problemas utilizados à época na estratégia de ensino-aprendizagem denominada tutoria, estudados no primeiro, segundo, terceiro e quarto ano do curso de medicina da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, apresentou conteúdos de saúde mental em seus objetivos de aprendizagem.²³ Isto apontava para maior necessidade de exploração de temas de saúde mental que permeassem o ensino médico.²³

As novas diretrizes curriculares nacionais para formação em saúde aprovaram o parecer técnico número 300/2017 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que apresentou princípios gerais que devem ser incorporados nas diretrizes de todos os cursos de graduação na área de saúde. Estes princípios funcionam como elementos norteadores para elaboração dos currículos, buscando compor um perfil dos egressos desses cursos, visando aproximar a práxis da educação em saúde com a realidade social.²⁴

A construção deste perfil deve ter como objetivo a formação em saúde comprometida com a superação das iniquidades sociais que causam o adoecimento do indivíduo, de modo que os profissionais estejam preparados para implementar ações com responsabilidade social e compromisso com a dignidade humana e com o direito universal à saúde. Este profissional deve buscar a valorização da vida através da abordagem dos problemas de saúde recorrentes na atenção básica, na urgência e emergência, visando a melhoria dos indicadores de qualidade de vida, de morbidade e de mortalidade.²⁴

As atuais Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) dos Cursos de Graduação em Medicina determinam que os conteúdos fundamentais do curso devam estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em saúde. Tais conteúdos devem contemplar a compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, éticos e legais, nos níveis individuais e coletivos.²⁵

Esta diretriz prevê que a formação em medicina incluirá, como etapa integrante da graduação, estágio curricular obrigatório de formação em serviço, em regime de internato. O internato médico necessariamente deve incluir aspectos essenciais, dentre eles a saúde mental, devendo as instituições de ensino superior incluir este campo de estágio em seus programas, progressivamente, até 31 de dezembro de 2018.²⁵

Compreende-se, portanto, que diagnósticos deste panorama em uma escola médica tradicional, a mais antiga do interior do Estado de São Paulo, com um programa de residência em clínica médica sólido possa ser um bom campo de pesquisa para os objetivos delineados.

2 OBJETIVOS

Avaliar se a formação em saúde mental e psiquiatria na graduação de medicina e na residência médica em clínica médica prepara suficientemente para a assistência.

Analisar os sentimentos, percepções e estigmas de médicos residentes de clínica médica frente ao atendimento a pacientes portadores de transtornos mentais.

3 ARTIGO

Percepções de médicos residentes em clínica médica em relação ao atendimento de pacientes psiquiátricos

Authors

Paulo Roberto Oliveira Henrique Santana, Cibele Isaac Saad Rodrigues

Correspondence address:

Paulo Roberto Oliveira Henrique Santana
Rua Demerval Lobão, 821, apt: 1004
Joquei, 64049-542
Teresina - PI, Brazil.
Fax/Telephone: (55 86) 3085-4363
Email: paulo_rohs@hotmail.com

RESUMO

O objetivo deste estudo foi avaliar a formação em saúde mental na graduação oferecida a médicos residentes de Clínica Médica da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da PUC-SP e analisar os sentimentos, percepções e estigmas destes médicos frente à assistência a pacientes com transtornos mentais. Trata-se de estudo com abordagem qualitativa e quantitativa, de natureza descritiva e transversal. Participaram 32 residentes de Clínica Médica e, para comparação, os questionários foram respondidos por 8 residentes de Psiquiatria. Aplicou-se dois instrumentos: um para a caracterização do perfil sociodemográfico dos participantes e o questionário de atribuição (AQ-26B). Os dados qualitativos foram obtidos por meio de grupo focal com 14 residentes e empregada análise de conteúdo para categorização. As categorias de maior frequência foram ilustradas com diagramas de Pareto. Os resultados demonstraram que os residentes de clínica demonstraram maiores índices de estigma em aspectos como medo e intolerância, pôde-se intuir lacunas em suas formações em saúde mental, baixa percepção de responsabilidade do cuidado, além de dificuldade em legitimar as queixas e de exibir sentimentos negativos. Conclui-se pela necessidade de intervenções educacionais que fomentem a diminuição do estigma e busca de capacitação para o cuidado integral e empático de portadores de transtornos mentais.

Palavras-Chave: Estigma Social; Saúde Mental; Educação Médica; Educação em Saúde; Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde.

INTRODUÇÃO

Os transtornos mentais são comumente motivos de segregação dos seus portadores nas mais variadas culturas e momentos históricos do mundo. A evolução da neurociência, das tecnologias e os avanços no âmbito psicossocial não foram suficientes para a mudança deste paradigma. O medo de se relacionar com pessoas com transtorno psiquiátrico permanece, a despeito dos avanços científicos e dos esforços para diminuir o preconceito nas últimas décadas.¹⁻³

Junto ao diagnóstico psiquiátrico se somam uma variedade de fatores, muitas vezes referidos como estigma, que afetam a qualidade de vida dos pacientes na comunidade e nos ambientes terapêuticos. Os estigmas que cercam estes pacientes não são imunes aos profissionais de saúde, afetando a busca de assistência por uma parcela significativa das pessoas e produzindo obstáculos às oportunidades de tratamento, inclusive em outras áreas médicas como a clínica.¹⁻³

De forma contraditória, embora desmistificados e considerados doentes crônicos que necessitam cuidados, na atualidade, os portadores de transtornos mentais seguem sendo vítimas de atitudes e comportamentos públicos negativos em diferentes lugares do mundo.²⁶ Assim, a experiência decorrente do adoecimento psíquico é somada a uma segunda dimensão de sofrimento caracterizada pelo descrédito associado ao distúrbio.^{27,28}

Neste contexto, os profissionais de saúde podem apresentar atitudes negativas frente ao usuário do serviço de saúde, quando houver suspeita de diagnóstico psiquiátrico.^{2,26} Estes estigmas têm consequências desastrosas como atraso na solicitação de ajuda, maior isolamento social e redução da possibilidade de retorno a funcionalidade.²⁷

Na gênese das doenças e, conseqüentemente na abordagem terapêutica, é considerada a dimensão emocional, a relação médico-paciente e os fatores ambientais e sociais.²³ Portanto, ensinar medicina é tornar o aluno portador de conhecimentos, competências e habilidades para o cuidado ao doente e às conseqüências biopsicossociais de sua morbidez.²³ As habilidades ensinadas no contexto da saúde

mental se tornam, desta forma, essenciais nas mais variadas abordagens médicas, superando os limites da atuação psiquiátrica.²³

Considerando que a melhoria da atitude dos clínicos em relação a saúde mental e psiquiatria pode depender tanto do currículo, quanto do desenvolvimento de estratégias de ensino aprendizagem, pesquisas que visem melhorar o contato dos estudantes com a saúde mental não devem ser subestimadas, uma vez que podem apontar prováveis intervenções.^{4,5}

A provável relação destas percepções com a formação do médico clínico fomentou a escolha de residentes em Clínica Médica como objeto do estudo. Assim, este estudo objetivou avaliar se a formação em saúde mental e psiquiatria na graduação de medicina e na residência médica em clínica médica prepara suficientemente para a assistência e analisar os sentimentos, percepções e estigmas de médicos residentes de clínica médica frente ao atendimento a pacientes portadores de transtornos mentais.

MÉTODOS

Tipo de Estudo

O presente estudo utilizou de abordagens qualitativa e quantitativa podendo ser classificado quanto aos objetivos como exploratório e transversal.

Participantes da Pesquisa

Foram convidados a participar todos os médicos residentes de primeiro e segundo ano do Programa de Clínica Médica da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (FCMS-PUC-SP), sendo 36 participantes possíveis. Posteriormente, foram convidados pessoalmente, entre aqueles que responderam aos instrumentos quantitativos (n= 32) descritos a seguir, para um encontro visando a realização de grupo focal, com comparecimento de 14. Para fins de comparação, os questionários foram aplicados também para 08 médicos residentes do Programa de Psiquiatria de 10 possíveis.

Os critérios de inclusão se limitaram a ser médico residente do Programa de Clínica Médica da FCMS da PUC-SP e concordar em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sem restrições de gênero, raça/etnia, idade ou local onde cursou a graduação. Os critérios de exclusão foram a recusa em participar da pesquisa e assinar o TCLE, estar em gozo de férias, de licença saúde ou por gestação, ou estar em plantão no caso do grupo focal.

Aspectos Éticos

Os aspectos éticos foram avaliados pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo por meio de parecer consubstanciado que foi aprovado com número de CAAE 01561518.7.0000.537. Somente após aprovação da pesquisa e do TCLE deu-se o início da coleta dos dados.

Coleta de Dados

Para coleta de dados foram utilizados o questionário estruturado para caracterização do perfil sociodemográfico dos participantes elaborado pelos pesquisadores; Questionário de Atribuição (AQ-26B), instrumento de mensuração de estigma adaptado e validado para a língua brasileira²⁹; e a técnica de grupo focal para análise mais aprofundada dos sentimentos e percepções dos médicos residentes de Clínica Médica sobre o atendimento de pacientes com transtornos mentais. As perguntas norteadoras do grupo focal foram: “Como é para vocês fazerem o atendimento de uma pessoa que tem transtorno mental?” e “Como é que vocês veem a formação de vocês para dar esse atendimento a pessoa com transtorno mental?”.

O questionário de atribuição compreende 26 questões que abordam o incômodo que o respondente sente em relação a pacientes psiquiátricos em cenários do dia a dia. Ele é composto por oito fatores formados por questões com escala de 1 a 9, onde quanto maior a nota, maior o desconforto. A nota final de cada fator é a média das notas nas respostas, ou seja, a soma dos pontos dividida pela quantidade de perguntas de cada dimensão.

As dimensões que compõem o questionário, bem como as frases que traduzem o significado destas dimensões são:³⁰

- **Medo:** Pessoas com transtornos mentais provocam medo nas pessoas porque são imprevisíveis e violentas;
- **Desamparo:** Pessoas com transtornos mentais não merecem ajuda;
- **Segregação:** Pessoas com transtornos mentais devem ser encaminhadas para instituições fora da comunidade;
- **Afastamento:** Não desejo conviver com pessoas com transtornos mentais;
- **Pena:** Pessoas com transtornos mentais são tomadas pela sua doença, merecendo preocupação e pena;
- **Intolerância:** Pessoas com transtornos mentais são culpadas por terem a doença e provocarem raiva em outras pessoas;
- **Responsabilização:** Pessoas com transtornos mentais podem controlar seus sintomas e são responsáveis pela sua doença;
- **Coerção:** Pessoas com transtornos mentais devem se submeter ao tratamento.

Tamanho da amostra

De acordo com Cochran,³⁰ uma amostra pequena é que a possui menos de 30 dados coletados. Portanto, no estudo temos amostras consideradas de tamanho adequado, pois quando estudamos os residentes de Clínica Médica e os de Psiquiatria, a amostra é composta por 40 pessoas no total, bem como a amostra apenas com os residentes de Clínica Médica tem 32 indivíduos, correspondente a 89% da amostra possível. Os residentes de psiquiatria são em número total de 10 e 8 (80%) participaram.

Análise estatística e apresentação dos resultados

A análise tem a finalidade de identificar as dificuldades dos residentes de Clínica Médica no atendimento de pacientes psiquiátricos, bem como comparar suas percepções com a visão dos residentes de Psiquiatria, especialistas em formação em saúde mental e, supostamente, isentos de preconceitos.

A abordagem quantitativa, como já sinalizado, foi aplicada através do questionário adaptado e validado de atribuição AQ-26B, cujas perguntas induzem o respondente a relatar como se percebe frente a pacientes psiquiátricos em situações cotidianas. Os residentes de clínica têm contato com estes doentes em diferentes situações como aquelas de plantões em Pronto-Atendimentos e Unidades de Emergência, ambulatórios e enfermarias onde portadores de transtornos mentais são assistidos, podendo ter tido maior ou menor exposição a conteúdos e práticas que os preparasse para o enfrentamento de situações que perpassam pelo contato e conduta frente a indivíduos portadores de transtornos mentais.

Os resultados foram analisados por testes de comparação de grupos para estimar se há diferença de percepção sobre os pacientes psiquiátricos em relação às respostas dos residentes de Clínica Médica para perguntas de histórico pessoal e acadêmico. Os residentes clínicos e os de psiquiatria foram comparados em cada dimensão do questionário por testes de hipóteses.

Os dados quantitativos dos participantes dos dois grupos de médicos residentes das duas especialidades foram organizados em planilha eletrônica do programa Microsoft Excel® 2016 que foi empregado para compor a base de dados, confecção das tabelas e gráficos de Pareto. Os dados receberam tratamento estatístico pelo programa IBM SPSS Statistics®, versão 20, utilizado para as análises estatísticas e gráficos *boxplot*.

A abordagem qualitativa do estudo foi feita com técnica de grupo focal, composta pelas duas perguntas norteadoras já mencionadas.

A descrição da população foi realizada através das estatísticas descritivas com medidas de dispersão. A análise qualitativa do estudo foi convertida em categórica com base na análise de conteúdo de Laurence Bardin,³¹ com resultados das categorias que se sobressaíram às demais ilustrados por gráficos de Pareto.

Teste de normalidade Shapiro-Wilk

Quando a amostra é inferior a 50 indivíduos, o teste mais robusto para comparar se os dados são aproximadamente normais é o de Shapiro-Wilk, segundo Razali e Wah,³² e o aplicamos no trabalho o nível 5% de significância.

Se o teste de Shapiro-Wilk apresentar p-valor $> 5\%$, testes paramétricos como t de Student ou Análise de Variância (ANOVA) comparam de forma mais fidedigna dois ou mais grupos com dados normais, conforme descrito em Morettin.³³

Caso os dados não se pareçam com uma Normal Padrão em sua disposição (p-valor menor ou igual a 5%), então o recomendável é usar testes não paramétricos como Mann-Whitney ou Kruskal-Wallis, que comparam dois ou mais grupos. Os testes não paramétricos estão disponíveis com mais detalhes em Conover.³⁴

Testes de hipóteses para comparação de grupos

Os testes de hipóteses comparam dois ou mais grupos para duas opções: se os grupos são iguais (hipótese nula) ou são diferentes (hipótese alternativa).

Quando o teste de normalidade de Shapiro-Wilk resulta na hipótese de que os dados não seguem um Normal Padrão, aplica-se o teste de Mann-Whitney (para comparar dois grupos independentes) ou Kruskal-Wallis (mais de dois grupos). A mediana é uma medida mais adequada para comparar os grupos nesse caso.

Se os dados se assemelham a uma Normal Padrão, o teste t de Student compara dois grupos independentes testados e a Análise de Variância (ANOVA), dois ou mais grupos. Ao comparar os grupos, o ideal é confrontar as médias de cada um para observar a diferença entre eles.

O nível de significância de 5% foi aplicado nos testes para estimar se os grupos são iguais ou diferentes.

Gráfico de Pareto

Para determinar quais categorias mais se destacam em cada questão do grupo focal, temos o Diagrama de Pareto ou Curva ABC, que classifica as categorias individuais e intermediárias de acordo com sua porcentagem acumulada, verificando qual delas tem maior frequência.

A Classe A indica as categorias com até 20% de ocorrência acumulada, e são as mais importantes a serem consideradas. A Classe B mostra as categorias que possuem entre 20% e 50% de ocorrência acumulada, e têm importância intermediária. A Classe C engloba as categorias que não são relevantes o bastante para aparecerem detalhadas.

RESULTADOS

Caracterização da amostra

Participaram da pesquisa um total de 40 indivíduos dentre os residentes de clínica médica e psiquiatria. Na população total amostrada de residentes, 80% eram da Clínica Médica (32 pessoas) e 20% da Psiquiatria (8 pessoas). Dentre os participantes do estudo, 55% eram mulheres, 95% brancos e apenas 2 eram amarelos ou pretos (5% no total), 85% alegaram ser católicos e 55% se formaram em 2017 ou 2018. O histórico individual de doença mental ou uso de drogas psicoativas apareceu em 47,5% dos respondentes e o familiar em apenas 10% deles.

Tabela 1 - Categorização dos Residentes de Clínica Médica.

| Sexo | N | % | Ano na residência | N | % | Histórico Individual de doença mental ou uso de drogas | N | % |
|-----------------|----------|----------|---------------------------|----------|----------|---|----------|----------|
| Feminino | 17 | 53,13% | Primeiro | 21 | 65,63 | Não | 19 | 59,38 |
| Masculino | 15 | 46,88% | Segundo | 11 | 32,38 | Sim | 13 | 40,63 |
| Total | 32 | 100% | Total | 32 | 100 | Total | 32 | 100 |
| Etnia | N | % | Local da graduação | N | % | Histórico familiar de doença mental ou uso de drogas | N | % |
| Branca | 30 | 93,75% | PUC-SP | 17 | 53,13 | Não | 31 | 96,88 |
| Preta | 1 | 3,13% | Outras | 15 | 46,88 | Sim | 1 | 3,13 |
| Amarela | 1 | 3,13% | | | | Total | 32 | 100 |
| Total | 32 | 100% | Total | 32 | 100 | | | |
| Religião | N | % | Ano de formação | N | % | | | |
| Católica | 26 | 81,25% | 2017 | 15 | 37,50 | | | |
| Evangélica | 4 | 12,50% | 2018 | 7 | 17,50 | | | |
| Espírita | 1 | 3,13% | 2016 | 6 | 15,00 | | | |
| Nenhuma | 1 | 3,13% | 2014-2010 | 12 | 30,00 | | | |
| Total | 32 | 100% | Total | 32 | 100 | | | |

Considerando apenas os residentes de clínica médica, a amostra continuou sendo formada por mulheres (53,13%), que professam a religião católica (81,25%) e por autorreferidos como brancos (93,75%). Quanto ao local de graduação, a maioria estudou na FCMS da PUC-SP (53,13%), 10 residentes estudaram em outras faculdades (31,25%) e 3 não informaram o local (9,38%). A maioria dos estudantes formaram entre 2017 e 2018 (55%). A maioria (65,63%) estava no primeiro ano de residência. Quanto ao histórico individual ou familiar de doença mental ou uso de drogas, uma parcela considerável dos participantes (40,63%) alegou possuir histórico individual de doença mental ou uso pessoal de drogas psicoativas e apenas 3,13% possuíam histórico familiar. (Tabela 1)

A maioria dos residentes de clínica médica afirmou ter participado de práticas de matriciamento em saúde mental durante a graduação (62,5%), no entanto, apenas 6,25%

relataram ter passado por vivência semelhante durante a residência. Aproximadamente 75% dos residentes afirmaram que tiveram acesso a pacientes internados em leitos psiquiátricos em hospital geral durante sua formação.

Questionário de atribuição

Comparação por especialidade

Tabela 2 - Teste de comparação entre médicos residentes por especialidade.

| | Residência | | | | | | p-valor |
|-------------------|-----------------------|------|---------|-------------------|------|---------|---------|
| | Clínica Médica (n=32) | | | Psiquiatria (n=8) | | | |
| | Média | DP | Mediana | Média | DP | Mediana | |
| Idade (anos) | 27,00 | 3,00 | 28,00 | 29,00 | 4,00 | 28,00 | 0,235 |
| Medo | 4,04 | 1,87 | 4,00 | 2,04 | 0,83 | 1,93 | 0,001** |
| Desamparo | 2,48 | 1,07 | 2,38 | 2,03 | 0,71 | 1,88 | 0,273 |
| Segregação | 2,60 | 1,64 | 1,88 | 2,19 | 1,47 | 1,50 | 0,539 |
| Afastamento | 5,20 | 1,66 | 5,33 | 4,67 | 1,93 | 3,83 | 0,438 |
| Pena | 4,55 | 2,53 | 4,75 | 3,31 | 2,27 | 2,50 | 0,197 |
| Intolerância | 2,37 | 1,56 | 2,00 | 1,31 | 0,88 | 1,00 | 0,027** |
| Responsabilização | 1,53 | 0,91 | 1,00 | 1,31 | 0,70 | 1,00 | 0,630 |
| Coerção | 6,77 | 1,71 | 7,00 | 7,13 | 1,58 | 7,75 | 0,607 |

*Variáveis com teste t-Student significantes a nível 5% (Desamparo e Afastamento).

**Variáveis com teste Mann-Whitney significantes a nível 5% (Idade, Medo, Segregação, Pena, Intolerância, Responsabilização e Coerção).

Média \pm Desvio Padrão (DP) e mediana.

A análise da Tabela 2 mostra que os residentes em Clínica Médica apresentaram medianas maiores do que os de Psiquiatria no questionário de atribuição nos fatores medo e intolerância com nível 5% de significância no teste de Mann-Whitney. Isto é, comparados aos residentes em Psiquiatria, os residentes clínicos expressaram nas respostas que pessoas com transtornos mentais provocam medo pela imprevisibilidade

e agressividade, que elas são culpadas pela doença que têm e provocam raiva nas pessoas ao redor.

Os fatores desamparo, segregação, afastamento, pena, responsabilização e coerção apresentaram notas parecidas entre residentes de Clínica Médica e de Psiquiatria com nível de significância 5%, pois o p-valor é superior a 0,05.

Questionário de Atribuição: residentes de primeiro e segundo ano de Clínica Médica

Tabela 3 - Testes de variáveis descritivas em Residentes de Clínica Médica.

| | Ano na residência – Clínica Médica | | | | | | |
|-------------------|------------------------------------|------|---------|----------------|------|---------|---------|
| | Primeiro (n=21) | | | Segundo (n=11) | | | p-valor |
| | Média | DP | Mediana | Média | DP | Mediana | |
| Idade (anos) | 27,00 | 3,00 | 26,00 | 29,00 | 2,00 | 28,00 | 0,067 |
| Medo | 4,00 | 1,84 | 4,00 | 3,00 | 1,86 | 3,14 | 0,186 |
| Desamparo | 2,00 | 0,98 | 2,25 | 3,00 | 1,14 | 3,00 | 0,081 |
| Segregação | 3,00 | 1,74 | 2,50 | 2,00 | 1,38 | 1,75 | 0,238 |
| Afastamento | 6,00 | 1,61 | 6,00 | 5,00 | 1,67 | 5,00 | 0,148 |
| Pena | 5,00 | 2,65 | 3,50 | 4,00 | 2,38 | 5,00 | 0,845 |
| Intolerância | 3,00 | 1,61 | 2,00 | 2,00 | 1,27 | 1,00 | 0,042* |
| Responsabilização | 2,00 | 0,93 | 1,00 | 1,00 | 0,91 | 1,00 | 0,667 |
| Coerção | 7,00 | 1,47 | 7,00 | 6,00 | 2,12 | 7,00 | 0,667 |

*Variáveis com teste t-Student significantes a nível 5% (Desamparo e Afastamento).

**Variáveis com teste Mann-Whitney significantes a nível 5% (Idade, Medo, Segregação, Pena, Intolerância, Responsabilização e Coerção).

Média ± Desvio Padrão (DP) e mediana.

Na Tabela 3 observa-se que o ano da residência se mostrou significativo em nível de 5% para o fator intolerância pelo teste Mann-Whitney. Dessa maneira, estimou-se que os residentes do primeiro ano percebem os pacientes como culpados pela doença e que provocam raiva em outras pessoas mais do que os residentes do segundo ano.

Os demais fatores e a idade possuem resultados parecidos independente do ano de residência, ou seja, tiveram p-valor maior do que 0,05 nos testes. Os valores mais altos de média vieram da coerção e do afastamento, que são a obrigatoriedade de seguir tratamento independente da vontade do paciente e o não desejo de conviver com pacientes com transtorno mental, respectivamente (Tabela 3). Essa conclusão é possível porque se temos uma escala de 1 a 9, quando as médias dos clínicos nesses fatores passaram de 4, foram consideradas como médias altas.

Grupo Focal

No tratamento e interpretação dos resultados, as categorias exclusivas criadas para decodificação das duas perguntas, após análise crítica e reflexiva, visando desvelar aquilo que “não foi dito” foram:

- **Sentimentos negativos:** se o residente fala sobre receio de tratar o paciente psiquiátrico;

- **Lacunas na formação durante a graduação do curso médico:** se o curso de graduação não forneceu o preparo adequado para o residente se sentir seguro no atendimento de pacientes com transtornos mentais;

- **Responsabilidade do cuidado:** quando o residente sente que o paciente psiquiátrico não é responsabilidade dele, e sim do psiquiatra;

- **Legitimação da queixa:** quando o residente desconfia das queixas do paciente com transtornos mentais.

Por exemplo, se o respondente retratou que sentiu medo de realizar atendimento de um paciente com transtorno mental, o fragmento sobre isso está posto na categoria “Sentimentos negativos”.

Recortes das falas dos médicos residentes podem ser observados no Quadro 1.

Quadro 1 - Recortes obtidos na análise de conteúdo por categorização

| Categorias | Exemplos de recortes |
|-----------------------------------|---|
| Sentimentos Negativos | (...) o medo da heteroagressividade é um dos fatores que nos deixa em uma posição meio desconfortável de atendimento...a gente precisa ajudar a sair do surto para a proteção da pessoa, mas também tem o medo da heteroagressividade, isso cria uma barreira. P.1 |
| | (...) eu fiquei com medo, mas o que eu percebi que eu tive medo porque a enfermagem do local onde eu trabalhava estava com muito mais medo que eu, eles queriam trancar o paciente na sala, e assim, não tinha necessidade disso...o nosso consciente fala: "você não deve ter medo", mas o subconsciente deixa a gente com medo. P.2 |
| | O medo gerado na gente acaba indo lá e fazendo drogas além da quantidade necessária pro paciente realmente ficar quieto, às vezes mais sonolento, para não dar problema pra ninguém, pra não dar trabalho para ninguém. Por que às vezes você também é cobrado por toda a equipe que fica com medo daquele paciente, que ele pode ter certa agressividade (...) P.15 |
| Lacunas na Formação | (...) O problema é que a gente aprende a tratar a hipertensão, começar uma diabetes tranquila, só que a depressão que também é super comum a gente não sabe. P.2 |
| | (...) na psiquiatria a gente até aprendeu uma técnica muito boa, mas a gente não viveu ela, você tem umas técnicas teóricas, mas você nunca viu acontecer, é muito difícil esse tipo de ensinamento você pegar da teoria e colocar na prática. P.8 |
| | (...) a nossa formação é muito ruim em psiquiatria e as vezes eu não sei se é o correto em uma ansiedade leve, eu já fazer uma medicação que tem os seus efeitos colaterais importantes. E se às vezes eu conversasse com o paciente, explicasse, orientasse, será que essa medicação seria necessária? Eu não sei te explicar de verdade. P.12 |
| Responsabilidade do Cuidado | (...) a gente trata as doenças psiquiátricas como se fosse só do psiquiatra, só que quem está na porta não é o psiquiatra e a maioria das portas não tem um psiquiatra a disposição 24 horas, então eu acho difícil você determinar o que você precisa reter para eventualmente ter uma avaliação psiquiátrica e de que jeito você vai reter (...) P.8 |
| | (...) só que quando pegar uma doença mais complexa, tipo "esquizo" e bipolar, a gente não tem essa formação e eu acho que é o psiquiatra que tem que tratar. Inicial "ok", mas acompanhamento é com o psiquiatra. P.2 |

| | |
|-----------------------|--|
| | (...) é um caso por exemplo, sou cardiologista e estou no consultório e chega um paciente diabético, é uma coisa ele ficar sendo manejado apenas comigo, tudo bem. (...) Mas agora, se por exemplo é um bipolar que está comigo, temos que arrumar um profissional para manejar junto. P.7 |
| Legitimação da Queixa | (...) é difícil você saber se ele tem realmente um sintoma que ele está se referindo, entende? No primeiro momento tem um pouco dessa dificuldade, como eu vou conseguir ajudar o indivíduo nessa situação? Porque as vezes eu tenho que mostrar para ele que ele não está sentindo o que ele está referindo sentir. P.7 |
| | É assim, se chegar na madrugada e se você estiver dormindo e te acordarem você não vai ficar feliz. É aquela pessoa nova que está bem e vai lá e usa droga, bebe, está lá dando trabalho pro pai, pra família, para mim. P.2 |
| | Sendo bem sincera é aquele paciente que eu fico bem preocupada porque é uma caixinha de surpresa, eu não sei quanto ele bebeu, eu não sei o que ele realmente usou porque normalmente eles mentem (...) então eu atendo com um pé atrás. P.15 |

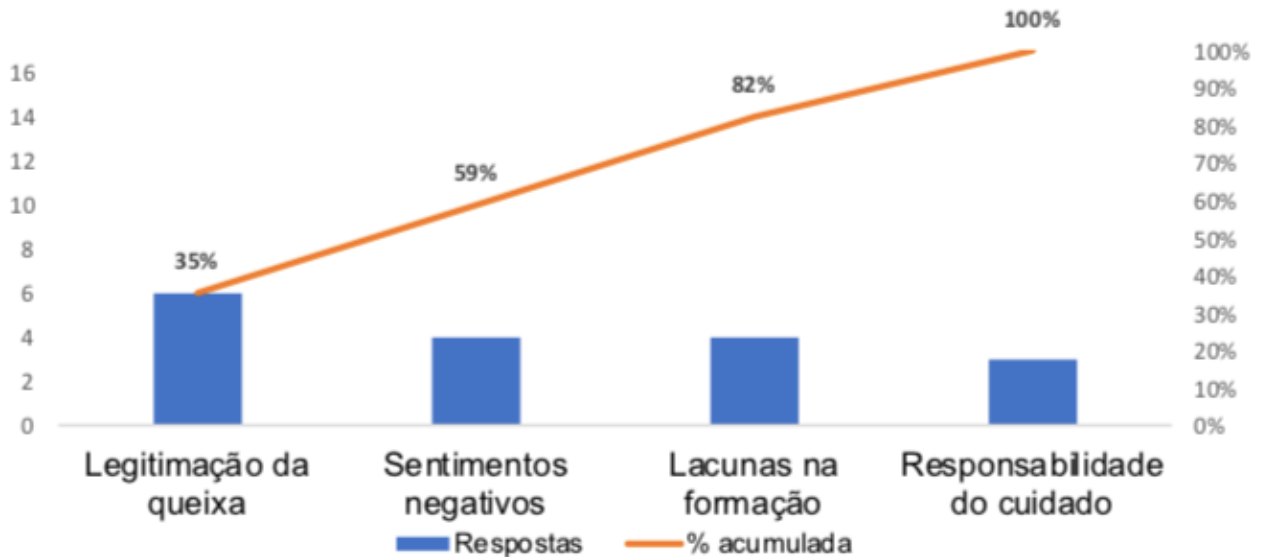
Legenda: P: Participante

Os fragmentos de respostas foram categorizados individualmente porque como o grupo focal não se trata de um questionário objetivo, e sim de obter respostas espontâneas, cada participação é como um indivíduo diferente que está contribuindo com suas experiências. A contagem das respostas que se encaixam em cada categoria das perguntas sobre o atendimento e formação para atender pacientes psiquiátricos foi contabilizada em gráficos de Pareto. Através desse gráfico, é possível verificar qual categoria predomina em cada pergunta, permitindo que o pesquisador entenda de modo inferencial, mas mais objetivo, qual é o maior incômodo dos residentes clínicos ao atender pacientes psiquiátricos.

“Como é para vocês fazerem o atendimento de uma pessoa que tem transtorno mental?”

A categorização das respostas dadas durante o grupo focal mostrou através de gráfico de Pareto que a legitimação da queixa é a maior dificuldade reconhecida pelos residentes durante o atendimento de pacientes psiquiátricos (Gráfico 1).

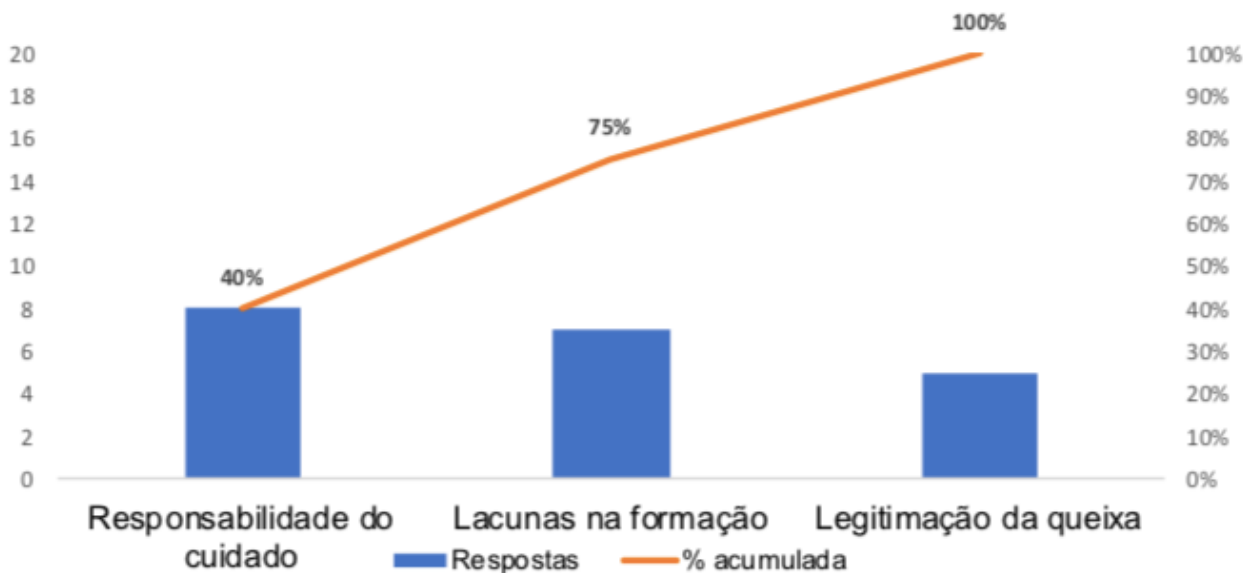
Gráfico 1 - Atendimento de pacientes portadores de Transtornos Mentais.



Isso significa que a maioria dos participantes do grupo relatou duvidar da veracidade das queixas dos pacientes com transtornos mentais durante o atendimento. Até 50% da porcentagem acumulada de categorias temos aquelas consideradas como principais que apareceram durante o grupo focal, portanto os sentimentos negativos, lacunas na formação e responsabilidade do cuidado são, embora relevantes, motivos de menor preocupação para formular planos de ação.

“Como é que vocês veem a formação de vocês para dar esse atendimento a pessoa com transtorno mental?”

Sobre a formação para atender os pacientes, a categoria que se sobressaiu foi responsabilidade do cuidado, segundo o gráfico de Pareto 2.

Gráfico 2 - Formação para atender pacientes portadores de Transtornos Mentais

Os residentes sentiam em geral que para determinados transtornos mentais considerados mais complexos, como bipolaridade e esquizofrenia, o real responsável por dar seguimento ao tratamento seria o psiquiatra. Alegaram que nos atendimentos deveria ser priorizada a interdisciplinaridade com a presença de ao menos um psicólogo por Unidade Básica de Saúde. As lacunas na formação e legitimação da queixa apareceram como motivos secundários atrelados à preparação que os residentes tiveram na faculdade. A categoria sentimentos negativos não apareceu como categoria significativa nessa pergunta.

Análise conjunta das respostas

Ao juntar as duas perguntas somando os resultados podemos verificar no Gráfico 3 que a legitimação da queixa, lacunas na formação e responsabilidade do cuidado são pontos igualmente importantes a serem tratados com os residentes de clínica através de aperfeiçoamento do atendimento de pacientes psiquiátricos, pois cada uma dessas categorias aparece 11 vezes nas respostas dadas do grupo focal. Os sentimentos negativos apareceram com menor importância sobre as dificuldades dos residentes em Clínica Médica com pacientes com transtornos mentais.

Gráfico 3 - Análise conjunta das respostas.

DISCUSSÃO

Os dados demonstraram que a maioria dos residentes de Clínica Médica (75%) relataram vivências com pacientes psiquiátricos em hospital geral durante a sua graduação e cerca de 63% tiveram práticas de matriciamento em saúde mental durante a formação médica. Ainda assim, apresentaram maiores índices de estigma em fatores como medo e intolerância, atribuindo características como imprevisibilidade e agressividade aos pacientes, além de demonstrar maiores graus de raiva e culpabilização em decorrência dos seus transtornos, quando comparados aos residentes de psiquiatria (Tabela 2).

Estes achados sugerem que a simples exposição a pacientes psiquiátricos e conteúdos de saúde mental no currículo médico pode não contribuir de forma satisfatória na redução de estigmas e redução do preconceito.²⁶ Ressalte-se que a literatura científica mostra resultados discordantes, ora com aumento, ora com redução do preconceito após a conclusão do estágio de psiquiatria na graduação.^{26,35} Provavelmente, a relação entre ensino e estigma sofra influência da qualidade do currículo ministrado, das atitudes do corpo docente e do contexto de saúde em que estes profissionais estão sendo treinados.^{26,35}

Se por um lado a psiquiatria no currículo médico contribui para a aquisição de novos conhecimentos e correção de conceitos pré-formados, atribuições mais estereotipadas como a imprevisibilidade, afastamento, possibilidade de atos violentos e incapacidade de cura possuem menor grau de variabilidade após o contato com a saúde mental na graduação. Portanto, o aumento do conhecimento não é automaticamente acompanhado pela redução do estigma e discriminação.³⁶ Contudo, é válido observar que, quanto maior o ano na residência, menor o índice de intolerância dos estudantes em relação aos pacientes (Tabela 2), provavelmente em decorrência de outras variáveis não atribuíveis apenas ao ganho de conhecimento técnico.

Fatores que antecedem a própria formação médica podem contribuir para a construção do preconceito e impedir potenciais mudanças de posturas que podem ser alcançadas por meio de treinamento médico.^{26,37} Estes fatores incluem variáveis como condições socioeconômicas, conhecimento prévio sobre saúde mental, familiaridade no atendimento deste perfil de pacientes, experiência pessoal ou familiar com o adoecimento psíquico, atitude dos pais e da cultura local e o contato com esta população.²⁶

Os aspectos de estigma que obtiveram maiores médias no questionário de atribuição nos residentes de clínica médica foram afastamento e coerção (Tabela 2). Estes atributos representam, respectivamente, o desejo de não conviver com pacientes com transtorno mental e a obrigatoriedade de seguir o tratamento independente da vontade. No entanto, a literatura demonstra que o desejo de distanciamento social e comportamentos autoritários dirigidos a pacientes psiquiátricos são prevalentes em outros grupos, como profissionais de saúde mental e mesmo psiquiatras.²

Estudo que objetivou avaliar as atitudes dos profissionais de saúde durante implantação da enfermaria psiquiátrica em hospital universitário na Nigéria, observou que 61% dos profissionais estavam com medo de ter pacientes psiquiátricos internados no Hospital.³⁸ Este mesmo estudo demonstrou que cerca de 53% dos participantes não gostariam que seu local de trabalho ficasse ao lado destas enfermarias.³⁸

Como referido anteriormente, pacientes portadores de transtornos mentais comumente necessitam de acompanhamento contínuo por médicos clínicos, uma vez que possuem chances maiores de desenvolver diversas outras doenças crônicas,³⁹ porém, é observada redução na abordagem destes pacientes fora do campo da

psiquiatria.⁸ As dificuldades e negligências no enfoque clínico destes indivíduos refletem uma lacuna na rede de atenção à saúde e na formação médica.⁸ Esta deficiência pode ser contextualizada, em parte, pela qualidade das vivências com pacientes psiquiátricos que ocorrem na graduação, sendo estas prioritariamente com pacientes em circunstâncias clínicas agudas e sem o acompanhamento do processo de reabilitação ou reinserção na comunidade.³⁶

É interessante observar que quando questionados sobre a formação para atender os pacientes psiquiátricos, a categoria relativa a responsabilidade do cuidado superou relatos sobre as lacunas na formação e a dificuldade em validar as queixas dos pacientes (Gráfico 2). Os dados representam o entendimento que o psiquiatra é o autêntico responsável pelo manejo destes pacientes. Esta percepção exime o médico não especialista da responsabilidade do cuidado integral do doente mental, contrariando as expectativas das diretrizes vigentes para formação médica.²⁵

Permanece, portanto, ainda a ideia em alguns profissionais de saúde, que os portadores de transtorno mental são de responsabilidade exclusiva dos profissionais e ambientes especializados, excluindo o médico não especialista da assistência a estes doentes.⁴⁰ Nota-se também que há poucas publicações que abordam a assistência prestada ao paciente com transtorno mental grave, internado em hospital geral em decorrência de uma complicação clínica e/ou cirúrgica.⁸

É conhecido que pacientes portadores de doenças clínicas têm risco elevado de adquirir transtornos mentais e utilizam com maior recorrência os serviços de medicina interna.²⁰ As comorbidades clínicas em pacientes portadores de transtornos mentais são muito frequentes, atingindo 80%. De forma semelhante, alterações psiquiátricas são encontradas em cerca de 30 a 60% dos pacientes portadores de doenças físicas,⁴¹ ou seja, tratamentos clínicos oferecidos a pessoas sem transtornos psiquiátricos devem ser igualmente oferecidos aos portadores de doença mental.³⁹ No entanto, a presença de comorbidade psiquiátrica eleva de forma significativa os custos da internação, reflete em pior adesão ao tratamento proposto, aumento das taxas de complicações, de mortalidade e do tempo de permanência hospitalar, demonstrando a dificuldade do manejo deste indivíduo nas unidades clínicas.^{19,20,41,42} Destaca-se que as taxas de mortalidade nessa

população são pelo menos duas vezes maiores que na população em geral, apesar disso, as necessidades médicas são comumente negligenciadas.³⁹

Determinadas medicações psiquiátricas são responsáveis por efeitos colaterais importantes, aumento do risco cardiovascular, indução de obesidade, diabetes e síndrome metabólica,³⁹ mas os desfechos desfavoráveis na assistência clínica aos portadores de transtorno mental não podem ser totalmente explicados pelo estilo de vida e pelas alterações metabólicas significativas causadas por alguns psicotrópicos,⁴³ o que sugere importante influência do estigma frente a esta população. Certamente, comportamentos evitativos ou negativos frente ao paciente psiquiátrico podem ter consequências sobre a qualidade e integralidade dos serviços a ele prestados.⁸

A terceirização da responsabilidade do cuidado se mostrou ainda mais significativa em transtornos mentais ditos como mais graves, como a esquizofrenia e o transtorno afetivo bipolar (Gráfico 2). Este dado pode ser justificado pela maior atribuição de periculosidade a estes indivíduos, estimulando um desejo de distanciamento e maior nível de ceticismo relativo a melhora do prognóstico.^{2,3}

Percentual significativo dos médicos sentem-se despreparados para o atendimento das demandas de saúde mental, provavelmente em decorrência de lacunas na formação médica na graduação.⁴⁰ Os temas relacionados a saúde mental e psiquiatria são abordados de forma superficial, por vezes fora do contexto social e comunitário e com abordagem eminentemente curativa.⁴⁰ Em determinados casos, a formação ocorre em contextos negativos, o que contribui para o reforço de estereótipos em relação a assistência psiquiátrica, criando resistências que dificultam a disponibilidade dos médicos clínicos para atender pacientes portadores de transtornos mentais.⁴⁰

O atendimento destes pacientes em serviços gerais deve ser acompanhado de mudanças significativas no currículo de formação, de modo a prestar cuidados humanizados e tecnicamente efetivos. Pesquisa realizada na Faculdade de Medicina de Itajubá-MG, que tinha por objetivo avaliar a abordagem e tratamentos oferecidos por médicos a dependentes químicos, observou que a maioria não se sentia capaz de tratá-los (60,7%), ou se mostravam desconfortáveis em atendê-los (62,5%).⁴⁴ Este mesmo estudo demonstrou que estes médicos não acreditavam ter conhecimentos suficientes para prestar cuidados a estes pacientes (57,1%) e não conheciam tratamentos

alternativos (73,2%).⁴⁴ Estes dados apontam novamente na mesma direção que os encontrados, ou seja, que lacunas na formação médica em relação aos transtornos mentais podem reduzir o acesso destes pacientes ao direito da integralidade dos cuidados em saúde.

Fora do contexto hospitalar, estudo que objetivava analisar o manejo das necessidades de saúde mental na atenção primária à saúde, a partir das percepções dos profissionais, trouxe como dificuldade elencada pelos participantes, a operacionalização e integração dos recursos da rede.⁴⁵ Os profissionais relataram que os pacientes apresentam questões complexas e a equipe comumente apresentava desconforto e relutância em lidar com tais demandas, demonstrando a necessidade de capacitação profissional para o atendimento nestes contextos.⁴⁵ Estas dificuldades conflitam com a alta procura de atendimento de saúde mental na atenção básica.

Estudo realizado com médicos que atuavam na Estratégia de Saúde da Família na cidade de Sobral – CE, demonstrou que 80% dos profissionais apresentavam preocupações quanto ao correto diagnóstico psiquiátrico e dúvidas quanto a instituição de intervenções farmacológicas a serem utilizadas.⁴⁰ Tais competências são específicas da atuação do profissional médico, o que demonstra que não foram abordados de forma suficiente durante a formação. Estes mesmos médicos também afirmaram que se sentiam despreparados para utilizar recursos não farmacológicos de tratamento como elaboração de um plano de cuidado e atitude de escuta ativa, assim como a adequada utilização de recursos comunitários e práticas complementares de saúde.⁴⁰

Em outra perspectiva, os médicos residentes de Clínica Médica, ao serem questionados de como era para eles fazer o atendimento de uma pessoa que tem transtorno mental, a dificuldade para legitimar ou validar a queixa dos pacientes se mostrou como o principal obstáculo para este atendimento. Esta categoria superou os sentimentos negativos, lacunas na formação e responsabilidade do cuidado (Gráfico 1).

Revisão bibliográfica que tinha por objetivo organizar o conhecimento referente ao estigma de profissionais de saúde frente aos doentes mentais, apresentou, dentre os seus resultados, a percepção, por parte da população, que outros transtornos como a depressão podem ser encarados como algo natural e que não seriam suficientes para procurar atendimento médico. Em contrapartida, os próprios médicos elencam estes

problemas como de menor importância que problemas clínicos, levando a consequências potencialmente graves.²

Essa dificuldade pode ser minimizada com estratégias que proporcionem uma escuta qualificada do paciente e de seus familiares e cuidadores, buscando o atendimento integral e humanizado. Segundo as diretrizes curriculares para a formação em saúde, os egressos dos diversos cursos da área da saúde devem ter “formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, ética e transformadora, comprometida com a melhoria da qualidade de vida e saúde da população”. Objetiva-se, portanto, favorecer a construção de vínculos e abordagem empática, a partir de uma relação médico-paciente-profissionais da saúde qualificada dos problemas relatados pelas pessoas, famílias, grupos e comunidades. Para tal, busca-se o acesso universal e equidade como direito a cidadania, sem preconceitos de qualquer espécie, atendendo às necessidades pessoais específicas, segundo as prioridades definidas pela vulnerabilidade e pelos riscos à saúde e à vida. Por fim, não menos importante, almeja-se uma formação comprometida com a superação das iniquidades que causam o adoecimento dos indivíduos e das coletividades.²⁴

Observando os resultados das perguntas, nota-se que as lacunas na formação não se mostraram como quesito de destaque quando analisadas as respostas dos residentes aos questionamentos da sua formação e percepções para atendimento (Gráficos 1 e 2). Contudo, ao analisarmos o conteúdo total das respostas verifica-se que as categorias lacunas na formação, legitimação da queixa e responsabilidade do cuidado foram igualmente citadas (Gráfico 3).

Este achado sugere que a percepção destas lacunas, apesar de significativas, não supera a baixa percepção do médico como responsável do cuidado assistencial e a dificuldade em legitimar as queixas destes pacientes. Reforça-se com isso a necessidade de encontrar estratégias que modifiquem esta realidade, buscando otimizar a capacidade de coleta de informações dos profissionais quanto ao sofrimento psíquico, acima de uma abordagem focada em conteúdos curriculares teóricos.

Apesar dos estigmas dos profissionais e estudantes de medicina frente ao doente mental serem amplamente estudados na literatura, estratégias baseadas em evidências científicas para redução deste estigma ainda se mostram escassas.³⁷ A

compreensão deste fenômeno é complexa, tem origem nos estereótipos sociais previamente adquiridos pelos estudantes e que não foram desconstruídos no período de formação ou até mesmo se intensificaram neste período.^{36,46} Estes estereótipos não causam consequências apenas para aos pacientes psiquiátricos, mas interferem na sociedade como um todo.⁴⁶

Embora a educação sobre as doenças mentais apresente potencial para redução de estigmas frente ao paciente, esta redução não parece produzir consequências duradouras e tende a influenciar prioritariamente pessoas mais propícias ao contato com estes indivíduos.^{28,46} Por outro lado, o relacionamento com membros de um grupo estigmatizado tem se mostrado uma forma efetiva na redução do preconceito, provocando mudança do comportamento e atitudes por um período maior de tempo.^{28,46}

É, portanto, urgente o fomento de mudanças curriculares que promovam a facilitação da interação dos médicos residentes e estudantes de medicina com os pacientes psiquiátricos, resultando em uma maior familiaridade de suas demandas. A abordagem da saúde mental durante a formação médica necessita promover habilidades de comunicação, desenvolver competência técnica na assistência com coleta de informações qualificadas, ser transformadora de atitudes que propiciem relações empáticas, assim como a percepção da necessidade do cuidado integral do paciente em uma perspectiva biopsicossocial e espiritual.

CONCLUSÕES

Os dados obtidos permitiram concluir que os médicos Residentes de Clínica Médica relataram lacunas na formação durante a graduação que dificultam no atendimento aos pacientes psiquiátricos. No entanto, estas lacunas são menos importantes do que a baixa percepção de responsabilidade nos cuidados destes pacientes e da dificuldade de legitimar as queixas destes indivíduos.

Destaca-se ainda que os residentes de clínica médica, apesar de terem tido contato com pacientes psiquiátricos na graduação e na residência, possuem maiores índices de estigma que os residentes de psiquiatria, com destaque em aspectos como medo e intolerância.

Concluindo, este estudo aponta para necessidade de intervenções educacionais que busquem capacitar os estudantes de medicina e médicos Residentes de Clínica Médica para o atendimento de pacientes portadores de transtornos mentais, proporcionando um maior entendimento da necessidade do cuidado integral e empático desta população.

Este estudo apresenta como limitação o número pequeno de participantes provenientes de um único Programa de Residência Médica em Clínica Médica. No entanto, trata-se de Programa de Residência Médica tradicional vinculado ao curso médico mais antigo do interior do Estado de São Paulo, foi atingido um percentual de participação próximo à total amostra possível e foram satisfeitos os valores necessários para a realização de uma análise estatística fidedigna. Outra consideração é que a necessidade de rememorar situações prévias, por vezes ocorridas ainda na graduação, pode incorrer em viés de memória que influencia na interpretação dos dados qualitativos. Este risco foi bastante minimizado através da análise qualitativa por dois ângulos distintos, a saber, análise de conteúdo proposta por Bardin e pelos diagramas de Pareto.

O presente estudo se diferencia da literatura disponível por escolher uma população pouco estudada dentro da temática do ensino e atitudes em saúde mental, apesar da evidente necessidade de problematizar este contexto. A utilização de abordagens distintas, com instrumentos quantitativos validados e estratégias de avaliação qualitativa, proporcionaram uma profundidade de reflexão que apenas estudos desta natureza poderiam emergir.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Wahl OF. Stigma as a barrier to recovery from mental illness. *Trends Cogn Sci.* 2012;16(1):9–10.
2. Batista LTMB. Os profissionais de saúde e o estigma da doença mental [dissertação]. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar; 2013.
3. Lawrie SM, Martin K, McNeill G, Drife J, Chrystie P, Reid A, et al. General practitioners' attitudes to psychiatric and medical illness. *Psychol Med.* 1998;28(6):1463–7.
4. Lyons Z. Attitudes of medical students toward psychiatry and psychiatry as a career: a systematic review. *Acad Psychiatry.* 2013;37(3):150–7.

5. Lobo A, de-la-Cámara C, Campos R, Ventura T, Marco C, Campayo A, et al. Innovative methods in teaching psychiatry to medical students. *Eur J Psychiat*. 2015;29(1):67–78.
6. Deb T, Lomax GA. Why don't more doctors choose a career in psychiatry? *BMJ*. 2014;348:f7714.
7. Oxtoby K. The impact of bashing general practice and psychiatry at medical school. *BMJ*. 2017;356:i6256.
8. Prado MF, Sá MC, Miranda L. O paciente com transtorno mental grave no hospital geral: uma revisão bibliográfica. *Saúde Debate*. 2015;39(n.esp):320–37.
9. Oda AMGR, Dalgalarondo P. História das primeiras instituições para alienados no Brasil. *Hist Ciênc Saúde*. 2005;12(3):983–1010.
10. Plantier APB. Dos muros dos manicômios para os muros (in)visíveis da cidade: sobre os desafios da reforma psiquiátrica brasileira [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública; 2015.
11. Lüchmann LHH, Rodrigues J. O movimento antimanicomial no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007;12(2):399–407.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde Mental*. 34^a ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013. 176 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34).
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil: Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília (DF): OPAS; 2005. p. 56.
14. Castaldelli-Maia JM, Ventriglio A. The impact of Basaglia on Brazilian psychiatry. *Int J Soc Psychiatry*. 2016;62(5):411–4.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Portaria SAS/MS nº 244, de 29 de janeiro de 1992 [Internet]. 1992 [acesso em 10 jul. 2019]. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/index.php?option=com_gmg&controller=document&id=836
16. Iglesias A, Avellar LZ. Matriciamento em saúde mental: práticas e concepções trazidas por equipes de referência, matriciadores e gestores. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2019;24(4):1247–54.
17. Pinto AGA, Jorge MSB, Vasconcelos MGF, Sampaio JJC, Lima GP, Bastos VC, et al. Apoio matricial como dispositivo do cuidado em saúde mental na atenção primária: olhares múltiplos e dispositivos para resolubilidade. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012;17(3):653–60.
18. Siqueira SRG, Abelha L, Lovisi GM, Sarução KR, Yang L. Attitudes towards the mentally ill: a study with health workers at a University Hospital in Rio de Janeiro. *Psychiatr Q*. 2017;88(1):25–38.
19. Bouza C, López-Cuadrado T, Amate JM. Hospital admissions due to physical disease in people with schizophrenia: a national population-based study. *Gen Hosp Psychiatry*. 2010;32(2):156–63.
20. Hochlehnert A, Niehoff D, Wild B, Jünger J, Herzog W, Löwe B. Psychiatric comorbidity in cardiovascular inpatients: costs, net gain, and length of hospitalization. *J Psychosom Res*. 2011;70(2):135–9.

21. Tavares ALB, Souza AR, Pontes RJS. Estudo da demanda de saúde mental em Centro de Saúde da Família em Caucaia, Ceará, Brasil. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2013;8(26):35–42.
22. Maragno L, Goldbaum M, Gianini RJ, Dutilh Novaes HM, Galvão César CL. Prevalence of common mental disorders in a population covered by the Family Health Program (QUALIS) in São Paulo, Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2006;22(8):1639–48.
23. Cliquet MB, Rodrigues CIS. Grupo tutorial e a saúde mental no ensino médico. *Rev Bras Educ Méd*. 2016;40(4):591–601.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 569, de 8 de dezembro de 2017. *Diário Oficial da União*. 2018;38(Seção 01):85–90.
25. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014 [Internet]. [acesso em 21 jun. 2019]. p. 8–11. Disponível em: <https://abmes.org.br/legislacoes/detalhe/1609>
26. Giasuddin NA, Levav I, Gal G. Mental health stigma and attitudes to psychiatry among Bangladeshi medical students. *Int J Soc Psychiatry*. 2015;61(2):137–47.
27. Schulze B, Angermeyer MC. Subjective experiences of stigma. A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals. *Soc Sci Med*. 2003;56:299–312.
28. Rüsç N, Angermeyer MC, Corrigan PW. Mental illness stigma: concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *Eur Psychiatry*. 2005;20(8):529–39.
29. Pereira AA, Santos SME, Faria RMD. Versão brasileira do Attribution Questionnaire: adaptação transcultural e validação de propriedades psicométricas. *J Bras Psiquiatr*. 2016;65(4):314–21.
30. Conover WJ. *Practical nonparametric statistics*. New York: Wiley; 1977. 428 p.
31. Farago CC, Fofonca E. A análise de conteúdo na perspectiva de Bardin: do rigor metodológico à descoberta de um caminho de significações. *Linguagem*. 2011;18:1–5.
32. Razali NM, Wah YB. Power comparisons of Shapiro-Wilk, Kolmogorov-Smirnov, Lilliefors and Anderson-Darling tests. *J Stat Model Anal*. 2011;2(1):21–33.
33. Morettin LG. *Estatística básica: probabilidade e inferência*. São Paulo: Pearson; 2010. 390 p.
34. Conover WJ. *Practical nonparametrics statistics*. New York: Wiley; 1977. 493 p.
35. Lang FU, Kösters M, Lang S, Becker T, Jäger M. Veränderung der Einstellung zur Schizophrenie durch das Psychiatriepraktikum im Medizinstudium. *Psychiatr Prax*. 2014;41(3):160–3.
36. Cruz APP. *Estigma relativo à doença mental nos estudantes de medicina [dissertação]*. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar; 2016.
37. Griffith JL, Kohrt BA. Managing stigma effectively: what social psychology and social neuroscience can teach us. *Acad Psychiatry*. 2016;40(2):339–47.
38. Chikaodiri AN. Attitude of health workers to the care of psychiatric patients. *Ann Gen Psychiatry*. 2009;8:19.
39. Hert MD, van Winkel R, Silic A, Van Eyck D, Peuskens J. Physical health management in psychiatric settings. *Eur Psychiatry*. 2010;25(suppl. 2):S22–8.

40. Pereira AA, Andrade DCL. Estratégia educacional em saúde mental para médicos da atenção básica. *Rev Bras Educ Méd.* 2018;42(1):4–12.
41. Dolinar LJ. Obstacles to the care of patients with medical-psychiatric illness on general hospital psychiatry units. *Gen Hosp Psychiatry.* 1993;15(1):14–20.
42. Khaykin E, Ford DE, Pronovost PJ, Dixon L, Daumit GL. National estimates of adverse events during nonpsychiatric hospitalizations for persons with schizophrenia. *Gen Hosp Psychiatry.* 2010;32(4):419–25.
43. Lykouras L, Douzenis A. Do psychiatric departments in general hospitals have an impact on the physical health of mental patients? *Curr Opin Psychiatry.* 2008;21:398–402.
44. Alvarenga KM, Brandão LB, Tostes JG. Avaliação das atitudes e conhecimentos dos médicos na abordagem de usuários de álcool e outras drogas. *Rev Ciênc Saúde.* 2015;5(3):8–17.
45. Souza J, Almeida LY, Luis MAV, Nievas AF, Veloso TMC, Barbosa SP, et al. Mental health in the family health strategy as perceived by health professionals. *Rev Bras Enferm.* 2017;70(5):935–41.
46. Corrigan PW, O'Shaughnessy JR. Changing mental illness stigma as it exists in the real world. *Aust Psychol.* 2007;42(2):90–7.

REFERÊNCIAS

1. Wahl OF. Stigma as a barrier to recovery from mental illness. *Trends Cogn Sci*. 2012;16(1):9–10.
2. Batista LTMB. Os profissionais de saúde e o estigma da doença mental [dissertação]. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar; 2013.
3. Lawrie SM, Martin K, McNeill G, Drife J, Chrystie P, Reid A, et al. General practitioners' attitudes to psychiatric and medical illness. *Psychol Med*. 1998;28(6):1463–7.
4. Lyons Z. Attitudes of medical students toward psychiatry and psychiatry as a career: a systematic review. *Acad Psychiatry*. 2013;37(3):150–7.
5. Lobo A, de-la-Cámara C, Campos R, Ventura T, Marco C, Campayo A, et al. Innovative methods in teaching psychiatry to medical students. *Eur J Psychiat*. 2015;29(1):67–78.
6. Deb T, Lomax GA. Why don't more doctors choose a career in psychiatry? *BMJ*. 2014;348:f7714.
7. Oxtoby K. The impact of bashing general practice and psychiatry at medical school. *BMJ*. 2017;356:i6256.
8. Prado MF, Sá MC, Miranda L. O paciente com transtorno mental grave no hospital geral: uma revisão bibliográfica. *Saúde Debate*. 2015;39(n.esp):320–37.
9. Oda AMGR, Dalgarrondo P. História das primeiras instituições para alienados no Brasil. *Hist Ciênc Saúde*. 2005;12(3):983–1010.
10. Plantier APB. Dos muros dos manicômios para os muros (in)visíveis da cidade: sobre os desafios da reforma psiquiátrica brasileira [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública; 2015.
11. Lüchmann LHH, Rodrigues J. O movimento antimanicomial no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007;12(2):399–407.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde Mental*. 34^a ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013. 176 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34).

13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil: Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília (DF): OPAS; 2005. p. 56.
14. Castaldelli-Maia JM, Ventriglio A. The impact of Basaglia on Brazilian psychiatry. *Int J Soc Psychiatry*. 2016;62(5):411–4.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Portaria SAS/MS nº 244, de 29 de janeiro de 1992 [Internet]. 1992 [acesso em 10 jul. 2019]. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/index.php?option=com_gmg&controller=document&id=836
16. Iglesias A, Avellar LZ. Matriciamento em saúde mental: práticas e concepções trazidas por equipes de referência, matriciadores e gestores. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2019;24(4):1247–54.
17. Pinto AGA, Jorge MSB, Vasconcelos MGF, Sampaio JJC, Lima GP, Bastos VC, et al. Apoio matricial como dispositivo do cuidado em saúde mental na atenção primária: olhares múltiplos e dispositivos para resolubilidade. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012;17(3):653–60.
18. Siqueira SRG, Abelha L, Lovisi GM, Sarução KR, Yang L. Attitudes towards the mentally ill: a study with health workers at a University Hospital in Rio de Janeiro. *Psychiatr Q*. 2017;88(1):25–38.
19. Bouza C, López-Cuadrado T, Amate JM. Hospital admissions due to physical disease in people with schizophrenia: a national population-based study. *Gen Hosp Psychiatry*. 2010;32(2):156–63.
20. Hochlehnert A, Niehoff D, Wild B, Jünger J, Herzog W, Löwe B. Psychiatric comorbidity in cardiovascular inpatients: costs, net gain, and length of hospitalization. *J Psychosom Res*. 2011;70(2):135–9.
21. Tavares ALB, Souza AR, Pontes RJS. Estudo da demanda de saúde mental em Centro de Saúde da Família em Caucaia, Ceará, Brasil. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2013;8(26):35–42.
22. Maragno L, Goldbaum M, Gianini RJ, Dutilh Novaes HM, Galvão César CL. Prevalence of common mental disorders in a population covered by the Family Health Program (QUALIS) in São Paulo, Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2006;22(8):1639–48.
23. Cliquet MB, Rodrigues CIS. Grupo tutorial e a saúde mental no ensino médico. *Rev Bras Educ Méd*. 2016;40(4):591–601.

24. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 569, de 8 de dezembro de 2017. Diário Oficial da União. 2018;(38):85-90. Seção 01.
25. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014 [Internet]. [acesso em 21 jun. 2019]. p. 8–11. Disponível em:
<https://abmes.org.br/legislacoes/detalhe/1609>

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada “PERCEPÇÕES DE MÉDICOS RESIDENTES EM CLÍNICA MÉDICA EM RELAÇÃO AO ATENDIMENTO DE PACIENTES PSIQUIÁTRICOS”, que será realizada por Paulo Roberto Oliveira Henrique Santana, mestrando em Educação nas Profissões de Saúde pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC-SP. O trabalho tem por objetivo avaliar a formação em saúde mental e psiquiátrica na graduação de medicina oferecida a médicos residentes de Clínica Médica e analisar os sentimentos, percepções e comportamentos e atitudes destes médicos frente à assistência a estes pacientes.

Inicialmente será aplicado um formulário para caracterização do seu perfil, em um segundo momento você será convidado a responder um questionário validado denominado Questionário de Atribuição (AQ-26B). Você pode recusar-se a responder qualquer questão que porventura julgue constrangedora.

Posteriormente, apenas se você for médico residente do Programa de Clínica Médica, você será convidado a participar de grupo focal que será formado por dez a doze participantes. Os relatos fornecidos neste grupo serão gravados por meio de recurso de áudio. Os dados gravados serão analisados, segundo a técnica denominada análise de conteúdo.

Os riscos desta pesquisa são mínimos e podem se relacionar ao eventual desconforto em prover alguma resposta, mas você pode se recusar a respondê-la. Os benefícios são relacionados à identificação de necessidades para melhoria do Programa de Clínica Médica no que tange aos conteúdos e desenvolvimento de habilidades e atitudes frente aos pacientes portadores de doenças mentais.

O conteúdo dos relatos será confidencial, sigiloso e as suas respostas estarão sob minha responsabilidade e de minha orientadora, e será utilizado apenas para a realização do estudo, podendo os resultados serem apresentados em eventos e/ou publicados em revistas científicas, sempre respeitando o sigilo de sua identidade.

Sua participação no estudo será totalmente voluntária, sem qualquer benefício direto ou remuneração de qualquer espécie. Você tem o direito de retirar sua participação

em qualquer momento deste estudo, sem nenhum prejuízo de suas atividades profissionais.

Se tiver dúvidas, preocupações ou reclamações sobre o estudo, você poderá entrar em contato com o pesquisador responsável Paulo Roberto Oliveira Henrique Santana, pessoalmente, Rua Honório Parente, 2323 – Ininga, Teresina/PI; pelos endereços eletrônicos: paulo_rohs@hotmail.com ou paulo_rohs@icloud.com ou pelo telefone (86) 99401- 0951. Em caso denúncias, reclamações sobre sua participação e sobre questões éticas do estudo, você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da PUC-SP – Campus Sorocaba, na Rua Joubert Wey, 290, telefone (15) 32129896 em horário comercial.

Este documento foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da PUC-SP.

Esse documento será feito em duas vias, sendo que uma será entregue para você e a outra ficará com o pesquisador.

Caso aceite participar desta pesquisa, solicito a sua assinatura no item II deste documento.

Desde já agradeço a sua atenção e coloco-me à disposição para quaisquer esclarecimentos sobre a pesquisa.

Assinatura da Pesquisador: _____

Sorocaba, ___ de _____ de 2018

Eu, _____
_____ RG número _____, declaro que é de livre e espontânea vontade que estou participando como voluntário(a) da pesquisa. Declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que compreendo o objetivo desta pesquisa e concordo em participar de forma voluntária da mesma, entendendo que as informações serão confidenciais, que não haverá identificação nominal e que não sofrerei qualquer tipo de sanção ou prejuízo, caso recuse ou desista de participar deste estudo.

Sei que em caso de dúvida ou intercorrência poderei recorrer ao pesquisador responsável pelos endereços eletrônicos: paulo_rohs@hotmail.com ou paulo_rohs@icloud.com ou pelo telefone (86) 99401- 0951.

Declaro, ainda, que ao ser convidado a participar desta pesquisa, todos os esclarecimentos foram prestados pelo pesquisador.

Nome completo do participante

Assinatura

Pesquisador: Paulo Roberto Oliveira Henrique Santana

Sorocaba, ____ de _____ de 2018

APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO ESTRUTURADO PARA CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Nome: _____

1- Idade (anos completos): _____

2- Sexo: masculino () feminino () outro ()

3- Etnia/Raça: branca () preta () parda () amarela () outra _____

4 - Qual a sua formação religiosa?

Católico () Evangélico () Espírita () Judeu () Batista ()

Não tenho formação religiosa () Outra, Qual? _____

5- Você tem histórico familiar de doença mental ou familiar que faz uso de droga psicoativa?

Sim () Não ()

6- Você tem histórico individual de doença mental ou faz uso pessoal de droga psicoativa?

Sim () Não ()

7- Formação Acadêmica

Onde foi realizada a graduação?

Ano em que concluiu a graduação: _____

Você é residente de primeiro ano () segundo ano ()

8- Durante a graduação, você já participou de atividades de saúde mental/psiquiatria no internato?

a) Nunca ()

b) Ocasionalmente ()

c) Frequentemente ()

9- No seu curso de graduação estão incluídas oportunidades de aprendizagem no currículo que abordem a saúde mental/psiquiatria antes do internato?

a) Nunca ()

b) Ocasionalmente ()

c) Frequentemente ()

Em que ano/semestre do curso médico? _____

10- Na sua formação você teve oportunidade de frequentar enfermagem psiquiátrica de hospital geral?

sim () não ()

11- Você aprendeu mestrado em saúde mental durante a graduação?

sim () não ()

12- Você aprendeu mestrado em saúde mental durante a residência?

sim () não ()

APÊNDICE C - PERGUNTAS ABERTAS DO GRUPO FOCAL

Diretriz do grupo focal para explorar a percepções, atitudes e estigmas do residente de clinica médica

Perguntas norteadoras/disparadora:

“Como é para vocês fazerem o atendimento de uma pessoa que tem transtorno mental?”

“Como é que vocês veem a formação de vocês para dar esse atendimento a pessoa com transtorno mental?”

APÊNDICE D - TERMO DE COMPROMISSO DE CONFIDENCIALIDADE**ANEXO B - TERMO DE COMPROMISSO DE CONFIDENCIALIDADE**

Eu, Paulo Roberto Oliveira Henrique Santana, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro, profissão médico, inscrito no CRM-PI sob o número 5661, abaixo firmado, assumo o compromisso de manter confidencialidade e sigilo sobre todas as informações técnicas e outras relacionadas ao projeto intitulado "PERCEPÇÕES DE MÉDICOS RESIDENTES EM CLÍNICA MÉDICA EM RELAÇÃO AO ATENDIMENTO DE PACIENTES PSIQUIÁTRICOS" desenvolvido no mestrado na pós graduação Educação nas Profissões da Saúde na PUC-SP. O estudo será realizado com alunos do primeiro e segundo ano da residência de Clínica Médica e de Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (FCMS-PUC-SP). Para tal serão utilizados o questionário para caracterização do perfil dos participantes e o Questionário de Atribuição (AQ-26B), em anexo, à população alvo da pesquisa e, posteriormente, apenas os residentes de Clínica Médica serão convidados a participar de um grupo focal a ser realizado no mesmo dia, com cerca de 10 a 12 residentes. Os relatos obtidos no grupo focal serão registrados por meio de gravadores de áudio e serão analisados segundo a análise de conteúdo de Bardin.

Por este termo de confidencialidade comprometo-me:

A não utilizar as informações confidenciais a que tive acesso, para gerar benefício próprio exclusivo e/ou unilateral, presente ou futuro, ou para uso de terceiros.

A não efetuar nenhuma gravação ou cópia de documentação oficial a que tiver acesso, exceto durante o grupo focal.

A não apropriar-se para si ou para outrem de material confidencial e/ou sigiloso que venha a ser disponível.

A não repassar o conhecimento das informações confidenciais responsabilizando-se por todas as pessoas que vierem a ter acesso às informações por seu intermédio e obrigando-se, assim, a ressarcir a ocorrência de qualquer dano e/ou prejuízo oriundo de uma eventual quebra de sigilo das informações fornecidas.

Nesse termo, as seguintes expressões serão assim definidas.

Paulo Roberto Oliveira Henrique Santana
epibelle



"Informações Confidenciais" significará toda informação relatada pelo resumo, através da execução do projeto, a respeito de, ou associada, com a avaliação, sob forma escrita, verbal ou por quaisquer outros meios.

"Informação Confidencial" inclui, mas não se limita, a informação relativa às operações, processos, planos ou interações, informações sobre produção, instalações, equipamentos, segredos de negócios, segredos de fábrica, dados, habilidades especializadas, compromissos, fórmulas, produtos, amostras, diagramas, desenhos de esquema industrial, patentes, oportunidades de mercado e questões relativas a negócios durante a execução do projeto.

Paulo Roberto Oliveira Henrique Santana

Dr. Paulo Roberto Oliveira Henrique Santana

Mestrando do Programa de Educação nas Profissões de Saúde

FCMS da PUC-SP

Orientadora:

Cibele Isaac Saad Rodrigues

Profa. Dra. Cibele Isaac Saad Rodrigues

Profa. Titular – Departamento de Medicina – Áreas de Nefrologia/Bioética

FCMS da PUC-SP

md

APÊNDICE E - CARTA DE APRESENTAÇÃO AO COMITÊ DE ÉTICA

ANEXO C - CARTA DE APRESENTAÇÃO AO COMITÊ DE ÉTICA

Ao Comitê de Ética em Pesquisa - CEP
 Prof. Dr. José Augusto Costa
 Presidente do CEP – FCMS - PUC-SP

Eu, Paulo Roberto Oliveira Henrique Santana, pós-graduando do Mestrado Profissional de Educação nas Profissões de Saúde apresento o projeto intitulado "PERCEPÇÕES DE MÉDICOS RESIDENTES EM CLÍNICA MÉDICA EM RELAÇÃO AO ATENDIMENTO DE PACIENTES PSIQUIÁTRICOS", para apreciação deste Comitê.

Trata-se de projeto de mestrado que tem como objetivos: avaliar a formação psiquiátrica na graduação de medicina oferecida a médicos residentes de Clínica Médica e analisar os sentimentos, percepções e comportamentos e atitudes destes médicos frente à assistência a estes pacientes. O estudo será realizado sob a orientação da Profa. Dra. Cibele Isaac Saad Rodrigues.

Encaminho em anexo os documentos solicitados por este Comitê e disponho-me a prestar quaisquer esclarecimentos que forem necessários.

Pela atenção, subscrevo-me.

Atenciosamente,

Paulo Roberto Oliveira Henrique Santana

Dr. Paulo Roberto Oliveira Henrique Santana

Mestrando do Programa de Educação nas Profissões de Saúde
 FCMS-PUC-SP

Orientadora: *Cibele Isaac Saad Rodrigues*

Profa. Dra. Cibele Isaac Saad Rodrigues

Profa. Titular – Departamento de Medicina – Áreas Nefrologia/Bioética
 FCMS - PUC-SP

Prof. Dr. Flávio Morgado
 Coordenador do Programa de Estudos
 Pós-Graduados em Educação nas
 Profissões da Saúde PUC-SP

02/10/18
Morgado

**ANEXO A - AUTORIZAÇÃO DA DIRETORIA PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA NA
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS E DA SAÚDE DA PONTIFÍCIA
UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO**

39



**ANEXO A - AUTORIZAÇÃO DA DIRETORIA PARA
REALIZAÇÃO DE PESQUISA NA FACULDADE DE CIÊNCIAS
MÉDICAS E DA SAÚDE DA PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DE SÃO PAULO**

Sorocaba, de Setembro de 2018

Ao Prof. Dr. Luiz Ferraz de Sampaio Neto
Diretor da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde – PUC-SP

C./ Prof. Dr. Luiz Angelo Vieira
Coordenador da Comissão de Residência Médica - COREME

Solicito autorização para que eu, Paulo Roberto Oliveira Henrique Santana, pós-graduando do Mestrado Profissional de Educação nas Profissões de Saúde, orientado pela Profa. Dra. Cibele Isaac Saad Rodrigues, possa realizar pesquisa qualitativa e quantitativa com os médicos alunos do primeiro e segundo ano das residências de Clínica Médica e de Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo FCMS-PUC-SP.

Este projeto de pesquisa objetiva, entre outros, avaliar a formação psiquiátrica na graduação de medicina oferecida a médicos residentes de Clínica Médica e analisar os sentimentos, percepções e estigma destes médicos frente à assistência a estes pacientes.

Eu, e um segundo pesquisador, deveremos aplicar o questionário para caracterização do perfil dos participantes e também o Questionário de Atribuição (AQ-26B), em anexo, à população alvo da pesquisa e, posteriormente, apenas os residentes da Clínica Médica serão convidados a participar de um grupo focal a ser

Prof. Dr. *Paulo Roberto Oliveira Henrique Santana*
Diretor Adjunto da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde - PUC/SP
de agosto
03/11/18

Prof. Dr. Luiz Angelo Vieira
Coordenador Geral do Programa de Residência Médica
de FCMS - PUC/SP
de agosto

03
10
18

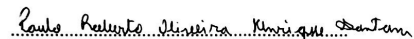
realizado no mesmo dia com cerca de 10 a 12 residentes. Caso consigamos um maior número de interessados serão realizados dois grupos focais. Os relatos obtidos serão registrados por meio de gravadores de áudio e serão analisados segundo a análise de conteúdo de Bardin.

Para tanto, este projeto de pesquisa será submetido a análise do Comitê de Ética em Pesquisa da FCMS-PUC-SP, e os dados só serão obtidos após parecer consubstanciado favorável.

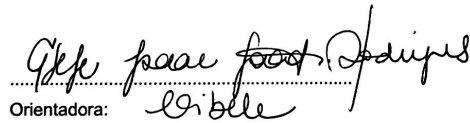
Segue em anexo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

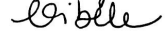
Estou à disposição para quaisquer esclarecimentos adicionais.

Atenciosamente,



Dr. Paulo Roberto Oliveira Henrique Santana
Mestrando do Programa de Educação nas Profissões de Saúde
FCMS da PUC-SP



Orientadora: 
Profa. Dra. Cibele Isaac Saad Rodrigues
Profa. Titular – Departamento de Medicina – Áreas de Nefrologia/Bioética
FCMS da PUC-SP





ANEXO B - PARECER DO COMITÊ DE ETICA E PESQUISA ADICIONAR AS OUTRAS PAGINAS

FACULDADE DE CIÊNCIAS
MÉDICAS E DA SAÚDE DA
PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERCEPÇÕES DE MÉDICOS RESIDENTES EM CLÍNICA MÉDICA EM RELAÇÃO AO ATENDIMENTO DE PACIENTES PSIQUIÁTRICOS

Pesquisador: Paulo Roberto Oliveira Henrique Santana

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 01561518.7.0000.5373

Instituição Proponente: Fundação São Paulo - Campus Sorocaba da PUC-SP Fac Ciências Med e da

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.018.877

Apresentação do Projeto:

O projeto é um mestrado do curso de Medicina da PUC/SP.

O autor o resume como:

É conhecido que o médico clínico apresenta dificuldades no atendimento de pacientes psiquiátricos e, por vezes, possuem sentimentos

negativos e estigmas sociais frente a esses pacientes. **Objetivo:** Avaliar a formação em saúde mental na graduação de medicina oferecida a médicos

residentes do Programa de Clínica Médica da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde (FCMS) da PUC-SP e analisar os sentimentos,

percepções e estigmas destes médicos frente à assistência a estes pacientes. **Material e Métodos:** Serão convidados todos os médicos residentes

do Programa de Clínica Médica da FCMS da PUC-SP. Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa e quantitativa, de natureza descritiva e transversal. Serão aplicados instrumentos quantitativos como o questionário estruturado para caracterização dos participantes, o questionário validado de atribuição (AQ-26B) e também dados qualitativos obtidos por meio da técnica de grupo focal e análise de conteúdo de Bardin, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisada FCMS da PUC-SP. **Resultados Esperados:** Compreender quais fenômenos estão envolvidos nas percepções e atitudes no atendimento dos pacientes psiquiátricos por médicos residentes de clínica médica e proporcionar estratégias de intervenção para a melhoria da

Endereço: Rua Joubert Wey, 290

Bairro: Vergueiro

CEP: 18.030-070

UF: SP

Município: SOROCABA

Telefone: (15)3212-9896

Fax: (15)3212-9896

E-mail: cepfcms@pucsp.br

FACULDADE DE CIÊNCIAS
MÉDICAS E DA SAÚDE DA
PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE



Continuação do Parecer: 3.018.877

formação do médico clínico para a atuação junto aos pacientes psiquiátricos.

A hipótese básica do pesquisador é que

A hipótese deste projeto é que, a partir dos resultados obtidos, será possível identificar lacunas no ensino de saúde mental e psiquiatria neste grupo

de participantes do Programa de Clínica Médica, que se percebam com baixa auto eficácia no atendimento de indivíduos com doença mental, e

demonstrem atitudes negativas e estigmas frente ao paciente portador de transtornos mentais.

O desfecho primário esperado é compreender quais fenômenos estão envolvidos nas percepções e atitudes no atendimento desses pacientes por médicos residentes de

clínica médica e proporcionar estratégias de intervenção educativa para melhoria desta atuação.

Objetivo da Pesquisa:

Os objetivos da pesquisa são:

Avaliar a formação psiquiátrica na graduação de medicina oferecida a médicos residentes de Clínica Médica.

Analisar os sentimentos, percepções e estigmas destes médicos frente à assistência a estes pacientes.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Sobre esses tópicos o autor afirma que;

Riscos:

Invasão da privacidade dos participantes. Exposição a questões sensíveis como revitimização de situações vividas. Perda do controle dos participantes, discriminação e estigmização a partir do conteúdo revelado. Baixa adesão ao grupo focal.

Benefícios:

Proporcionar aos participantes avaliar as fragilidades e potencialidades no contato com o portador de doença mental. Contribuir para a reflexão, criticidade e auto avaliação sobre os sentimentos gerados no processo de atendimento ao paciente psiquiátrico.

Compreensão dos mecanismos envolvidos na geração do estigma frente a estes pacientes.

Observa-se que os riscos valem a pena diante dos benefícios para os participantes, bem como

Endereço: Rua Joubert Wey, 290
Bairro: Vergueiro **CEP:** 18.030-070
UF: SP **Município:** SOROCABA
Telefone: (15)3212-9896 **Fax:** (15)3212-9896 **E-mail:** cepfcms@pucsp.br

FACULDADE DE CIÊNCIAS
MÉDICAS E DA SAÚDE DA
PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE



Continuação do Parecer: 3.018.877

para os doentes.

Sugiro que, caso os riscos sejam vivenciados pelos participantes o pesquisador pudesse oferecer algum tipo de acolhimento.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa está bem apresentada e é muito interessante. É necessário que os médicos clínicos tenham condições de avaliação e encaminhamento diante dos pacientes psiquiátricos para melhor qualidade de atendimento desses doentes.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

os termos analisados foram:

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de

Ausência

TCLE.pdf

Folha de Rosto Folha_de_Rosto.pdf

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de

Ausência

Apendice_Av2.docx

Outros Currículo_orientadora.pdf

Outros termo_confidencialidade.pdf

Folha de Rosto Folha_de_Rosto.pdf

Outros autorizacao_pucsp.pdf

Projeto Detalhado / Brochura Investigador Projeto_DetalhadoPDF.pdf

Outros termo_confidencialidade.pdf

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de

Ausência

TCLE.pdf

Outros curriculo.pdf

Outros carta_de_apresentacao.pdf

Outros carta_de_apresentacao.pdf

Projeto Detalhado / Brochura Investigador Projeto_Detalhado.docx

Outros curriculo.pdf

Informações Básicas do Projeto PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1224512.pdf

Outros autorizacao_pucsp.pdf

Endereço: Rua Joubert Wey, 290

Bairro: Vergueiro

CEP: 18.030-070

UF: SP

Município: SOROCABA

Telefone: (15)3212-9896

Fax: (15)3212-9896

E-mail: cepfcms@pucsp.br

**FACULDADE DE CIÊNCIAS
MÉDICAS E DA SAÚDE DA
PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE**



Continuação do Parecer: 3.018.877

Projeto Detalhado / Brochura Investigador Projeto_DetalhadoPDF.pdf
 Outros Curruculo_orientadora.pdf

Todos estão em acordo com os critérios desse comitê

Recomendações:

No termo de confidencia apareça um número de sujeitos diferente do que o restante do projeto. Entendi que foi um erro de distração.

Foi considerado o documento Apêndice 2 como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Observar o que já foi escrito acima.

Considerações Finais a critério do CEP:

Acatar

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---|---|------------------------|---|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1224512.pdf | 16/10/2018 17:19:58 | | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | Apêndice_Av2.docx | 16/10/2018 17:19:41 | Paulo Roberto Oliveira Henrique Santana | Aceito |
| Folha de Rosto | Folha_de_Rosto.pdf | 06/10/2018 15:29:40 | Paulo Roberto Oliveira Henrique Santana | Aceito |
| Outros | Curruculo_orientadora.pdf | 06/10/2018 15:29:21 | Paulo Roberto Oliveira Henrique Santana | Aceito |
| Outros | curriculo.pdf | 06/10/2018 15:28:24 | Paulo Roberto Oliveira Henrique Santana | Aceito |
| Outros | termo_confidencialidade.pdf | 06/10/2018 15:27:44 | Paulo Roberto Oliveira Henrique Santana | Aceito |
| Outros | carta_de_apresentacao.pdf | 06/10/2018 15:27:08 | Paulo Roberto Oliveira Henrique Santana | Aceito |
| Outros | autorizacao_pucsp.pdf | 06/10/2018 | Paulo Roberto | Aceito |

Endereço: Rua Joubert Wey, 290
Bairro: Vergueiro **CEP:** 18.030-070
UF: SP **Município:** SOROCABA
Telefone: (15)3212-9896 **Fax:** (15)3212-9896 **E-mail:** cepfms@pucsp.br

FACULDADE DE CIÊNCIAS
MÉDICAS E DA SAÚDE DA
PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE



Continuação do Parecer: 3.018.877

| | | | | |
|---|--------------------------|------------------------|--|--------|
| Outros | autorizacao_pucsp.pdf | 15:26:23 | Oliveira Henrique Santana | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | Projeto_DetalhadoPDF.pdf | 06/10/2018 15:24:58 | Paulo Roberto Oliveira Henrique Santana | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SOROCABA, 13 de Novembro de 2018

Assinado por:
José Augusto Costa
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Joubert Wey, 290
Bairro: Vergueiro **CEP:** 18.030-070
UF: SP **Município:** SOROCABA
Telefone: (15)3212-9896 **Fax:** (15)3212-9896 **E-mail:** cepfms@pucsp.br

ANEXO C - QUESTIONÁRIO DE ATRIBUIÇÃO (AQ-26B)

O Questionário de Atribuição (AQ) é constituído por 8 fatores, pontuado pela soma dos itens como definido abaixo:

F1 - MEDO = Q1, Q2, Q3, Q12, Q17, Q18, Q23 (Pessoas com transtornos mentais provocam medo nas pessoas porque são imprevisíveis e violentas)

F2 - DESAMPARO = Q8(INV), Q19(INV), Q20(INV), Q26(INV) (Pessoas com transtornos mentais não merecem ajuda)

F3 - SEGREGAÇÃO = Q6, Q14, Q16, Q24 (Pessoas com transtornos mentais devem ser encaminhadas para instituições fora da comunidade)

F4 - AFASTAMENTO = Q7(INV), Q15(INV), Q25(INV) (não desejo conviver com pessoas com transtornos mentais)

F5 - PENA = Q9, Q21 (Pessoas com transtornos mentais são tomadas pela sua doença, merecendo preocupação e pena)

F6 - INTOLERÂNCIA = Q4, Q11 (Pessoas com transtornos mentais são culpadas por terem a doença e provocarem raiva em outras pessoas)

F7 - RESPONSABILIZAÇÃO = Q10, Q22 (Pessoas com transtornos mentais podem controlar seus sintomas e são responsáveis pela sua doença)

F8 - COERÇÃO = Q5, Q13 (Pessoas com transtornos mentais devem se submeter ao tratamento)

Quanto maior o escore do fator (pontuação de 1 a 9) mais ele está representado no sujeito e maior é o estigma.

OBS: *INV* → Questões que deverão ser invertidas, ou seja, ($Q8INV = 10 - Q8$, por exemplo)

QUESTIONÁRIO DE ATRIBUIÇÃO - AQ - 26B

POR FAVOR, LEIA A SEGUINTE INFORMAÇÃO SOBRE JOSÉ:

José é um homem de 30 anos de idade, solteiro e com esquizofrenia. Ele vive num apartamento e trabalha como auxiliar administrativo num escritório de advocacia. Há períodos em que ouve vozes e fica perturbado. Da última vez que esteve em crise, acreditou que seus vizinhos estavam planejando atacá-lo. Os seus sintomas são habitualmente controlados com a medicação apropriada.

AGORA RESPONDA A CADA UMA DAS QUESTÕES QUE SE SEGUEM SOBRE JOSÉ. MARQUE COM UM X O NÚMERO QUE MELHOR CORRESPONDE À SUA RESPOSTA. SUAS OPÇÕES DEVERÃO EXPRESSAR A SUA OPINIÃO PESSOAL SOBRE O ASSUNTO ABORDADO, NÃO HAVENDO PORTANTO, RESPOSTAS CERTAS OU ERRADAS.

1. Eu me sentiria incomodado por José.

Nada

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

 Muito

2. Eu me sentiria inseguro perto de José.

Não,nada

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

 Sim, muito

3. O José iria assustar-me.

Nada

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

 Muito

4. Até que ponto ficaria zangado com José?

Nada

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

 Muito

5. Se eu fosse responsável pelo tratamento de José, pediria para ele tomar a medicação.

Nada

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

 Muito

6. Penso que José coloca a sua vizinhança em risco se não for internado.

Nada

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

 Muito

7. Se eu fosse um empregador, entrevistaria José para um emprego.

Nada provável

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

 Muito provável

8. Eu estaria disposto a conversar com José sobre seus problemas.

Nada

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

 Muito

9. Eu sentiria pena de José.

Nenhuma

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

 Muita

10. Eu pensaria que José é o culpado da sua situação atual.

Não concordo nada

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

 Concordo muito

11. Até que ponto se sentiria irritado com José?

Nada

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

 Muito

12. Até que ponto sentiria que José é perigoso?

Nada

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

 Muito

13. Até que ponto você concorda que José deveria ser forçado a tratar – se com seu médico, mesmo que ele não quisesse?

Nada

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

 Muito

14. Eu penso que seria melhor para a comunidade onde José está inserido se ele fosse colocado num hospital psiquiátrico.

Nada

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

 Muito

15. Eu pegaria uma carona de carro com José, todos os dias.

Nada provável

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

 Muito provável

16. Até que ponto você acha que um hospício, onde José pudesse estar afastado da sua vizinhança, seria o melhor local para ele?

Nada

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

 Muito

17. Eu me sentiria ameaçado por José.

Não, nada

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

 Sim, muito

18. Até que ponto sentiria medo de José?

Nada

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

 Muito

19. Até que ponto estaria disposto a ajudar José?

Definitivamente não o ajudaria

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

 Definitivamente iria ajudá-lo

20. Até que ponto você tem certeza de que iria ajudar José?

Nada

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

 Muito

21. Até que ponto sentiria pena de José?

Nada

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

 Muito

22. Até que ponto acha que José é responsável pela sua situação atual?

Nada responsável

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

 Muito responsável

23. Até que ponto você se sentiria assustado por José?

Nada

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

 Muito

24. Se eu fosse responsável pelo tratamento de José, iria forçá-lo a viver numa moradia protegida para pessoas com transtornos mentais.

Nada

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

 Muito

25. Se eu fosse o proprietário, provavelmente alugaria um apartamento para José.

Nada provável

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

 Muito provável

26. Até que ponto me preocuparia com José?

Nada

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

 Muito

Fonte:

Pereira, AA; Delbone de Faria, RM; Elói Santos, SM (2016). Questionário de Atribuição - AQ-26B, culturalmente adaptado para o Brasil a partir da versão de Portugal realizada por Sousa et al. (2008), traduzida do original AQ-27 de Corrigan et al (2003). Pós Graduação em Patologia do Curso de Medicina - UFMG - Linha de Pesquisa de Ensino em Saúde, Belo Horizonte, Brasil.

Contato: alex68@uol.com.br