

Prática de Rastreamento no Cenário do Programa Saúde da Família em Sorocaba (SP)

Screening Practice in the Scenery of the Family Health Program in Sorocaba (SP)

Reinaldo José Gianini¹
Thiago Caldi de Carvalho¹
Rosana Maria Paiva dos Anjos¹
Pedro Luiz Silva Pinto¹
Maria Eliza Maluf¹
Leni Boghosian Lanza¹
Ana Laura Schlieman¹
Fátima Cristina Minari¹

PALAVRAS-CHAVE:

- Educação Médica;
- Transtornos Mentais;
- Programas de Rastreamento;
- Programa Saúde da Família;
- Prevenção Primária;
- Atenção Primária à Saúde.

KEY-WORDS:

- Education, Medical;
- Mental Disorders;
- Mass Screening;
- Family Practice;
- Primary Prevention;
- Primary Health Care.

Recebido em: 04/10/2006

Reencaminhado em: 25/05/2007

Aprovado em: 12/06/2007

RESUMO

A problematização, quando realizada na comunidade, potencializa a interação com a realidade. Um tema que pode ser destacado na prática da atenção primária é o diagnóstico precoce. O objetivo do presente trabalho é relatar uma experiência de problematização com o segundo ano de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba. Foi realizado um estudo transversal no período de agosto a setembro de 2004 nos bairros onde está implantado o Programa Saúde da Família (PSF). Utilizou-se o Self Report Questionnaire-20 (SRQ-20) como instrumento de rastreamento dos Transtornos Mentais Comuns (TMC). Também foram obtidas informações sociodemográficas e de co-morbidade. Os resultados foram apresentados à Prefeitura para a definição da intervenção. Realizadas as entrevistas com 184 indivíduos, a prevalência de TMC foi de 35,3%, havendo diferença significativa na prevalência segundo idade, co-morbidade, renda per capita, bairro e escolaridade. A estratégia de intervenção proposta dividiu-se em individual e coletiva, consistindo na referência dos possíveis portadores de TMC para consulta, terapia comunitária e trabalho em promoção à saúde. O trabalho realizado se mostrou uma eficaz metodologia de ensino. Os alunos entraram em contato com uma realidade social díspar da sua, que os conduziu a reflexões úteis na sua formação humana e acadêmica.

ABSTRACT

Problematization when developed inside the community scenery enhances the interaction with reality. A subject worth being emphasized in the practice of primary care is screening. This study describes a problematization experience carried out with 2nd year students from the Sorocaba University Medical School. A cross-sectional study was conducted from August to September 2004 in neighborhoods where the Family Health Program was implemented. The SRQ-20 was employed for screening Common Mental Disorders and social, demographic and comorbidity data were collected. The results were presented to the municipal authorities in order to define intervention. One hundred and eighty four individuals were interviewed. The prevalence verified was of 35.3%, with significant differences according to age, comorbidity, per capita income, neighborhood and educational level. The intervention strategy proposed was divided into individual and collective actions, including referral of potential carriers to medical care, community

therapy and health promotion. This teaching methodology proved efficient. The students' contact with a social reality different from their own motivated them to reflections, which are useful for their human and academic education.

INTRODUÇÃO

Intenso tem sido o debate sobre a necessidade de mudanças no ensino médico tradicional, e várias escolas médicas têm implementado reformas curriculares para atender as novas diretrizes¹. Parte delas – em que se inclui a Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba – conta com o apoio financeiro do Governo Federal².

As justificativas para as mudanças curriculares vão desde críticas ao processo de ensino-aprendizagem do método tradicional até a capacidade deste para formar adequadamente o profissional médico, tendo em vista um perfil generalista e consoante com a realidade social e epidemiológica³⁻⁵.

No bojo destas mudanças se encontram novas estratégias, entre elas a problematização, o ensino baseado em problemas e a prática comunitária. Segundo a literatura, a problematização inclui quatro momentos: observação da realidade; discussão e teorização; definição da intervenção; aplicação e avaliação dos resultados⁶.

Quando realizada no cenário da comunidade, a problematização potencializa a interação com a realidade social, além de contribuir para a evolução desta. Assim, entre as estratégias de adequação dos currículos está a inclusão e a maior ênfase nos cenários de atenção primária, sendo este nível de atenção à saúde fundamental, pois trata, por excelência, das ações de promoção da saúde, proteção específica, diagnóstico precoce e tratamento imediato⁷. A prática, nos diferentes níveis de atenção à saúde e prevenção, permite o aprendizado cognitivo, atitudinal e de habilidades necessárias ao desenvolvimento de competências desejáveis no profissional médico⁸.

Um tema que pode ser destacado na prática da atenção primária é o diagnóstico precoce, sendo o exercício do rastreamento um fator de aperfeiçoamento das ações de saúde e prevenção⁹. No entanto, para se aplicar determinado rastreamento, devem-se respeitar os seguintes princípios: o problema de saúde deve ter ocorrência e gravidade relevantes na população, suas formas pré-clínicas devem ser detectáveis e prevalentes, sua detecção precoce evita conseqüências mais sérias, seu modo de aplicação deve ter boa aceitabilidade, baixo custo e boa acurácia, e o problema, uma vez detectado, deve ser passível de tratamento¹⁰. Em nosso meio, dentre as várias possibilidades, encontra-se o rastreamento dos Trans-

tornos Mentais Comuns, cujas características satisfazem estes princípios.

O termo Transtorno Mental Comum (TMC) refere-se a indivíduos que não preenchem os critérios formais para diagnósticos de depressão e/ou ansiedade^{11,12}, mas que apresentam sintomas proeminentes que podem ser piores do que quadros crônicos já bem estabelecidos. São definidos como “transtornos que são comumente encontrados na comunidade e cuja ocorrência provoca uma ruptura no funcionamento normal do indivíduo”¹³.

As doenças mentais têm alta prevalência, e há evidências de tendência ao aumento progressivo dos problemas psiquiátricos, principalmente nos países em desenvolvimento¹⁴. Os sintomas ansiosos, depressivos e somatoformes são problemas importantes na população adulta^{13,14}. Cerca de 90% das manifestações psiquiátricas compõem-se de distúrbios não psicóticos, principalmente depressão e ansiedade, incluindo sintomas como insônia, fadiga, irritabilidade, dificuldade de memória e de concentração, e queixas somáticas¹³.

Este quadro se tornou mais bem conhecido quando as pesquisas epidemiológicas passaram a compreender ambientes mais amplos e se estenderam para estudos de base populacional¹³. Estudos realizados com a clientela de serviços primários de saúde observaram prevalência entre 22,7%¹⁵ e 50%¹³. Em Recife, um estudo populacional encontrou uma prevalência total de transtornos mentais comuns de 35%¹⁶.

Infelizmente apenas um pequeno percentual desses problemas é diagnosticado e tratado¹⁷. Quando é subdiagnosticado e não recebe o tratamento adequado, torna-se doença incapacitante, constituindo causa importante de dias perdidos de trabalho^{16,17}, com alto custo social e econômico. Estudos apontam a dificuldade dos médicos, em especial dos generalistas, de diagnosticar e tratar os TMC^{18,19}. Vários autores defendem a necessidade de educação continuada para médicos sobre o tema²⁰. Apesar de os resultados obtidos por palestras serem descritos como eficazes²¹, outros autores utilizam e defendem o ensino baseado em problemas, associado à abordagem multidisciplinar para TMC²².

Para o ensino médico, o tema pode ser considerado estratégico porque trata de problema multidimensional que conduz obrigatoriamente à integração de diferentes áreas do conhecimento (biológico, psicológico e social) e das práticas em saúde. As possibilidades de intervenção são diversas e incluem a terapia comunitária²³.

O objetivo do presente trabalho é relatar uma experiência de ensino-aprendizagem que utilizou a problematização para desenvolver competências em atenção primária (prevenção secundária – diagnóstico precoce), realizada com os alunos do

segundo ano de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba em 2004. Esta atividade foi pactuada com a Secretaria Municipal de Saúde e desenvolvida em áreas atendidas pelo Programa Saúde da Família por existir nestes locais um vínculo mais forte entre o serviço e a comunidade, com um conhecimento mais aprofundado do território de atuação e maior probabilidade de assimilação de propostas inovadoras.

METODOLOGIA

No planejamento realizado em janeiro de 2004, os docentes da segunda série do curso de Medicina listaram várias possibilidades de trabalho integrado entre as disciplinas que incluíssem metodologias de ensino-aprendizagem ativas. Dentre elas constava a proposta de atividade junto à comunidade, nas áreas do Programa Saúde da Família (PSF). Em reuniões posteriores para detalhar o planejamento destas ações, que progressivamente incluíram representantes dos alunos da segunda série do curso de Medicina e profissionais de saúde da rede municipal, foi aceita e aperfeiçoada a proposta inicial, segundo a qual este trabalho comunitário seria uma problematização cuja observação da realidade seria orientada por uma tarefa de rastreamento. O tema TMC foi escolhido sobretudo por integrar conhecimentos diversos.

O projeto de rastreamento foi elaborado como um estudo transversal cuja coleta de dados foi conduzida de agosto a setembro de 2004 nos bairros de Vitória Régia, Habitetto, Vila Sabiá e Aparecidinha. Este projeto foi aprovado pela Comissão de Ética em Pesqui-

sa do Centro de Ciências Médicas e Biológicas da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

A população analisada refere-se aos maiores de 15 anos residentes nestas áreas. O processo de amostragem deu-se por amostra aleatória simples com um N pretendido igual a 300 indivíduos e de modo a atender os seguintes parâmetros: alfa = 0,05, beta = 0,20, prevalência esperada 27%, precisão de 3%, perda de 10%.

A partir de uma listagem geral dos domicílios destas quatro áreas, constantes nos cadastros dos 46 Agentes Comunitários de Saúde, foram sorteados seis domicílios para serem visitados em cada microárea. Os alunos trabalharam em duplas, acompanhados dos ACS. Na visita ao domicílio, foram identificados os indivíduos maiores de 15 anos presentes no momento, e um deles foi sorteado para a aplicação do instrumento. Tanto o processo de amostragem quanto a coleta de dados foram realizados pelos 97 alunos do segundo ano do curso de Medicina, sob a supervisão direta dos docentes.

Utilizou-se como instrumento de pesquisa sobre saúde mental o *Self Report Questionnaire* (SRQ-20). Este questionário foi recomendado pela Organização Mundial de Saúde para estudos comunitários e em atenção primária à saúde. Este instrumento se compõe de questões de fácil resposta (tipo sim ou não), para detecção de possíveis portadores de distúrbios neuróticos. Foi validado para a população brasileira, tendo-se observado sensibilidade de 83% e especificidade de 80%, com ponto de corte de 5-6 para os homens e de 7-8 para as mulheres²⁴.

Self Report Questionnaire Instrumento de rastreamento de TMC – SRQ 20 Versão para a língua portuguesa

	SIM	NÃO
1. Tem dores de cabeça freqüentes?		
2. Tem falta de apetite?		
3. Dorme mal?		
4. Assusta -se com facilidade?		
5. Tem tremores nas mãos?		
6. Sente -se nervoso(a), tenso(a), ou preocupado(a)?		
7. Tem má digestão?		
8. Tem dificuldade de pensar com clareza?		
9. Tem se sentido triste ultimamente?		
10. Tem chorado mais do que o costume?		
11. Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?		
12. Tem dificuldade para tomar decisões?		
13. Tem dificuldades no serviço? (Seu trabalho é penoso, lhe causa sofrimento)		
14. É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?		
15. Tem perdido o interesse pelas coisas?		
16. Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?		
17. Tem tido idéias de acabar com a vida?		
18. Sente -se cansado(a) o tempo todo?		
19. Tem sensações desagradáveis no estômago?		
20. Você se cansa com facilidade?		

Além de informações sobre saúde mental, foram obtidas informações sobre: co-morbidade, idade, sexo, estado civil, escolaridade (série mais elevada que cursou, mesmo que não a tenha completado), procedência (natural do estado de São Paulo ou de outros estados) e renda *per capita* mensal (calculada como o total correspondente ao número de salários mínimos – considerando o valor destes na época da coleta de dados – ganhos por família, dividido pelo número de pessoas que moravam na casa avaliada).

Os dados, após codificação, foram digitados em um banco de dados com uso do programa Epi-Info 6.0²⁵. Foi realizada a análise descritiva da população estudada segundo as variáveis pesquisadas.

Uma revisão bibliográfica inicial sobre a determinação de TMC foi oferecida pelos docentes da Medicina Social como gatilho para a etapa de discussão e teorização. Posteriormente, partiu-se para examinar associações de variáveis explanatórias (variáveis sociodemográficas: área, sexo, idade, situação conjugal, procedência e condições socioeconômicas) com o risco de apresentar TMC, utilizando-se o teste do qui-quadrado. Foram estimadas as razões de prevalência, com o cálculo de intervalos de 95% de confiança. Adotou-se um nível de significância igual a 0,05 para julgar as associações. A análise foi conduzida pelos docentes, com a participação dos alunos e a colaboração dos profissionais de saúde da rede municipal.

Os resultados foram apresentados à Prefeitura (setores do PSF e Saúde Mental) e procedeu-se a uma série de reuniões com a participação de organizações não-governamentais, docentes de Psiquiatria e Psicologia, além das pessoas já envolvidas, para a definição de uma proposta de intervenção. As diretrizes para a intervenção resultaram em objetivos que foram pactuados com a Prefeitura, definindo-se como missão da intervenção: “Contribuir para o diagnóstico precoce de Transtornos Mentais e de fatores de risco associados e colaborar com as instituições responsáveis pela saúde destes cidadãos no que se refere à implementação de ações, individuais e coletivas, de Atenção Primária à Saúde Mental”.

Devido à natureza do problema, para o qual só se observam resultados a médio e longo prazos, resolveu-se que a avaliação se restringiria à análise da estrutura disponível para as ações e ao processo desenvolvido nos aspectos assistencial e pedagógico.

RESULTADOS

Em virtude de falhas no cadastro dos Agentes Comunitários de Saúde, os alunos foram bem-sucedidos na localização de apenas 190 dos 276 domicílios sorteados. Estas falhas ocorreram devido aos cadastros que incluíam registros sobre domicílios vagos ou inexistentes, principalmente por não atualização. Os alunos desempenharam bem a tarefa, tornando-se hábeis no

rastreamento de TMC, e tiveram bom relacionamento com as famílias e os profissionais de saúde.

Realizadas as entrevistas com 184 indivíduos (houve seis recusas), os próprios alunos digitaram os dados em planilha eletrônica, orientados por um analista de sistemas, no Laboratório de Informática do CCMB. Primeiramente, em oficina, analisaram os dados com a utilização do Epi-Info, orientados por professor de Epidemiologia. Na seqüência, os resultados apresentados na Tabela 1 foram debatidos com todos os participantes, como subsídio para a definição de estratégia de intervenção.

A tabela indica que a prevalência no total da amostra foi de 35,3%, incluindo-se os transtornos de ansiedade, depressão e somatoformes. Não houve diferença de prevalência segundo situação conjugal, procedência e sexo. Houve diferença significativa na prevalência segundo: idade ($p = 0,006$), maior prevalência nos maiores de 50 anos (51,1%); co-morbidade ($p = 0,001$), maior prevalência nos entrevistados que referiram outras doenças (46,2%); renda *per capita* ($p = 0,03$), menor prevalência nos que declararam renda de R\$ 300 ou mais (20,4%); área, maior razão de prevalência no Habiteo (1,88, IC 95% 1,06 – 3,35); e escolaridade, com prevalência menor a partir da categoria quinta série do ensino fundamental ($p < 0,01$). Destaque-se o fato de que os alunos demonstraram elevado grau de aprendizado na discussão e análise da prevalência e dos fatores associados a TMC.

A estratégia de intervenção proposta dividiu-se em individual e coletiva: no nível individual, consistiu na referência dos possíveis portadores de TMC para consulta com o clínico geral, que, após confirmação do transtorno, iniciou tratamento ou encaminhou à equipe de Saúde Mental. No nível coletivo, ao final de uma série de reuniões, duas propostas se concretizaram: terapia comunitária e trabalho em promoção da saúde. A proposta de terapia comunitária foi levada a efeito na área de Vila Sabiá, onde terapeutas comunitários, associados a uma das ONGs parceiras, passaram a desenvolver sessões com gestantes, hipertensos, diabéticos, terceira idade, obesos, grupos de caminhada, adolescentes e grupos de mães. A proposta de promoção da saúde passou a ser desenvolvida em todas as quatro áreas, em parceria com as escolas, além das ONGs, e incluiu iniciativas para geração de renda, alfabetização de adultos, desenvolvimento de atividades artísticas e culturais, debates sobre meio ambiente, urbanismo, vida comunitária e habitação, oficinas sobre nutrição, palestras sobre sexualidade, hábitos saudáveis, entre outras. Esta atividade de promoção da saúde continuou em 2005 e foi incorporada ao novo currículo do curso de Medicina em 2006, encontrando-se, portanto, em pleno desenvolvimento. Os alunos participaram de todo o processo, tendo contribuído, portanto, na definição de políticas de saúde.

TABELA 1
Resultados do levantamento sobre TMC realizado nas áreas
cobertas pelo PSF em Sorocaba, 2004

Variável	Categoria	Nº total	% total	TMC	%TMC	RP	IC 95%	p
Área	Aparecidinha	52	28,4	14	26,9	1,00		<0,05
	Habiteto	34	18,6	16	47,1	1,88	1,06 -3,35	
	Vitória Régia	68	37,2	25	36,8	1,41	0,81 -2,45	
	Vila Sabiá	29	15,8	10	34,5	1,38	0,70 -2,71	
Sexo	Masculino	40	21,7	16	40,0	1,18	0,76 -1,83	0,48
	Feminino	144	78,3	49	34,0	1,00		
Idade (anos)	15-34	74	40,4	17	23,0	1,00		0,006
	35-49	63	35,0	25	39,1	1,70	1,01 -2,85	
	50 ou +	45	24,6	23	51,1	2,22	1,34 -3,69	
Escolaridade	até 4ª série Ens. Fundamental	120	66,0	52	43,3	1,00		0,01
	5ª série Ens.Fund. ou +	59	33,0	13	22,0	0,51	0,30 -0,86	
Situação conjugal	Solteiro	29	15,8	11	37,9	1,00		0,68**
	Casado	105	57,1	36	34,3	0,90	0,53 -1,54	
	Separado	12	6,5	5	41,7	1,10	0,49 -2,48	
	Viúvo	14	7,6	7	50,0	1,32	0,65 -2,66	
	União informal	17	9,2	5	29,4	0,78	0,32 -1,85	
	Divorciado	7	3,8	1	14,3	0,38	0,06 -2,45	
Procedência	Sorocaba	48	26,7	12	25,0	1,00		0,11
	Outra	132	73,3	50	37,9	1,52	0,89 -2,59	
Co-morbidade	Não	90	49,7	21	23,3	1,00		0,001
	Sim	91	50,3	42	46,2	1,98	1,28 -3,06	
Renda <i>per capita</i> familiar mensal (R\$)*	< 100	37	21,9	16	43,2	1,00		0,03
	100 -199	47	27,8	14	29,8	0,69	0,39 -1,22	
	200 -299	36	21,3	17	47,2	1,09	0,66 -1,81	
	300 ou +	49	29,0	10	20,4	0,47	0,24 -0,92	
Total da amostra		184	100,0	65	35,3		28,4 -42,7	

* Divisão que melhor se aproxima dos quartis.

** Teste Exato de Fisher (nos outros foi utilizado o Teste do Qui-Quadrado).

missing: área = 1; escolaridade = 5; procedência = 4; co-morbidade = 3; renda = 15

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

Embora o tamanho amostrado tenha ficado aquém do desejado, os resultados do rastreamento foram bastante satisfatórios. A prevalência na amostra está dentro do esperado, que seria de 35%¹⁶. No entanto, o fato de as entrevistas domiciliares terem sido realizadas pela manhã, em dia útil, pode ter resultado em viés de seleção, principalmente no que diz respeito ao sexo. Isso porque neste período, principalmente em comunidades de baixa renda, espera-se que haja

mais mulheres que homens presentes na comunidade. Em geral, essas mulheres, por não terem formação profissional específica, encarregam-se da organização e manutenção dos lares, estando ali presentes. Já os homens, em sua maioria, estarão trabalhando ou procurando emprego. Dessa forma, a amostra masculina foi significativamente menor que a feminina. Além disso, a amostra masculina também perde representatividade porque se pode supor que os homens que se encontravam em seus domicílios, nesse dia, no horário cita-

do: estavam desempregados (o que, por si só, pode ser fator de desequilíbrio emocional); ou eram idosos, que, em função de suas limitações físicas e/ou mentais, encontram-se à margem do processo produtivo; ou, embora em idade produtiva, em função de morbidades outras, não tinham condições físicas e/ou mentais para desempenharem qualquer função remunerada; ou, sendo alcoolistas (o que pode ser muito comum em tais comunidades), apresentavam déficits mentais e físicos que também os incapacitavam. Assim, podemos imaginar que a amostra masculina, além de menor, era composta por homens que não se encontravam em condições normais de vida, saúde e produtividade. O fato de não termos encontrado diferença significativa de prevalência entre os sexos pode ter derivado justamente de os homens naquelas condições estarem mais propensos aos TMC. Isto explicaria a não confirmação, pelo nosso trabalho, do que se encontra na literatura, ou seja, prevalência significativamente maior de TMC na população feminina^{13,15}.

Porém, este viés de seleção relativo ao sexo aparentemente não produziu efeitos sobre as outras variáveis. Com relação à idade, os estudos apresentam diferentes resultados: descreve-se¹⁵ um aumento linear da prevalência de acordo com a idade; entretanto, outros estudos^{13,26} descrevem prevalência menor nos grupos de maior idade (maiores de 44 anos e maiores de 60 anos, respectivamente). Nossos resultados corroboram os estudos que encontraram tendência linear, ou seja, maior prevalência quanto maior a idade¹⁵.

Quanto às condições socioeconômicas, escolaridade e renda, se aceita que existe uma relação inversamente proporcional entre estas variáveis e a prevalência de TMC. Em nossa amostra, observa-se queda relevante da prevalência de TMC a partir da quinta série do Ensino Fundamental, e também se confirma menor prevalência na categoria de maior renda. Encontramos ampla literatura que associa baixa escolaridade com menor poder de decisão do indivíduo, relativa incapacidade de influenciar o meio e dano à saúde psicológica; e baixa renda *per capita* com diminuição de poder, incapacidade social e maior susceptibilidade a doenças mentais. Assim, a determinação social seria uma explicação para esses resultados: determinados acontecimentos na vida dos indivíduos, denominados eventos de vida produtores de estresse, atuam como estressores não específicos ao provocarem alterações no sistema endócrino, aumentando o risco de desenvolvimento de doenças, dentre as quais os distúrbios mentais. O evento vital produtor de estresse "ter passado por dificuldades financeiras graves" é descrito como o mais fortemente associado a TMC^{27,28}.

Quanto à diferença entre áreas, o fato de o Habiteto apresentar prevalência maior pode estar associado às piores condi-

ções socioeconômicas da área, dado que se trata de um assentamento recente de famílias anteriormente sem teto.

Ressalte-se que, na atenção primária e na prática médica não psiquiátrica deste tipo de transtorno, a co-morbidade (presença de mais de um distúrbio num mesmo indivíduo, em determinado período de tempo) leva a um pior prognóstico de ambas, tanto por piora do quadro clínico principal, como por aderência inadequada aos tratamentos propostos¹⁷. Nossos resultados mostram maior prevalência naqueles com co-morbidade.

Em relação à situação conjugal, os estudos têm descrito menor prevalência em indivíduos solteiros, quando comparados aos casados. Mas esta associação é fraca e não se mantém significativa quando os dados são ajustados para categorias de escolaridade no estudo de Coutinho¹³. Quanto à procedência, alguns autores observaram, em motoristas e cobradores de ônibus residentes no município de São Paulo, que os migrantes da Região Nordeste apresentavam prevalência maior se comparados aos de outras regiões²⁹. Entretanto, infelizmente, nossos resultados podem ser considerados não conclusivos no que se refere à situação conjugal e procedência.

O trabalho de campo realizado se mostrou uma ferramenta estimuladora para o conhecimento clínico e epidemiológico de TMC, tornando-se, assim, uma eficaz metodologia de ensino. Os alunos entraram em contato com uma realidade social díspar da sua, que os conduziu a reflexões úteis em sua formação humana e acadêmica, já que a boa relação médico-paciente é decisiva nesta população tão oprimida.

Mostrou-se claramente um despertar dos alunos em relação ao profundo conhecimento dos TMC e de sua importância na saúde pública de nosso país, tornando-os aptos a identificar estes pacientes e, no futuro, a encaminhá-los com exatidão ao melhor tratamento. Este último ponto destacado é de suma importância, pois sabemos como existem falhas na estrutura de referência e contra-referência no Sistema Único de Saúde (SUS), que, por sua ineficiência, onera os cofres públicos e superlota serviços de grande complexidade.

Este estudo colaborou com a Secretaria Municipal de Saúde de Sorocaba para o diagnóstico precoce dos TMC, fornecendo subsídios para a implementação de políticas de saúde nesta área. Está em fina sintonia com projetos federais como o Pró-Saúde, que visa a um grande inter-relacionamento entre a universidade e o setor público (SUS) a fim de aprimorar, implementar e até mesmo criar políticas de saúde para que haja um eficaz atendimento desta numerosa população. O cerne do trabalho residiu, portanto, no inter-relacionamento entre a tríade "aluno, comunidade e PSF" e deu abertura para uma série de futuras iniciativas, úteis tanto para o ensino quanto para a melhoria da atenção à saúde.

REFERÊNCIAS

1. Gianini RJ. Superação de dificuldades no ensino da prática médica em atenção primária à saúde. *Rev Bras Educ Med.* 28(3):272-6.
2. Brasil. Ministério da Saúde; Ministério da Educação. Pró-saúde: Programa Nacional de Reorientação. [online]. 2005. [capturado 17 ago. 2006]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=22978.
3. Los cambios en la profesión médica y su influencia sobre la educación médica: documento de posición de América Latina ante la Conferencia Mundial de Educación Médica, Edimburgo, Escocia, agosto 1993. *Educ Med Salud.* 1994; 28(1):125-38.
4. Comissão Inter-Institucional de Avaliação do Ensino Médico. 2ª Oficina de acompanhamento do Projeto CINAEM: relatório final. Natal, RN; 1995. [mimeo].
5. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº4 de 7 de novembro de 2001. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina. Brasília, DF: MEC; 2001.
6. Cyrino EG, Toralles-Pereira ML. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. *Cad Saude Publica.* 2004; 20(3):780-8.
7. Tamblyn R, Abrafamowicz M, Dauphinee D, Girard N, Bartlett G, Grand'Maison P, et al. Effect of a community oriented problem based learning curriculum on quality of primary care delivered by graduates: historical cohort comparison study. *BMJ.* 2005; 331(7253):1002.
8. Nieman LZ, Foxhall LE, Groff J, Cheng L. Applying practical preventive skills in a preclinical preceptorship. *Acad Med.* 2001; 76(5):478-83.
9. Margolis PA, Lannon CM, Stuart JM, Fried BJ, Keyes-Elstein L, Moore Junior DE. Practice based education to improve delivery systems for prevention in primary care: randomised trial. *BMJ.* 2004; 328(7436): 388.
10. Fletcher RH, Fletcher SW, Wagner EH. *Epidemiologia clínica: elementos essenciais.* 3 ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996.
11. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders.* 4th ed. Washington: American Psychiatric Association; 1994.
12. Organização Mundial da Saúde. *Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde: CID-10.* 10 ed. São Paulo: EDUSP; 1993.
13. Coutinho ESF, Almeida Filho N, Mari JJ. Fatores de risco para morbidade psiquiátrica menor: resultados de um estudo transversal em três áreas urbanas no Brasil. *Rev Psiq Clin.* [online]. 1999. [capturado 25 jun. 2002]. 26(5). Disponível em: <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista>.
14. Menezes PR. Princípios de epidemiologia psiquiátrica. In: Almeida OP, Dratcu L, Laranjeira R. *Manual de Psiquiatria.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1996. p.43 - 55.
15. Lima MS, Soares BGO, Mari JJ. Saúde e doença mental em Pelotas, RS: dados de um estudo populacional. *Rev Psiq Clin.* [online]. 1999. [capturado 25 jun. 2002]. 26(5). Disponível em: <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista>.
16. Ludermir AB, Melo Filho DA. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. *Rev Saude Publica.* 2002; 36(2): 213-21.
17. Brito MES. Transtornos mentais comuns em pacientes com AIDS que fazem uso de anti-retrovirais no Estado de São Paulo, Brasil. São Paulo; 2002. Mestrado [Dissertação] - Universidade de São Paulo.
18. Cooper JE. Detection and management of psychiatric disorders in primary care. *Br J Psychiatry.* 2003; 182(1):1-2.
19. Ballester DA, Filippon AP, Braga C, Andreoli SB. O médico generalista e os problemas de saúde mental: desafios e estratégias para a educação médica. *Sao Paulo Med J.* 2005; 123(2): 72-6.
20. Soykan A, Bedriye O. Wich GP deals better with depressed patients in primary care in Kastamonu, Turkey: the impacts of 'interest in psychiatry' and 'continuous medical education'. *Fam Pract.* 2003; 20(5): 558-62.
21. Perkonigg A, Wittchen HU, Winkler S. The "Patient Anxiety Seminar" as a graduate education program - effectiveness and use in general practice. *Z Arztl Fortbild (Jena).* 1995; 89(4): 370-7.
22. Heikkinen A, Puura K, Niskanen T, Mattila K. Improving GPs' skills and competencies in child psychiatry. *Nord J Psychiatry.* 2005; 59(2): 114-20.
23. García-Campayoa J, Claraco Vegab LM, Tazónc P, Aseguinolazad L. Problem-solving therapy: psychotherapy of choice for primary care. *Aten Primaria.* 1999; 24: 594-601.
24. Mari JJ, Willians P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. *British Journal Psych.* 1986; 148(1):23-6.
25. Organização Mundial da Saúde; Center for Disease Control and Prevention. *Epi-info [software].* Versão 6.04d; 1997.
26. Andrade LHSG, Lólio CA, Gentil V, Laurenti R. Epidemiologia dos transtornos mentais em uma área definida de captação da cidade de São Paulo, Brasil. *Rev Psiq*

- Clin. [online]. 1999. [capturado 25 jun. 2002]. 26(5). Disponível em: <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista>.
27. Lopes CS, Faerstein E, Chor D. Eventos de vida produtores de estresse e transtornos mentais comuns: resultados do Estudo Pró-Saúde. *Cad Saude Publica*. 2003; 19(6):1713-20.
28. Maragno L, Goldbaum M, Gianini RJ, Novaes HDMD, César CLG. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2006; 22(8):1639-48.
29. Souza MFM, Silva GR. Risco de distúrbios psiquiátricos menores em área metropolitana na região sudeste do Brasil. *Rev Saude Publica*. 1998;32(1):50-8.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores informam possuir vínculo com a FCM-Sorocaba-PUCSP e que o projeto foi desenvolvido com recursos dessa instituição. Não foram declarados outros conflitos de interesse.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Reinaldo José Gianini
Centro de Ciências Médicas e Biológicas (CCMB)
Praça Dr. José Ermírio de Moraes, 290 – Jd. Vergueiro
18030-095 – Sorocaba – SP
Caixa Postal 1570
E-mail: rgianini@pucsp.br