

Implantación de un internado médico en Salud Mental en una institución de educación superior


Felipe Pinheiro de Figueiredo^(a)

<ffigueiredo82@gmail.com> 


Marcelo Picinin Bernuci^(b)

<marcelo.bernuci@unicesumar.edu.br> 


Raquel Gusmão de Oliveira^(c)

<raquel.oliveira@unicesumar.edu.br> 


Nilce Marzolla Ideriha^(d)

<nilce.ideriha@unicesumar.edu.br> 

Ely Mitie Massuda^(e)

<elymitie.m@gmail.com> 

Mirian Ueda Yamaguchi^(f)

<mirianueda@gmail.com> 

^(a,c,d) Departamento de Medicina, Centro Universitário de Maringá (Unicesumar). Avenida Guedner, 1610, Jardim Aclimação. Maringá, PR, Brasil. 87050-900.

^(b,e,f) Instituto Cesumar de Ciência, Tecnologia e Inovação (Iceti), Programa de Pós-Graduação de Promoção da Saúde, Unicesumar. Maringá, PR, Brasil.

La aprobación del Programa Más Médicos ha provocado una serie de ajustes a las Directrices Curriculares Brasileñas (DCB) como la inserción de un internado médico en Salud Mental integrado al servicio-comunidad. Frente a esta demanda, se alentó a las Instituciones de Educación Superior (IES) a innovar en sus metodologías de enseñanza-aprendizaje para garantizar una formación profesional generalista, humanista y crítica. Informamos en este artículo la experiencia de una IES privada en la implementación de un internado médico en salud mental en consonancia con la nueva DCB. Presentamos todas las etapas de la implantación del internado, relatando la participación de los estudiantes, supervisores, preceptores y gestores. Se muestra que un internado en salud mental vinculado a los diferentes niveles de atención a la salud promueve condiciones de aprendizaje capaces de favorecer la descentralización del cuidado y la aplicación del enfoque comunitario/familiar.

Palabras clave: Salud mental. Educación médica. Políticas públicas de salud.

Introducción

Con el aumento de la prevalencia y de la gravedad de los trastornos mentales en la población brasileña y mundial¹⁻³, el área de Salud Mental pasó a desempeñar un papel primordial en la formación del médico generalista, presentando nuevos desafíos a las Instituciones de Enseñanza Superior (IES). Además, la Ley 12.871, de 2013, que instituyó el Programa Más Médicos (PMM) enfocado en la atención básica, exigió la reestructuración de las Directrices Curriculares Nacionales de la Enseñanza Médica (DCNs), destacando el desmembramiento de la Salud Mental de la Clínica Médica, convirtiéndola en un área específica ajustada a los principios del programa⁴.

Ante ese escenario, las nuevas DCNs indican que el 70% de la carga horaria del internado incluirán, necesariamente, aspectos especiales de las áreas de Salud Mental, así como de Clínica Médica, Cirugía, Ginecología-Obstetricia, Pediatría y Salud Colectiva⁵. En ese sentido, la formación en Medicina incluye, como etapa integrante de la graduación, una pasantía curricular obligatoria de formación en servicio en régimen de internado, bajo supervisión, en servicios propios, convenidos o en régimen de alianzas establecidas por medio de Contrato Organizador de la Acción Pública Enseñanza-Salud (COAPES), con las Secretarías Municipales y Estaduales de Salud. Ese contrato asegura el acceso a todos los establecimientos de salud como escenario de prácticas para la formación en el ámbito de la graduación y de la residencia en salud y establece atribuciones de las partes relacionadas al funcionamiento de la integración servicio-comunidad⁶.

Las alteraciones curriculares destacan los contenidos fundamentales para la formación médica con enfoque en el proceso salud-enfermedad del ciudadano, de la familia y de la comunidad, orientados por la realidad epidemiológica del espacio de actuación de la IES, proporcionando la integralidad de las acciones del cuidar en salud y teniendo como transversalidad los factores determinantes del proceso de salud y enfermedad⁵. Sin embargo, las nuevas directrices no detallan el cómo implantar la Salud Mental en el nuevo currículum, dejando su definición a cargo de cada institución de enseñanza. Por lo general, esa responsabilidad se atribuye a los encargados de las disciplinas de Psiquiatría y de Psicología Médica.

Con la aprobación del Decreto Administrativo nº 3.088/2011⁷, que instituyó la Red de Atención Psicosocial (RAPS), la salud mental se integró en todos los niveles y puntos de atención en el SUS, lo que amplía considerablemente el escenario del proceso de enseñanza-aprendizaje y exige de las IES condiciones efectivas para que el alumno de medicina vivencie todas las situaciones. Además, como la RAPS se fundamenta en los principios de la autonomía, del respeto a los derechos humanos y del ejercicio de la ciudadanía, se espera que en la estructuración del currículum académico del curso de medicina haya priorización de estrategias de enseñanzas que posibiliten cuestiones relacionadas con la promoción de la equidad y del reconocimiento de los factores determinantes sociales de los procesos de salud-enfermedad-sufrimiento-cuidado, deshaciendo, por lo tanto, estigmas y prejuicios.

De esa forma, surgen algunos cuestionamientos: ¿Cómo articular los puntos de red de atención de salud mental para que los alumnos puedan tener acceso a todos ellos? ¿Cómo hacer que el aprendizaje de salud mental sea significativo y humanizado, buscando atender al perfil de médico generalista? Ante la emergencia de la readecuación de la enseñanza médica en el país en consonancia con las nuevas DCNs,

relatamos en este artículo la experiencia de implantación del internado de Salud Mental en una IES privada.

Metodología

Se trata de un relato de la experiencia de la implantación de un internado en salud mental, un componente curricular exigido en las DCNs de la enseñanza médica en una IES privada. Esa IES está situada en el Municipio de Maringá, en el Noroeste del Estado de Paraná. Ese municipio tiene planificación y urbanización recientes, siendo la tercera mayor del estado y la séptima de mayor población de la región sur de Brasil. Según el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), Maringá se configura como uno de los dos únicos municipios del estado clasificado entre los 50 con mejor índice de desarrollo humano municipal del país.

La Red de Salud Mental en Maringá cuenta con un servicio de Emergencia Psiquiátrica Pública con 26 camas psiquiátricas en hospital general en el Hospital Municipal para referencia de los municipios de Maringá y Mandaguaçu, un Centro de Atención Psicosocial para alcohol y otras drogas (CAPSad II), un Centro de Atención Psicosocial (CAPS II Canção), un Centro de Atención Psicosocial Infantil (CAPSi), dos Residencias Terapéuticas masculinas y una femenina. En mayo de 2015, se inauguró el Complejo Maringaense de Salud Mental, asignando los servicios especializados en un edificio propio (CAPSIII, CAPSad y CAPSi).

La implantación del internado de salud mental durante el año 2016, en el quinto año del curso de medicina, siguió tres etapas: 1) diagnóstico y viabilidad de la red de salud mental del municipio; 2) planificación y desarrollo del proceso de enseñanza; y 3) evaluación de la efectividad del internado en la formación del estudiante de medicina. En esta última etapa, se realizó el análisis de las fichas de evaluación de la disciplina realizadas por los alumnos, en las cuales las respuestas se transcribieron y analizaron en el software IRAMUTEQ (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*)⁸.

Para el procesamiento de los datos se utilizó la nube de palabras, siendo que ellas se agruparon y organizaron gráficamente de acuerdo con su frecuencia, lo que posibilitó fácilmente su identificación a partir de un único archivo que reunió los textos originados por las respuestas de las fichas de evaluación. De esa forma, cada ficha caracterizó un texto y el conjunto de esos textos constituyó el cuerpo de análisis. A partir de las palabras más frecuentes suministradas en los segmentos de texto, el programa realizó un análisis de léxico, cuyo vocabulario se identificó y cuantificó con relación a la frecuencia⁹ y se sometió a cálculos estadísticos para posterior interpretação¹⁰.

Nuestro relato de experiencia sigue una narrativa de las etapas de implantación del internado, envolviendo la actuación de diversos actores, tales como estudiantes, supervisores, preceptores y gestores de salud, así como un análisis cualitativo de las repercusiones de esa actividad en la formación médica. Se presume, por lo tanto, un modelo de readecuación de la enseñanza médica en consonancia con las nuevas DCNs y las reflexiones de ese proceso en la formación médica desde la óptica de los alumnos.

La trayectoria

El contexto del curso

El curso de Medicina comenzó su primera promoción en 2012, formulado en la modalidad de graduación, con duración de seis años, con 186 plazas anualmente y régimen seriado, con currículum integrado totalizando una carga horaria de 8.289 horas: formación básica/formación profesional (4.820 horas), Pasantía Curricular Obligatoria (tres mil horas) y Actividades Complementarias (469 horas).

Utiliza la pedagogía transformadora, con metodologías activas de enseñanza-aprendizaje, priorizando la comprensión de la realidad, el ejercicio de la reflexión, la medicina basada en evidencia, en los moldes de la educación de adultos (aprendizaje basado en la solución de problemas, problematización, aprendizaje con base en equipos y aprendizaje en servicio). El curso adopta una evaluación diagnóstica, permitiendo la corrección de rumbos, siguiendo de esa forma las DCNs para el curso de Medicina⁵.

El curso cuenta con dos coordinadores, uno del área médica y otro de la pedagógica que, juntos, conducen las actividades. Como estrategia de gestión, la organización y la conducción de las actividades del curso se compartieron con subcoordinadores para cada serie. Las discusiones pedagógicas y administrativas, fundamentales en la implantación y el desarrollo del curso, son realizadas por el Núcleo Docente Estructurador (NDE) y el colegiado del curso de Medicina.

Ante la necesidad de implantación del Internado de Salud Mental durante el año 2016, en el quinto año del curso, comenzó una discusión con el NDE para la contratación de un docente para organizar y articular la dirección del internado. El criterio de selección consistió en un profesional médico actuante en el área de psiquiatría de la red de salud del municipio, con formación académica de doctorado y experiencia docente.

A partir de la selección del docente responsable por el Internado, el grupo estableció etapas de trabajo: diagnóstico y viabilidad de la red de servicios del municipio, definición del perfil docente para contratación, planificación y desarrollo del proceso de enseñanza.

El diagnóstico y la viabilidad de la Red de Salud Mental del municipio: integración de la escuela y del servicio

Para la presentación de la propuesta del Internado, en un primer momento el coordinador contactó a la Asesoría de Formación y Capacitación Permanente de los Trabajadores de Salud (CECAPS) del municipio. CECAPS es el órgano responsable por los procedimientos, distribución y normas relacionados con las pasantías en los servicios vinculados a la Secretaría Municipal de Salud en la atención primaria y secundaria y también por la dirección de la elaboración del COAPES, que todavía está en curso en el municipio.

Una vez obtenida la autorización, se realizó un levantamiento de los servicios de la Red de Salud Mental del municipio, compuesto por Hospital General con camas de internación y atención de urgencia en psiquiatría, CAPS-AD, CAPSi, CAPS-III y Unidades Básicas de Salud (UBS).

Siendo así, se realizaron esfuerzos para la aproximación del coordinador del internado con los coordinadores de los servicios, buscando discutir el papel del alumno en cada servicio, así como la indicación de los profesionales responsables para recibir a los alumnos.

En este punto, debemos subrayar las muchas negociaciones y embates entablados ante la inserción y la actuación del alumno en el servicio; cuestiones tales como el espacio físico para acoger a los alumnos y la actuación en todos los puntos de la red con el objetivo de insertar a los alumnos en las UBS; no obstante, hasta el momento de implantación del internado, no fue posible realizar el diseño de las unidades y de las actividades que podrían realizarse, considerando que la propuesta, por ser nueva, necesita mayor discusión y aproximación con la red.

Con relación al perfil docente, se esbozó que esos profesionales deberían tener una visión generalista y enfocada en la salud mental y no en la enfermedad. Además, era necesario que estuvieran insertados en la red municipal. Se contrataron seis docentes médicos, dos doctores en régimen de trabajo T-40, un profesional con maestría y un especialista en régimen T-24 y dos especialistas en régimen T-12. Con la finalidad de complementar la atención a los alumnos en campos de pasantías, se pusieron a disposición dos becas para médicos especialistas que atendían en la red municipal como contratados del municipio.

Una vez formado el cuerpo docente, se realizaron nuevos encuentros y discusiones, ahora para la planificación y el desarrollo del proceso de enseñanza-aprendizaje.

La planificación y el desarrollo del proceso de enseñanza

A partir de las discusiones, fue posible trazar los objetivos siguientes para el internado en salud mental: capacitar al alumno de medicina para la atención de condiciones de sufrimiento mental y comportamental, en lo que se refiere a los aspectos necesarios para la formación médica generalista. Al final de la pasantía, se espera que el alumno:

Desarrolle competencias de gerencia, incluyendo: la organización de los servicios de salud mental en el municipio de Maringá, las políticas públicas desarrolladas por el Ministerio de la Salud y la importancia de la red de atención a la salud, interconectada a la red de educación y de asistencia.

Desarrolle competencias de atención individual y colectiva, actuando en diversos dispositivos de atención a la Salud Mental, en los diferentes niveles de complejidad y de urgencia, en reuniones multidisciplinarias, modelando una comunicación de forma clara, desempeñando habilidades de síntesis, discusión de hipótesis diagnósticas y de liderazgo, sin perjuicio del respeto a los demás miembros del equipo y a sus formas de actuación;

Desarrolle habilidades generales de Anamnesis y Examen Físico/ Examen del Estado Mental en Psiquiatría, incluyendo: utilización de recursos propedéuticos y terapéuticos de forma consciente; percepción de la naturaleza bio-psicosocial de las enfermedades mentales (con factores determinantes sociales, culturales, comportamentales, psicológicos, ecológicos, éticos y legales; entendimiento de la utilización de formularios para prescripción de medicaciones de uso controlado; discusión de casos clínicos evaluados durante el período de pasantía, ejerciendo la capacidad crítica de lectura

de fichas y escritura/síntesis de casos clínicos; formulación de planes terapéuticos singulares envolviendo tanto el ámbito individual como el colectivo; reflexión sobre el plan terapéutico psico-farmacológico individual, entendiendo el papel de la medicación psicotrópica, los riesgos atribuidos a ella y también los beneficios; utilización de principios básicos de metodología científica en la elección de opciones terapéuticas; comprensión humanística del individuo que busca ayuda médica, entendiéndolo como un sujeto en el cual están integrados aspectos biológicos, psicológicos y sociales; reflexión sobre la importancia de su propia salud física y mental para la práctica de la actividad médica y otros principios éticos de la práctica médica, además de los anteriormente citados.

Siendo así, el internado se organizó en grupos de 15 alumnos que, a su vez, subdivididos en dos grupos, se alternan en dos ciclos en los campos de pasantía (CAPS-AD, CAPSi, CAPS-III, Hospital General con camas de internación y atención de urgencia en psiquiatría y laboratorio de Simulación Realista) (Tabla 1).

Tabla 1. Esquema de rotación de los grupos de internado en Salud Mental conforme locales y días de la semana

ROTACIÓN 1						
	Horario	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
M A Ñ A N A	7:00					
	8:00		CAPS AD		Relación médica	Psiquiatría comunitaria
	9:00		CAPS AD		Relación médica	Psiquiatría comunitaria
	10:00		CAPS AD		Relación médica	Psiquiatría comunitaria
	11:00		CAPS AD		Relación médica	Psiquiatría comunitaria
	12:00	Almuerzo	Almuerzo		Almuerzo	Almuerzo
T A R D E	13:00	Laboratorio de Simulación	Área humana	-		
	14:00	Laboratorio de Simulación	Área humana	Ambulatorio de Psiquiatría		
	15:00	Laboratorio de Simulación	Área humana	Ambulatorio de Psiquiatría	CAPS AD	
	16:00	Laboratorio de Simulación	Área humana	Ambulatorio de Psiquiatría	CAPS AD	
	17:00			Ambulatorio de Psiquiatría	CAPS AD	
	18:00			Reunión Clínica	CAPS AD	
ROTACIÓN 2						
	Horario	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
M A Ñ A N A	7:00					
	8:00	Relación médica	Enfermería Hospital General	CAPSi		Psiquiatría comunitaria
	9:00	Relación médica	Enfermería Hospital General	CAPSi		Psiquiatría comunitaria
	10:00	Relación médica	Enfermería Hospital General	CAPSi		Psiquiatría comunitaria
	11:00	Relación médica	Enfermería Hospital General	CAPSi		Psiquiatría comunitaria
	12:00	Almuerzo	Almuerzo		Almuerzo	Almuerzo
T A R D E	13:00					
	14:00		Laboratorio de Simulación	Ambulatorio de Psiquiatría	Área humana	Urgencias HM
	15:00		Laboratorio de Simulación	Ambulatorio de Psiquiatría	Área humana	Urgencias HM
	16:00		Laboratorio de Simulación	Ambulatorio de Psiquiatría	Área humana	Urgencias HM
	17:00		Laboratorio de Simulación	Ambulatorio de Psiquiatría	Área humana	Urgencias HM
	18:00					Urgencias HM

Como estrategia de enseñanza, los alumnos realizan atenciones clínicas individuales, en dúo o en grupo, a pacientes ingresados, en acompañamiento semi-intensivo y ambulatorio, incluyendo atención a familiares y a actores del laboratorio de



simulación. Además de las atenciones, también realizan estudios de casos clínicos en grupo y observación de ambientes de espera.

En la pasantía de Psiquiatría Comunitaria, realizan contactos de referencia, contrarreferencia y actividades de colocación en matrices para otros servicios de la red de salud, de asistencia y de educación. En el CAPSi y en la Enfermería del Hospital General, presencian modelos de reuniones multidisciplinarias. Semanalmente, se realiza una reunión clínica con seminarios dictados por los propios alumnos sobre temas específicos en Salud Mental.

Hay también tres pasantías longitudinales a lo largo de las siete semanas de pasantía: en la primera, denominada “Relación médica”, se discuten aspectos relacionados a la transferencia, a la contratransferencia, a los aspectos relacionados con el vínculo médico-paciente y a las técnicas básicas de psicoterapia de apoyo y de intervención psicoterápicas breves; la segunda designada “Laboratorio de simulación”, se realiza en el laboratorio de simulación realística, con actores en situaciones de agitación psicomotora, abstinencia alcohólica, niños que sufrieron abuso, ideas suicidas y ataques de pánico.

La tercera, “Área Humana”, es un espacio reservado a los alumnos para el desarrollo de sus habilidades artísticas. Durante siete semanas, hay un horario reservado para este propósito, que se presenta a los supervisores al final de la pasantía. Además, los alumnos son incentivados a hacer una narrativa de vida con la finalidad de que reflexionen sobre los motivos para estar donde están y ser quienes son. Tales actividades no son obligatorias, componiendo un bono en la nota final para aquellos que se dispusieron a hacerlas, pero cuenta con la participación activa de los alumnos.

Las actividades tienen la supervisión directa de médicos psiquiatras contratados por la IES. En algunos campos, como en el CAPS AD, en el CAPSi, en las Urgencias de Psiquiatría y en la Enfermería de Psiquiatría, el propio médico asistente del servicio recibe a los alumnos.

El proceso de evaluación del internado se compone de dos etapas: una formativa y otra cognitiva. La formativa se subdivide en evaluación actitudinal y evaluación práctica de habilidad clínica que se realizan en consultorios de habilidades de la IES. La primera se hace durante el transcurso de la pasantía, equivaliendo al 40% del total; y la segunda – la evaluación práctica de habilidad – también corresponde al 40% de la nota. A su vez, la evaluación cognitiva se compone de preguntas de opción múltiple, correspondiendo al 20% de la nota final. Las preguntas abordan temas de psiquiatría inseridos en casos y situaciones encontradas en las cinco grandes áreas: Pediatría, Salud Colectiva, Ginecología - Obstetricia, Cirugía y Clínica Médica.

Reflexiones sobre el Internado de Salud Mental

La propuesta de implantación del internado en los diferentes servicios de salud fue autorizada por la Secretaría de Salud del municipio, mediante un contrato y la contrapartida de la IES; de esa forma, la población y el servicio se ven beneficiados, puesto que proporciona un aumento significativo en el número de atenciones en toda la Red de Salud Mental, así como la educación permanente de los profesionales.

Para algunos servicios, la IES contrató a un preceptor, generando en total casi doscientas consultas especializadas por mes al municipio, causando impacto positivo

en la reducción de la fila de atenciones especializadas y responsabilizándose por una de las cinco regiones de referencia en Salud Mental pertenecientes al municipio de Maringá.

En otros servicios, los alumnos acompañan a los médicos de la propia red de salud, auxiliando en las consultas y acompañando las conductas y evoluciones. Se observa que, en esas experiencias, hay una ganancia para el usuario, para el servicio y para el propio servidor, llevando en consideración la toma de decisiones más reflexionadas y con base en evidencias.

Sin embargo, debemos subrayar que las discusiones para la implantación en las Unidades Básicas de Salud todavía están en curso y representan un gran desafío, puesto que requiere una planificación más detallada de las prioridades, con objetivos y estrategias definidos y establecidos, participación de todos los actores envueltos, discriminación de tareas y responsabilidades de cada profesional, así como la capacitación de los profesionales y soporte continuo de especialistas, además de equipos especializados de referencia y medicamentos¹¹.

No se trata tan solo de una organización administrativa y curricular, sino de un esfuerzo colectivo escuela-servicio para reconocer la importancia de la articulación de la salud mental con la Atención Primaria y, en conjunto, promover discusiones entre docentes, alumnos, profesionales y comunidad sobre la importancia de esa articulación, visto que tal estrategia tiene potencial de reducir significativamente la carga de enfermedades producidas por los trastornos mentales¹².

Al final del internado de Salud Mental, los académicos evaluaron las fortalezas y las fragilidades del proceso y se percibió que la apertura de ese frente de pasantía permitió experimentar situaciones nuevas, admitiendo el ejercicio de la capacidad de acogida e intercambio de experiencias con los usuarios, así como la reflexión en lo que se refiere a la calidad de su propia salud mental, buscando medios para mejorarla.

En las evaluaciones de los alumnos, también fue posible percibir que hubo una disminución expresiva del “estigma de la enfermedad mental y de la persona en sufrimiento mental”, en la medida en que muchos pudieron reflexionar sobre la humanización del cuidado, además de la posibilidad de cuestionar, cuidar y enviar para el servicio especializado, buscando métodos más naturales, con la centralidad de las actividades en la persona y no en procedimientos, identificado en el análisis de la nube de palabras (Figura 1).

La centralidad en el “paciente” (Figura 1) señala que el aprendizaje del alumno pasa a ser más significativo en la medida en que disminuye el prejuicio contra las personas que tienen trastornos mentales y se percibe la buena aceptación de los usuarios con la presencia de los académicos.

Las discusiones sobre el estigma de los trastornos mentales y la humanización del cuidado en salud mental en Brasil no son recientes. El combate a las prácticas opresoras que violan los derechos humanos se ha incentivado desde la reforma psiquiátrica brasileña en la década de 1970¹³. El cambio en el modelo de asistencia de la salud, privilegiando la descentralización y el abordaje comunitario/familiar en perjuicio del modelo tradicional centralizador, tiene como pauta la Política Nacional de Humanización, el HumanizaSUS¹⁴, y está fortalecido por el RPS.

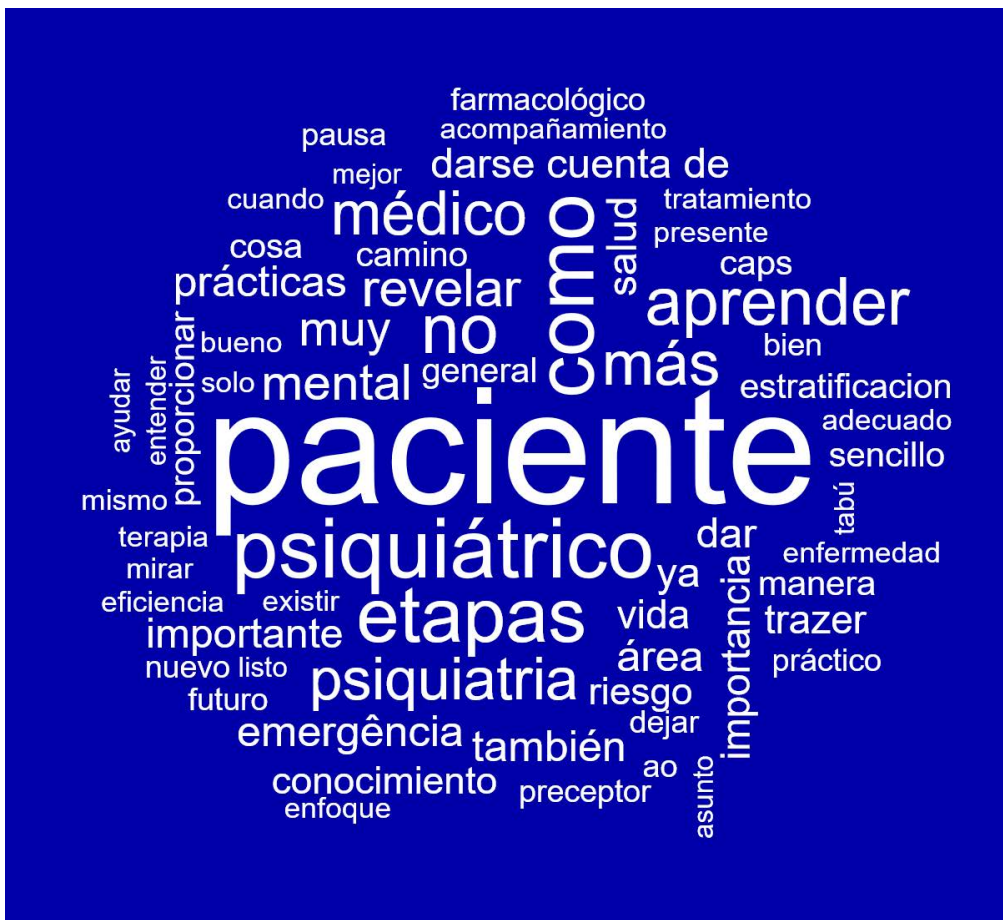


Figura 1. Nube de palabras resultado de las evaluaciones de los alumnos del curso de medicina sobre el internado en Salud Mental.

Es en ese nuevo escenario que se insieren las DCNs del curso de Medicina, inspirando el método de enseñanza clínica concentrado en la persona y en su experiencia con la enfermedad, de forma integral, participativa, realista, incorporando la búsqueda de la promoción de la salud¹⁵. En ese perfil de cuidado, se reconocen los contextos de vida, los sentimientos envueltos, lo que garantiza apertura para que el individuo con trastornos mentales se encuentre en sus posibilidades¹⁶. De esa forma, se cree que la formación de médicos para el desarrollo de cuidados de salud mental en la atención primaria debe tener como enfoque la relación médico/paciente, las técnicas y prácticas del trabajo en equipo y el desarrollo de la capacidad para escuchar y comunicarse^{17,18}.

Entretanto, en algunos servicios, a pesar de las negociaciones y aproximaciones realizadas, se percibió una cierta resistencia del equipo con relación a los alumnos, lo que puede atribuirse a la falta de familiarización de la presencia de estudiantes en esos ambientes. Ese hecho requiere acciones integrativas que posibiliten el intercambio de experiencias y saberes sobre la salud mental, así como los desafíos, avances y perspectivas futuras en el contexto del servicio y de la enseñanza.

De cualquier forma, la experiencia de la implantación del internado en salud mental relatada en el presente artículo se presenta como positiva en la medida en que mostró la posibilidad del mantenimiento de una buena relación entre la academia y el

servicio, demostrada en la apertura para el diálogo y en la posibilidad de la actuación de los alumnos en los diferentes puntos de la red de atención a la salud mental. La no inserción de los alumnos en las unidades básicas de salud para actuación en salud mental se debe al hecho de que ese nuevo campo requiere acciones integradas y planificadas a medio y largo plazo, envolviendo innumerables actores, intereses y estrategias para que ocurra la efectiva adaptación e integración.

Consideraciones finales

El relato de esa experiencia nos propicia, en carácter más amplio, la percepción de cómo DCNs pudieron ser desencadenadoras de cambios más allá de la formación del académico de Medicina. En ese campo de la formación médica, se constató el papel de esos cambios en la adquisición de habilidades en diferentes áreas de competencia de la práctica médica. Particularmente, en lo que se refiere a la Atención de la Salud, además de otros aspectos abordados en las DCNs, la inserción de una pasantía específica en Salud Mental permitió el avance en la comunicación, por medio de lenguaje verbal y no verbal, con usuarios, familiares y miembros de los equipos profesionales, con empatía, sensibilidad e interés, preservando la confidencialidad y garantizando la comprensión y la seguridad del paciente.

Además de esos efectos en la formación, la ejecución de lo dispuesto en las DCNs permitió la profundización de la alianza enseñanza-servicio, con consecuentes impactos en la red de salud y en la calidad de la atención al usuario. Las competencias señaladas por las DCNs llevan a la necesidad de la utilización de diferentes escenarios de enseñanza-aprendizaje, como se describió aquí en un ejemplo práctico vivencial, posibilitando de tal forma que el alumno conozca y actúe como protagonista en situaciones variadas de la práctica médica, de la organización de la práctica y del trabajo en equipo multiprofesional. Como efecto más amplio, las DCNs dirigen la formación médico-académica hacia las necesidades sociales de la salud, con énfasis en el SUS. De forma general, podemos concluir que la estructuración de un internado en salud mental, vinculado a diferentes puntos de la red de atención de salud, proporciona condiciones de enseñanza-aprendizaje capaces de privilegiar la descentralización del cuidado y el abordaje comunitario/familiar en perjuicio del modelo centralizador.

Contribuciones de los autores

Todos los autores participaron activamente en todas las etapas de elaboración del manuscrito.

Agradecimientos

Al Instituto Cesumar de Ciencia, Tecnología e Innovación – ICETI por la concesión de becas de auxilio a la investigación.

Derechos de autor

Este artículo está bajo la Licencia Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.es>).



Referencias

1. World Health Organization. Depression and other common mental disorders: global health estimates. Geneva: WHO; 2017.
2. GBD 2016 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet*. 2017; 390(10100):1211-59.
3. Bonadiman CSC, Passos VMA, Mooney M, Naghavi M, Melo APS. The Burden of disease attributable to mental and substance use disorders in Brazil: Global Burden of Disease Study, 1990 and 2015. *Rev Bras Epidemiol*. 2017; 20(1):191-204. doi: 10.1590/1980-5497201700050016.
4. Presidência da Republica (BR). Lei nº 12.871, de 22 de Outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de Dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de Julho de 1981, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 23 Out 2013.
5. Ministério da Educação (BR). Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Medicina. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 3, de 20 de Junho de 2014. *Diário Oficial da União*. 23 Jun 2014; sec. 1, p. 8-11.
6. Ministério da Educação (BR). Ministério da Saúde (BR). Portaria Interministerial nº 1.127, de 4 de Agosto de 2015. Institui as diretrizes para a celebração dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES), para o fortalecimento da integração entre ensino, serviços e comunidade no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Educação; 2015.
7. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 3.088, de 23 de Dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
8. Ratinaud P. IRAMUTEQ: interface de R pour les analyses multidimensionnelles de textes et de questionnaires. Un logiciel libre construit avec des logiciels libres [Internet]. 2009 [citado 2 Out 2018]. Disponível em: <http://www.iramuteq.org>
9. Nascimento ARA, Menandro PRM. Análise lexical e análise de conteúdo: uma proposta de utilização conjugada. *Estud Pesqui Psicol*. 2006; 6(2):72-88.
10. Camargo BV, Justo AM. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. *Temas Psicol*. 2013; 21(2):513-18.
11. Patel V, Belkin GS, Chockalingam A, Cooper J, Saxena S, Unützer J. Grand challenges: integrating mental health services into priority health care platforms. *PLoS Med*. 2013; 10(5): e1001448. doi: 10.1371/journal.pmed.1001448.
12. Rebello T, Marques A, Gureje O, Pike K. Innovative strategies for closing the mental health gap globally. *Curr Opin Psychiatr*. 2014; 27(4):308-14.
13. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
14. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4a ed. Brasília : Ministério da Saúde; 2010.



15. Gusso G, Lopes JMC. Tratado de medicina de família e comunidade princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed; 2012.
16. Fidelis AC. Sentido do cuidado em saúde mental: sobre a rede de atenção psicossocial do Sistema Único de Saúde (SUS). Trab Educ Saude. 2018; 16(2):561-82. doi: 10.1590/1981-7746-sol00126.
17. Pereira AA, Costa AN, Megale RF. Saúde mental para médicos que atuam na estratégia saúde da família: uma contribuição sobre o processo de formação em serviço. Rev Bras Educ Med. 2012; 36(2):269-79.
18. Sampaio JJC, Guimarães JMX, Carneiro CGFC. O trabalho em serviços de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica: um desafio técnico, político e ético. Cienc Saude Colet. 2011; 16(12):4685-94.

Traductor: Maria Jesus Carbajal Rodriguez

Presentado el 13/01/18.

Aprobado el 14/09/18.