

FÁBIO ARAUJO GOMES DE CASTRO

**ABORDAGEM DO SOFRIMENTO MENTAL COMUM EM PROGRAMAS DE
RESIDÊNCIA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE DE MINAS GERAIS:
NARRATIVAS E DEMANDAS FORMATIVAS**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de Viçosa, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde para obtenção do título de *Magister Scientiae*.

Orientador: Leandro David Wenceslau

Coorientadora: Débora Carvalho Ferreira
Cristiane Chaves de Souza

**VIÇOSA – MINAS GERAIS
2023**

**Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Central da Universidade
Federal de Viçosa - Campus Viçosa**

T

C335a
2023

Castro, Fábio Araujo Gomes de, 1989-

Abordagem do sofrimento mental comum em programas de
residência de medicina de família e comunidade de Minas
Gerais: narrativas e demandas formativas / Fábio Araujo Gomes
de Castro. – Viçosa, MG, 2023.

1 dissertação eletrônica (104 f.): il. (algumas color.).

Inclui anexo.

Inclui apêndices.

Orientador: Leandro David Wenceslau.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Viçosa,
Departamento de Medicina e Enfermagem, 2023.

Referências bibliográficas: f. 76-86.

DOI: <https://doi.org/10.47328/ufvbbt.2023.277>

Modo de acesso: World Wide Web.

1. Residentes (Medicina) - Minas Gerais. 2. Doenças
mentais. 3. Saúde mental. 4. Medicina da família. 5. Serviços de
saúde mental comunitária. 6. Cuidados primários de saúde.
I. Wenceslau, Leandro David, 1979-. II. Universidade Federal de
Viçosa. Departamento de Medicina e Enfermagem. Programa de
Pós-Graduação em Ciências da Saúde. III. Título.

CDD 22. ed. 610.7098151

FÁBIO ARAUJO GOMES DE CASTRO

**ABORDAGEM DO SOFRIMENTO MENTAL COMUM EM PROGRAMAS DE
RESIDÊNCIA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE DE MINAS GERAIS:
NARRATIVAS E DEMANDAS FORMATIVAS**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de Viçosa, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, para obtenção do título de *Magister Scientiae*.

APROVADA: 17 de abril de 2023.

Assentimento:

Documento assinado digitalmente
 **FABIO ARAUJO GOMES DE CASTRO**
Data: 22/05/2023 10:32:14-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Fábio Araujo Gomes de Castro
Autor

Documento assinado digitalmente
 **LEANDRO DAVID WENCESLAU**
Data: 18/05/2023 10:09:34-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Leandro David Wenceslau
Orientador

Aos pacientes. Sem vocs esta pesquisa no faria sentido.

AGRADECIMENTOS

A Deus, fonte de amor e resiliência.

À Luara, pelas renúncias e incentivos diários. Sem você eu não teria conseguido.

À Lara, pelos olhares e sorrisos genuínos.

À minha família, que compreendeu as ausências e foi rede de apoio incondicional. Em especial aos meus pais, sogros e irmã.

Aos colegas de mestrado, que tornaram essa caminhada um pouco menos pesada.

Ao meu orientador Leandro, pela compreensão, parceria e ensinamentos durante todas as etapas do mestrado. Sou grato também pelas dicas de parentalidade.

À minha coorientadora Débora, pelos incentivos, ensinamentos e por transmitir calma em momentos difíceis.

Aos preceptores e residentes de MFC que disponibilizaram seu tempo e atenção para participarem das entrevistas.

Ao Flaviano, pelo apoio desde o início da caminhada.

À querida equipe da UBS Amarantina, pelo carinho e apoio.

À Universidade Federal de Viçosa, pela oportunidade de realizar a pós-graduação.

Aos pacientes pela confiança.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior- Brasil (CAPES).

RESUMO

CASTRO, Fábio Araujo Gomes de, M.Sc., Universidade Federal de Viçosa, abril de 2023. **Abordagem do sofrimento mental comum em programas de residência de medicina de família e comunidade de Minas Gerais: narrativas e demandas formativas.** Orientador: Leandro David Wenceslau. Coorientadoras: Débora Carvalho Ferreira e Cristiane Chaves de Souza.

Este estudo investigou o processo de ensino-aprendizagem e a abordagem do Sofrimento Mental Comum (SMC) em programas de residência em Medicina de Família e Comunidade (MFC) de Minas Gerais. O sofrimento psíquico se apresenta sob diversas formas na Atenção Primária à Saúde (APS). As apresentações menos graves são mais prevalentes e são frequentemente designadas na literatura como SMC. A prescrição de psicotrópicos é um método muito utilizado para o manejo do SMC na APS, apesar de estudos não apontarem melhora e demonstrarem que abordagens não farmacológicas são eficazes. Dada a relevância do assunto é fundamental que programas de residência médica em MFC fomentem o desenvolvimento de competências para a abordagem de SMC. O objetivo do estudo foi investigar o processo de ensino-aprendizagem e a abordagem do SMC em programas de residência de Medicina de Família e Comunidade de Minas Gerais a partir das narrativas de residentes e preceptores. Pesquisa qualitativa do tipo descritiva, conduzida a partir de entrevistas de aprofundamento realizadas com residentes e preceptores de três programas de residência em MFC do estado de Minas Gerais. A entrevista foi guiada por roteiros semiestruturados que continham uma situação clínica para residentes e uma situação de ensino para os preceptores. A análise dos dados foi realizada seguindo princípios de análise temática de Braun e Clarke. Metade dos entrevistados desconheciam o termo Sofrimento Mental Comum e seus sinônimos. Na abordagem do SMC, os residentes conheciam várias técnicas de intervenção, apesar de aplicarem apenas algumas em seus atendimentos. As técnicas mais aplicadas eram o Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP) e a técnica SIFE (acrônimo para as palavras: sentimentos, ideias, funcionalidade, expectativas). Os residentes relataram dificuldades em aplicar técnicas de intervenção psicossociais avançadas para SMC. Nos relatos dos preceptores o MCCP e o SIFE também foram as abordagens básicas mais citadas, e dois deles utilizava ainda técnicas de intervenção psicossociais avançadas. A maioria dos preceptores citou apenas intervenções individuais e centradas no médico, apenas dois deles comentaram sobre a importância de intervenções coletivas, não necessariamente realizadas por médicos. Ao relatarem como aprendem sobre SMC, residentes citaram o método

autoinstrucional, aulas teóricas, oficinas práticas e preceptoria. Já os preceptores relataram cursos formais, matriciamento, o método autoinstrucional por meio de ferramentas acadêmicas e não acadêmicas, residência, mestrado e durante a graduação. A análise das entrevistas permitiu compreender que os entrevistados reconhecem que o SMC é uma demanda frequente e que deve ser abordada na APS pelo MFC a partir de intervenções psicossociais. Contudo, nota-se que, na prática, tanto residentes quanto preceptores, não têm abordado o tema da maneira como está recomendada na literatura, mas eles reconhecem essas limitações. Os entrevistados conhecem muitas intervenções psicossociais, mas só sabem aplicar algumas delas, fato que contribui para despertar emoções negativas, como angústia e frustração, além de aumentar o número de encaminhamentos desnecessários para outros profissionais. Então, nota-se que, na prática clínica, preceptores e residentes encontram dificuldades nessa abordagem relacionadas ao papel do médico diante de sofrimentos de ampla e profunda determinação social.

Descritores: Saúde Mental. Transtornos Mentais. Medicina de Família e Comunidade. Educação Médica. Residência Médica. Atenção Primária à Saúde. Intervenção Psicossocial.

ABSTRACT

CASTRO, Fábio Araujo Gomes de, M.Sc., Universidade Federal de Viçosa, April, 2023. **Common mental disorder approach in family and community medicine residency programs in Minas Gerais: narratives and formative demands.** Adviser: Leandro David Wenceslau. Co-advisers: Débora Carvalho Ferreira and Cristiane Chaves de Souza.

This study investigated the teaching-learning process and the approach to Common Mental Disorder (CMD) in Family and Community Medicine (FCM) residency programs in Minas Gerais. Mental suffering manifests itself in various ways in Primary Health Care (PHC). Less severe manifestations are more frequent and are often referred to in the literature as CMS. The prescription of psychotropic drugs is a widely used method for managing CMD in PHC, although studies do not indicate improvement and evidence that non-pharmacological approaches are effective. Given the relevance of this issue, it is essential that medical residency programs in FCM stimulate the development of competencies for the approach of CMD. The aim of this study was to investigate the teaching-learning process and the approach to CMD in Family and Community Medicine residency programs in Minas Gerais from the perspective of residents and preceptors. Qualitative descriptive research was carried out, guided by semi-structured scripts that contained a clinical situation for residents and a teaching situation for preceptors. The data analysis was done following Braun and Clarke's thematic analysis principles. Half of the interviewees were unaware of the term Common Mental Suffering and its synonyms. In the approach to CMD, the residents knew several intervention techniques, although they only applied some of them in their attendances. The most used techniques were the Person-Centered Clinical Method (PCCM) and the SIFE technique (an acronym for the words: feelings, ideas, functionality, expectations). The residents reported difficulties in applying advanced psychosocial intervention techniques for CMD. In the preceptors' reports, the PCCM and the SIFE were also the most mentioned basic approaches, and two of them still used advanced psychosocial intervention techniques. Most of the preceptors only mentioned individual and doctor-centered interventions; only two of them commented on the importance of collective interventions, not necessarily carried out by doctors. When reporting how they learned about CMD, the residents mentioned the self-instructional method, theoretical classes, practical workshops, and preceptorship. The preceptors reported formal courses, matrixing, the self-instructional method through academic and non-academic tools, residency, master's degree, and during graduation. The analysis of the interviews allowed to understand that the interviewees recognize that CMD is a frequent demand and that it must be addressed in PHC

by FCM from psychosocial interventions. However, it is noted that, in practice, both residents and preceptors do not approach the subject in the way recommended in the literature, but they recognize these limitations. The interviewees know many psychosocial interventions, but only know how to apply some of them, which contributes to arousing negative emotions such as anguish and frustration, in addition to increasing the number of unnecessary referrals to other professionals. It is observed that in clinical practice, preceptors and residents encounter difficulties in this approach related to the role of the physician in the face of suffering with broad and deep social determinants.

Descriptors: Mental Health. Mental Disorders. Family Practice. Education, Medical. Internship and Residency. Primary Health Care. Psychosocial Intervention.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Pirâmide de organização de serviços para uma combinação ótima de serviços para a saúde mental.	20
Figura 2 – Folheto enviado por uma indústria farmacêutica aos médicos para distribuir para os pacientes com a intenção de promover a venda do Prozac.	29
Figura 3 – Intervenções psicossociais básicas.....	34
Figura 4 – Intervenções psicossociais avançadas.	35

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Tabelas:

Tabela 1 – Distribuição de entrevistados (residentes e preceptores) em cada programa de residência médica.....	39
--	----

Quadros:

Quadro 1 – Abordagem do SMC por residentes.....	51
Quadro 2 – Abordagem do SMC por preceptores.	60

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACE	Agente de Combate a Endemias
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APA	Associação Americana de Psiquiatria
APS	Atenção Primária à Saúde
BATHE	Acrônimo para (em tradução livre): contexto, afeto, efeito, manejo, empatia
CEP	Conselho de Ética e Pesquisa
CFM	Conselho Federal de Medicina
CNRM	Comissão Nacional de Residência Médica
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GP	<i>General Practitioner</i>
MCCP	Método Clínico Centrado na Pessoa
MFC	Medicina de Família e Comunidade
MTCI	Medicinas tradicionais, complementares e integrativas
NURSE	Acrônimo para (em tradução livre): nomeando, legitimando, respeitando, oferecendo suporte, [explorando]
OMS	Organização Mundial da Saúde
PICS	Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
PRM	Programa de Residência Médica
PRMMFC	Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade
RAPS	Redes de Atenção Psicossocial
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SIFE	Acrônimo para as palavras: sentimentos, ideias, funcionalidade, expectativas
SMC	Sofrimento mental comum
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Terapia cognitiva-comportamental
TCI	Terapia Comunitária Integrativa
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TMC	Transtornos mentais comuns

UBS	Unidade Básica de Saúde
UFV	Universidade Federal de Viçosa
USF	Unidade de Saúde da Família
WONCA	Organização Mundial de Médicos de Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	18
2.1.Dificuldades cotidianas e o sofrimento mental	18
2.2.A integração da saúde mental na atenção primária no Mundo	20
2.3.A integração da saúde mental na atenção primária no Brasil	22
2.4.Apresentação do Sofrimento mental na Atenção Primária à Saúde.....	22
2.5.O Sofrimento Mental Comum	23
2.6.Abordagem do Sofrimento mental na Atenção Primária à Saúde	26
2.6.1.Intervenções farmacológicas	27
2.6.2.Intervenções não farmacológicas	30
3 OBJETIVOS	37
3.1.Objetivo Geral.....	37
3.2.Objetivos Específicos	37
4 MATERIAL E MÉTODOS.....	38
4.1.Orientação do estudo	38
4.2.Cenário e população do estudo	38
4.3.Participantes do estudo	39
4.4.Entrevistas e análise do material empírico	40
4.5.Aspectos éticos.....	41
4.6.Riscos	41
4.7.Benefícios	42
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	43
5.1.Conhecendo os participantes	43
5.1.1. Perfil sociodemográfico e trajetória acadêmica dos residentes	43
5.1.2. Perfil sociodemográfico e trajetória acadêmica dos preceptores	43
5.2.Organização do processo laboral na APS e o espaço de trabalho.....	43
5.3.O acesso aos cuidados de saúde em uma unidade básica de saúde.....	45
5.4.O reconhecimento do sofrimento emocional.....	47
5.5.Entre “Centrado na Pessoa” e “Freestyle”	49
5.6.Preceptoria em Medicina de Família e Comunidade	55
5.7.A preceptoria de casos de SMC	58
5.8.Onde se aprende sobre SMC.....	63
5.9.O sofrimento de quem atende pessoas com SMC.....	65
5.10. Algumas reflexões a partir do campo	68
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	73

REFERÊNCIAS	76
ANEXO A – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa.	88
APÊNDICE A – Roteiro semiestruturado para o(a) Residente.....	96
APÊNDICE B – Roteiro semiestruturado para o(a) Preceptor	98
APÊNDICE C – Questionário sociodemográfico do participante Residente.....	100
APÊNDICE D – Questionário sociodemográfico do participante Preceptor(a)	101
APÊNDICE E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	102

1 INTRODUÇÃO

Para apresentar este trabalho, começo por situá-lo brevemente em relação à minha trajetória profissional. Minha atuação como Médico de Família e Comunidade (MFC) no Sistema Único de Saúde (SUS) e como preceptor de um programa de residência médica de Medicina de Família e Comunidade propiciou-me várias reflexões sobre o processo de ensino-aprendizagem em relação às demandas mais prevalentes na Atenção Primária à Saúde (APS), com destaque para abordagem à saúde mental.

A saúde mental e o bem-estar das pessoas são influenciados não apenas por características individuais, mas também pelas circunstâncias sociais em que as pessoas se encontram e pelo ambiente em que vivem. Esses aspectos individuais e sociais interagem uns com os outros dinamicamente e podem afetar de forma prejudicial ou benéfica o estado de saúde mental de um indivíduo (WHO, 2012).

Médicos e Médicas de Família e Comunidade estão em uma excelente posição para prestar cuidados em saúde mental, já que, na maioria das situações, representam o primeiro contato da pessoa com o serviço de saúde (KATES *et al.*, 1997). Além disso, estudos evidenciam que, pela distribuição de profissionais e organização dos sistemas de saúde, a maior parte das condições de saúde mental são manejadas exclusivamente por profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) e não pelos especialistas focais em saúde mental (GOLBERG; HUXLEY, 1992; OMS, 2009).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) sugere que uma boa gestão da atenção primária para pessoas com problemas de saúde mental reduz o estigma e melhora o acesso ao tratamento (OMS, 2009). Foi demonstrado, também, que a intervenção precoce na atenção primária reduz os problemas de saúde mental subsequentes e é custo-efetiva (VAN'T VEER-TAZELAAR *et al.*, 2009).

O sofrimento psíquico se apresenta sob diversas formas na APS, seja como condições de leve a moderada gravidade ou como transtornos graves e persistentes. As apresentações menos graves são largamente mais prevalentes e são frequentemente designadas na literatura como Sofrimento Mental Comum (SMC) ou Transtornos Mentais Comuns (TMC). A abordagem do sofrimento mental comum na APS é o tema geral de investigação dessa dissertação. Nesta pesquisa, será utilizado o termo Sofrimento Mental Comum a partir da definição do Caderno de Atenção Básica em Saúde Mental do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013). Este documento, norteador da abordagem clínica em saúde mental na atenção primária no Brasil, define o sofrimento mental comum como uma síndrome clínica caracterizada por sofrimento mental que apresenta três dimensões de sintomas que se combinam:

tristeza/desânimo, ansiedade e sintomas físicos. A definição utilizada é uma tentativa de evitar que se sobreponham comorbidades ou que se sucedam diagnósticos no tempo, que nada mais são do que intensidades diferentes da mesma combinação de sintomas (BRASIL, 2013).

A prescrição de psicotrópicos é um método muito utilizado para o manejo do SMC na atenção primária. No entanto, estudos evidenciam que em casos leves ou moderados a melhora com tratamento medicamentoso é mínima ou inexistente (FOURNIER *et al.*, 2010). Além disso, há demonstração de que abordagens não farmacológicas são eficazes (FARAH *et al.*, 2016) e muitas vezes preferida pelos pacientes (NCCMH, 2011).

Dada a relevância do assunto para os sistemas de saúde e diante da alta prevalência de queixas relacionadas à saúde mental e, sobretudo, de SMC em serviços de APS no Brasil e no mundo, é fundamental que os programas de residência médica em MFC fomentem o desenvolvimento de competências para a abordagem de SMC. Este trabalho apresenta uma investigação realizada em cenários de Programa de Residência Médica (PRM). A residência médica é uma importante modalidade de ensino de pós-graduação, considerada padrão ouro na especialização médica (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019) e caracterizada por treinamento em serviço, funcionando sob a responsabilidade de instituições de saúde sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional denominados preceptores (BRASIL, 1981). Os PRM em Medicina de Família e Comunidade do Brasil têm duração de dois anos, com carga horária desejada de até sessenta horas semanais. Segundo a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) um mínimo de 70 a 80% da carga horária total do PRM deve ser realizada em serviços de Atenção Primária à Saúde (BRASIL, 2015b).

Assumindo a importância do tema na prática da medicina de família e comunidade, entidades e associações representativas da MFC indicam como competências essenciais dos médicos de família e comunidade o uso de abordagens farmacológicas e não farmacológicas para o manejo de transtornos mentais (DOWRICK; LAM, 2019; SBMFC, 2015). Apesar de muito relevante, há uma notável carência de estudos nacionais e internacionais que abordam de forma qualitativa o assunto sob a ótica de residentes e preceptores, atores diretamente envolvidos no processo de ensino-aprendizagem (LEIGH; STEWART; MALLIOS, 2006). A compreensão dos aspectos vinculados ao processo de ensino-aprendizagem entre esses profissionais, particularmente em um contexto de pandemia de COVID-19 em que estudos já evidenciam aumento do sofrimento mental (JIA *et al.*, 2020; MORENO *et al.*, 2020; MUGHAL *et al.*, 2021; NABUCO; OLIVEIRA; AFONSO, 2020; ROSSI *et al.*, 2020; XIONG *et al.*, 2020), é fundamental para qualificar os cuidados em saúde mental e orientar o aprimoramento curricular baseado em competências dos programas de residência médica em MFC.

A presente dissertação foi elaborada de acordo com as normas estabelecidas pela Pró-reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação da Universidade Federal de Viçosa – UFV. O corpo do trabalho compreende uma introdução, revisão de literatura, objetivos gerais e específicos, material e métodos, um produto técnico, um artigo científico e uma conclusão. Como produto técnico foi elaborada uma cartilha intitulada "Abordando o sofrimento mental comum na Atenção Primária em 7 passos". O artigo intitulado "Entre “centrado na pessoa” e “freestyle”: a abordagem do sofrimento mental comum em residências de medicina de família e comunidade” foi formatado de acordo com as normas da Revista Interface - comunicação, saúde, educação, (Qualis A3 – Medicina I), para a qual o artigo foi submetido.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1. Dificuldades cotidianas e o sofrimento mental

Muitas pessoas, pelos mais diferentes motivos, procuram os serviços de atenção primária apresentando alguma forma de mal-estar emocional (GUM *et al.*, 2019). Há, historicamente, uma tendência da biomedicina moderna (CAMARGO JR., 2005) a classificar essas perturbações emocionais em múltiplos diagnósticos sindrômicos e medicalizá-las. Contudo, muitas vezes, na prática clínica se percebe que os diagnósticos dados a essas condições se apresentam de forma sobreposta e muitas pessoas atendidas têm experienciado sofrimentos que são superficialmente descritos por essas classificações. Tal fato dificulta a confecção de uma abordagem mais integral do sofrimento mental, diferentemente do que acontece quando se utiliza uma abordagem classificatória. Diante de haver essa incongruência entre o que há de classificação de base sindrômica generalizante e a realidade que se vivencia nos atendimentos em cenários de atenção primária procurei mapear na literatura entendimentos e compreensões sobre essas perturbações emocionais que fossem mais integradas, menos categorizadas e mais correspondentes ao que vivenciamos na realidade da atenção primária.

Reconheço que a classificação é importante e potente ferramenta para várias condições médicas. Ela permite, por exemplo, estimar o desfecho de doenças, fazer inferências sobre as causas e prescrever terapia específica para determinadas doenças. Contudo, devemos ter em mente as limitações das classificações e entender que classificar é um processo de generalizações que pode ser falho se as diferenças individuais e contextuais não forem consideradas (FREEMAN, 2018).

Tive, no entanto, dificuldade em encontrar referências que abordassem uma compreensão menos fragmentada e classificatória dos transtornos mentais, pois há uma evidente e histórica tendência de subdividir as condições de saúde. A Associação Americana de Psiquiatria (APA) publicou pela primeira vez um antecessor do Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM) em 1844, uma classificação estatística de pacientes mentais institucionalizados. Posteriormente, em 1952, a APA publicou a primeira versão do “*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*” (DSM-I), um sistema de classificação diagnóstica para psiquiatras, e outros profissionais da área de saúde mental que descreve as características fundamentais da gama de transtornos mentais (APA, 2014). Esse sistema classificatório se manteve nas edições posteriores do DSM, inclusive no DSM-V, a edição atual.

Consegui mapear melhor essas compreensões menos fragmentadas a partir de estudos mais recentes, sobretudo após o início da década de 1980, realizados justamente em cenários

de Atenção Primária à Saúde. Alguns autores identificaram fragilidades desse sistema baseado em categorização, começaram a questionar essas classificações e apresentar formas mais holísticas de compreender esses sofrimentos (CASTELLÓ *et al.*, 2016; FORTES, 2004; GOLBERG; HUXLEY, 1992).

Minhas percepções como médico que atua em cenários de cuidados primários- sobre o assunto foram convergentes com o que muitos autores que estudam o tema encontraram: esse sofrimento emocional apresenta características diferentes de transtornos mentais mais graves que possuem apresentações mais específicas e generalizáveis, vêm acompanhado de muitos sintomas, com muitas experiências disfóricas, moralmente difíceis, dolorosas e que não se encaixam muito bem nos rótulos das classificações médicas convencionadas, que tendem a separar o sofrimento emocional em diagnósticos como por exemplo transtornos depressivos, ansiosos, estresses adaptativos, estresse pós-traumático, abusos e dependências de diversas ordens (CASTELLÓ *et al.*, 2016; FORTES, 2004; GOLBERG; HUXLEY, 1992).

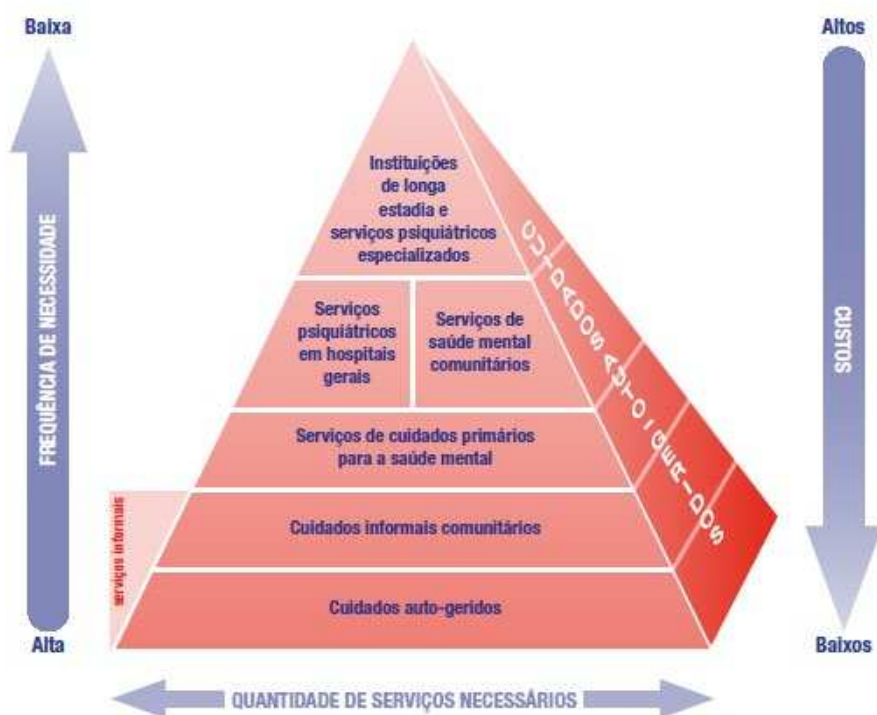
A abordagem de pessoas com casos leves e moderados de sofrimento mental como demanda de uma especialidade médica é um fenômeno recente na história da humanidade e da medicina. Historicamente a medicina, mais especificamente a psiquiatria, se preocupou em abordar os casos graves de transtorno mental, sobretudo os que estavam no campo das psicoses. Contudo, a partir da década de 1950, iniciou-se um amplo processo de pesquisas e lançamentos de medicamentos com atuação no sistema nervoso central produzindo alterações de comportamento, humor e cognição (CALLAHAN; BERRIOS, 2004). Nesse período, médicos que atuavam na atenção primária começaram a prescrever essas drogas para sintomas mentais muito prevalentes, como ansiedade, tristeza e angústia. Desde essa “virada prescritiva”, é possível observar que a indústria farmacêutica divulga e vende os medicamentos como energéticos psíquicos. O uso dessas medicações não era estigmatizado e foi considerado uma forma socialmente aceita de enfrentar os problemas e aborrecimentos comuns do cotidiano (CALLAHAN; BERRIOS, 2004).

Após essa breve introdução, apresento um panorama sobre como se deu o processo de integração da saúde mental na atenção primária no mundo e também no Brasil para, a seguir, compreender como ocorre a construção da categoria de SMC. Também reviso como tem sido proposta a abordagem desta condição nos sistemas públicos de saúde, mais especificamente na Atenção Primária.

2.2. A integração da saúde mental na atenção primária no Mundo

A Organização Mundial de Saúde desenvolveu um modelo que descreve a combinação ideal de serviços de saúde mental. A “Pirâmide da Organização de Serviços” da OMS representada na Figura 1 mostra uma integração desejável entre os níveis de atenção à saúde. Apoio, supervisão, colaboração, compartilhamento de informações e educação entre esses diferentes níveis de cuidados – formais ou informais – são essenciais para um bom funcionamento do sistema. A atenção primária integrada à saúde mental é um componente fundamental desse modelo e é apoiada por outros níveis de atenção, incluindo serviços comunitários, ambulatoriais focais especializados e hospitalares (OMS, 2009).

Figura 1 – Pirâmide de organização de serviços para uma combinação ótima de serviços para a saúde mental.



Fonte: Organização Mundial da Saúde (OMS), 2009.

Como já mencionado, profissionais que atuam nos cuidados primários estão em uma excelente posição para prestar cuidados em saúde mental, já que representam o primeiro contato da pessoa com o serviço de saúde e manejam a maior parte das condições de saúde mental (GOLBERG; HUXLEY, 1992; KATES *et al.*, 1997; WANG *et al.*, 2005).

A OMS em associação com a Organização Mundial dos Médicos de Família (WONCA) lista em seu documento: “Integrando a saúde mental na atenção primária - uma perspectiva

global” sete boas razões para integrar a saúde mental na atenção primária, sendo elas (OMS, 2009):

- 1) a carga de transtornos mentais é grande
- 2) os problemas de saúde mental e física estão interligados
- 3) a lacuna de tratamento para transtornos mentais é enorme
- 4) a atenção primária à saúde mental melhora o acesso
- 5) a atenção primária à saúde mental promove o respeito aos direitos humanos
- 6) a atenção primária à saúde mental é acessível e econômica
- 7) a atenção primária à saúde mental gera bons resultados de saúde

A OMS também sugere que uma boa gestão da atenção primária para pessoas com problemas de saúde mental reduz o estigma e melhora o acesso ao tratamento (OMS, 2009).

Desde 1975, a instituição defende a integração dos cuidados em saúde mental na APS por meio da publicação do relatório intitulado “*Organization of Mental Health Services in Developing Countries*” (WHO, 1975). Foi demonstrado, também, que a intervenção precoce na atenção primária reduz os problemas de saúde mental subsequentes e é custo-efetivo (VAN’T VEER-TAZELAAR *et al.*, 2009).

Em 1978, a Conferência de Alma Ata reuniu, na então União Soviética, delegações de 134 países sob a liderança da OMS, e, por meio da Declaração de Alma-Ata, reafirmou a importância de se fortalecer os cuidados primários (BIRN, 2018). Vinte anos depois da primeira publicação da OMS, um grande estudo colaborativo internacional da OMS intitulado “*Mental Illness in General Health Care: An International Study*” demonstrou a importância da abordagem dos transtornos psicológicos na APS em regiões com diferentes culturas e níveis de desenvolvimento socioeconômico (SARTORIUS; USTÜN; WHO, 1995). Novas evidências e experiências sobre o assunto foram surgindo ao longo do tempo, com destaque para a já citada publicação intitulada “Integrando a saúde mental na atenção primária - uma perspectiva global” (OMS, 2009). Este estudo mostrou que, apesar dos esforços e alguns avanços, a desejada integração não se concretizou na maioria dos países. A falta de apoio político, gestão inadequada, serviços de saúde sobrecarregados e, às vezes, resistência dos gestores de políticas e profissionais de saúde têm dificultado o desenvolvimento dos serviços, apesar das evidências mostraram que existem abordagens terapêuticas eficazes e podem ser realizados com sucesso em ambientes de cuidados primários.

2.3. A integração da saúde mental na atenção primária no Brasil

O Brasil, desde 1994, estrutura um modelo de atenção orientado pela APS, considerada a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede do SUS. O acesso, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação de cuidados são atributos considerados essenciais na APS (GUSSO, 2011; STARFIELD, 2002).

O processo de integração da saúde mental na APS no Brasil está relacionado à reforma psiquiátrica, movimento político e social iniciado no final da década de 70, que tinha como objetivo um modelo de cuidado em saúde mental pautado na liberdade, respeito e autonomia das pessoas com transtornos mentais. A reforma envolveu o movimento antimanicomial e foi resultado da ampla mobilização de usuários, familiares e profissionais de saúde (BRASIL, 2011).

A Lei nº 10.216 de 2001 é o principal marco legislativo da saúde mental no Brasil e “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”. O Art. 2º, parágrafo único, garante o direito de a pessoa com transtorno mental ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental (BRASIL, 2001).

A integração da saúde mental na atenção primária no Brasil é normatizada pela primeira vez em 1992, por meio da Portaria nº 224. Segundo essa portaria, “o atendimento em saúde mental prestado em nível ambulatorial compreende um conjunto diversificado de atividades desenvolvidas nas unidades básicas/centros de saúde e/ou ambulatorios especializados” (BRASIL, 1992).

Outro marco importante para essa integração foi a Portaria nº 3.088, 2011 que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Nessa portaria, a Atenção Primária à Saúde é considerada ponto de atenção da Rede de Atenção Psicossocial e tem a responsabilidade de “desenvolver ações de promoção de saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, ações de redução de danos e cuidado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, compartilhadas, sempre que necessário, com os demais pontos da rede” (BRASIL, 2011a).

2.4. Apresentação do Sofrimento mental na Atenção Primária à Saúde

Como já discutido, é muito frequente a demanda por cuidados para diversas formas de sofrimento emocional nos cenários clínicos de APS. Antes de procurar um serviço médico, muitas pessoas em sofrimento emocional enfrentam essas dificuldades sozinhas ou procuram

apoio em suas famílias e comunidades. No entanto, não raro o mal-estar emocional compromete negativamente suas atividades diárias, sua vida social e moral e as leva a buscar auxílio no sistema de saúde (MENEZES, 2018).

Embora uma delimitação precisa entre vida moral individual e a dinâmica social seja, ao menos, um tema polêmico, as políticas públicas contemporâneas em saúde mental assumem que o bem-estar mental ou psicológico é influenciado tanto por características ou atributos individuais, quanto pelo contexto socioeconômico em que as pessoas se encontram e pelo ambiente mais amplo em que vivem (CASTELLÓ *et al.*, 2016; WHO, 2012). Os atributos e comportamentos individuais relacionam-se com a capacidade inata e aprendida de uma pessoa para lidar com pensamentos e sentimentos e para se autodirigir na vida diária, bem como a capacidade de lidar com o mundo social participando de atividades sociais, assumindo responsabilidades ou respeitando os pontos de vista dos outros. O estado de saúde mental de um indivíduo também pode ser influenciado por fatores genéticos e biológicos (WHO, 2012).

Estudos epidemiológicos também mostram associação entre o sofrimento emocional e condições socioeconômicas adversas, tais como a pobreza, baixa escolaridade, frágil rede de apoio e eventos de vida produtores de estresse (ARAYA *et al.*, 2001; COUTINHO; ALMEIDA FILHO; MARI, 1999; LUDEMIR, 2005; PATEL; KLEINMAN, 2003; WEICH; LEWIS, 1998). Por outro lado, há também evidências da importância dos fatores protetores, como educação, emprego e a existência de uma forte rede de apoio social (ARAÚJO; PINHO; ALMEIDA, 2005; COSTA; LUDERMIR, 2005; COUTINHO; ALMEIDA FILHO; MARI, 1999; FORTES, 2004; GOLDBERG; GOODYER, 2005; LUDERMIR; MELO FILHO, 2002).

Esses diferentes determinantes interagem entre si de forma dinâmica, podendo contribuir positivamente ou negativamente no estado de saúde mental de uma pessoa durante os ciclos de vida. Portanto, conhecer e compreender os diversos mecanismos pelos quais as pessoas passam por processos de sofrimento mental pode auxiliar na definição e elaboração de estratégias de intervenções adequadas, envolvendo a pessoa e diversos agentes.

Percebendo todas essas especificidades da apresentação do sofrimento emocional nos serviços de saúde de cuidados primários, foi proposto o termo Sofrimento Mental Comum, que será abordado de forma mais detalhada a seguir (GOLBERG; HUXLEY, 1992).

2.5. O Sofrimento Mental Comum

A demanda de saúde mental presente na APS vem sendo melhor estudada desde a década de 80. As atuais classificações nosológicas com critérios categoriais (DSM-V e Classificação Internacional das Doenças 11 – CID-11) foram elaboradas em outros cenários de

assistência e, muitas vezes, são inadequadas aos cenários da APS pelos motivos já discutidos (GOLBERG; HUXLEY, 1992).

A constante necessidade dos serviços de APS de abordar o sofrimento emocional, frequentemente associados a problemas psicossociais e que não preenchem necessariamente critérios diagnósticos padrão ou preenchem vários desses critérios em leve a moderada gravidade ao mesmo tempo, levou pesquisadores ingleses a criar o termo Transtorno Mental Comum (TMC) a partir um entendimento dimensional (GOLBERG; HUXLEY, 1992). Essa nomenclatura objetiva valorizar os problemas e as queixas do paciente sem necessariamente focar na nosologia ou em outras classificações diagnósticas, diminuindo assim os riscos de se realizar diagnósticos específicos precipitados e inadequados, com consequentes intervenções desnecessárias e incorretas (GONÇALVES; STEIN; KAPCZINSKI, 2008).

Goldberg e Huxley (1992) descreveram os TMCs como um conjunto de sinais e sintomas comumente encontrados nos espaços comunitários, cuja presença assinala uma alteração em relação ao funcionamento normal. São comumente associados a queixas difusas e inespecíficas de ordem somática e/ou psicológica, dificultando a identificação diagnóstica e que remitem muitas vezes espontaneamente. Cansaço extremo, fadiga, falta de ar, pressão no peito, dores múltiplas incessantes, dor de cabeça, dores durante relações sexuais, palpitações, inquietações, agitação e insônia, por exemplo, estão entre as queixas mais citadas nesses quadros. A prevalência de SMC nos serviços de cuidados primários no Brasil é alta. Estudos realizados nesses serviços encontraram prevalência entre 31,4% a 56% (FORTES; VILLANO; LOPES, 2007; LUCCHESI *et al.*, 2014).

Além de TMC, outros termos similares também podem ser encontrados na literatura sobre o assunto, como sofrimento mental comum, mal estar emocional sofrimento difuso e perturbações físico-morais (BRASIL, 2013; CASTELLÓ *et al.*, 2016; DUARTE, 1986; VALLA, 2002). Discutiremos a seguir as particularidades de cada definição.

No Brasil, em 2013, o Caderno de Atenção Básica sobre Saúde Mental do Ministério da Saúde, em sua primeira e até o presente única edição, adotou o termo Sofrimento Mental Comum. Essa publicação define o SMC como uma síndrome clínica de evolução flutuante, caracterizada por sofrimento mental que apresenta três dimensões de sintomas que se combinam: tristeza/desânimo, ansiedade e sintomas físicos. De acordo com este documento, as formas de expressão mais frequentes do sofrimento mental na APS muitas vezes não podem ser facilmente categorizadas como doenças. A definição utilizada é uma tentativa de evitar que se sobreponham comorbidades ou que se sucedam diagnósticos no tempo, que nada mais são do que intensidades diferentes da mesma combinação de sintomas. Reconhece-se a relação entre

os aspectos do contexto de vida da pessoa e o sofrimento mental comum e defende-se a ideia de que a abordagem desse sofrimento deve ter como ponto de partida a pessoa que sofre e a expressão desse sofrimento, e não as doenças ou transtornos (BRASIL, 2013). Nessa pesquisa, para fins de padronização, optamos por utilizar como referência esse termo e essa definição nacional.

Outro termo bastante usado é o “mal-estar emocional”, cunhado por autores espanhóis, se refere ao sentimento subjetivo por parte de uma pessoa de que seu bem-estar físico ou mental está ausente ou diminuído, de modo a interferir na execução das atividades da vida diária. As apresentações mais frequentes dessa condição são sentimentos de desconforto físico, emoções como tristeza, angústia, culpa ou medo e alterações comportamentais como abuso de substâncias, retraimento social ou agressividade. Os autores ressaltam a importância de uma abordagem individualizada, que considere as características biológicas e de personalidade, as experiências psicossociais prévias e o impacto do sofrimento na vida da pessoa. Além disso, criticam abordagens com foco em classificar e patologizar todo sofrimento emocional (CASTELLÓ *et al.*, 2016; FRAILE; VERDÚ, 2012).

O termo “Sofrimento Difuso” cunhado pelo professor e pesquisador no campo da saúde, Victor Vincent Valla, é definido como uma sensação de um mal-estar generalizado, que apresenta múltiplos sintomas, tais como: queixas somáticas inespecíficas, irritabilidade, insônia, nervosismo, dores no corpo, além de falta de perspectiva de vida e de lazer, entre outras manifestações (VALLA, 2002). É a expressão de um sofrimento que não tem substrato orgânico e que estaria vinculado a fatores psíquicos e sociais (FONSECA, 2007). Valla, de forma crítica, afirma que a noção de sofrimento difuso ainda não constitui, no Brasil, um elemento estruturante nem da formação profissional nem da organização do sistema na área de saúde. Não estando, portanto, previsto como demanda legítima (VALLA, 2002).

Julgamos interessante considerar também a representação de sofrimento a partir das pessoas que sofrem e não apenas a partir dos saberes biomédicos e psicológicos modernos. Para tal, consideramos aqui estudos das ciências humanas e sociais, mais especificamente os estudos antropológicos, que destacam o caráter cultural e social das queixas (MENEZES, 2012).

A intenção aqui é ressaltar a importância da complementaridade das duas abordagens e não estabelecer equivalência entre os conceitos, que pertencem a matrizes paradigmáticas diferentes, como a antropologia - que trata do código do “nervoso” – e a epidemiologia médica – que trata dos transtornos mentais comuns.

É importante ressaltar que a abordagem antropológica visa compreender o universo daqueles que sofrem a partir de suas próprias narrativas acerca de seu sofrimento,

diferentemente da abordagem da epidemiologia médica, que procura capturar o fenômeno em sua dimensão diagnóstica, estatística e social (FONSECA, 2007).

Nesse sentido, o antropólogo Luiz Fernando Duarte estabeleceu o estudo do código “nervoso” em que se enuncia fundamentalmente as “perturbações físico-morais” sofridas pelas pessoas. O autor utiliza o termo moral e não psíquico ou mental, para marcar um certo distanciamento dos saberes modernos ocidentais, que separam de forma nítida corpo e mente, sujeito e mundo. Perturbações físico-morais são condições, situações ou eventos de vida considerados irregulares ou anormais pelos sujeitos sociais e que envolvam ou afetem não apenas sua mais imediata corporalidade, mas também sua vida moral, seus sentimentos e sua autorrepresentação (DUARTE, 1986).

2.6. Abordagem do Sofrimento mental na Atenção Primária à Saúde

A interpretação clínica do bem-estar e do adoecimento “mental” ou “psiquiátricos” não foi, e continua assim, um tema de consenso na medicina acadêmica moderna, passando por diversas mudanças desde o século passado. A partir da segunda metade do século XX se construiu uma hegemonia do modelo biomédico, que entende que os transtornos mentais são resultados de desequilíbrios bioquímicos que devem ser corrigidos com a utilização de psicofármacos (CASTELLÓ *et al.*, 2016). Contudo, em vários momentos essa hegemonia foi tensionada a partir de questionamentos em relação à falta de evidências contundentes em relação a esse modelo bioquímico.

Uma das primeiras iniciativas que questionou o modelo biomédico se deu na década de 50, a partir do trabalho do psicanalista húngaro Michael Balint. Esse questionamento ao modelo então vigente foi representado pelo livro de Balint “O Médico, Seu Paciente e a Doença”, e originou outras publicações e seminários que marcaram críticas e uma tentativa de distanciamento do modelo essencialmente biomédico nos médicos que atuavam na atenção primária da época (BALINT, 1988).

Historicamente, corroborando a hegemonia do modelo biomédico, os serviços de saúde ocidentais trabalham com uma orientação voltada para o transtorno mental, e não para a saúde mental, o que tem dificultado a compreensão e abordagem dos processos de sofrimento mental (CASTELLÓ *et al.*, 2016). Nos serviços de atenção primária, de forma geral, o processo é semelhante e, na prática, o foco das abordagens são em sua maioria também relacionados à doença, e não à pessoa que está em sofrimento emocional.

Apesar de ainda prevalecer a hegemonia do modelo biomédico, já há evidências científicas de que a eficácia dos antidepressivos em relação ao placebo é mínima ou inexistente

nos transtornos mentais leves ou moderados. A relação risco-benefício para o tratamento farmacológico é, portanto, desfavorável para a maioria dos pacientes atendidos em serviços de atenção primária, que tendem a ter sintomas leves a moderados quando comparados com os efeitos adversos do medicamento associados à tolerabilidade e abstinência (ARROLL *et al.*, 2016; FOURNIER *et al.*, 2010; KIRSCH *et al.*, 2008). Existem importantes diretrizes médicas que recomendam contra o tratamento farmacológico para essas situações e reconhecem as intervenções psicossociais como abordagem inicial de escolha. (RCP, 2019; WISE, 2019; WONCA, 2017).

A seguir, faço um resgate histórico em relação à abordagem farmacológica e não farmacológica do SMC nos serviços de atenção primária à saúde e mostro, também, o que tem sido proposto.

2.6.1. Intervenções farmacológicas

*“Mother needs something today to calm her down
And though she's not really ill
There's a little yellow pill”*

(Mother's Little Helper – The Rolling Stones)

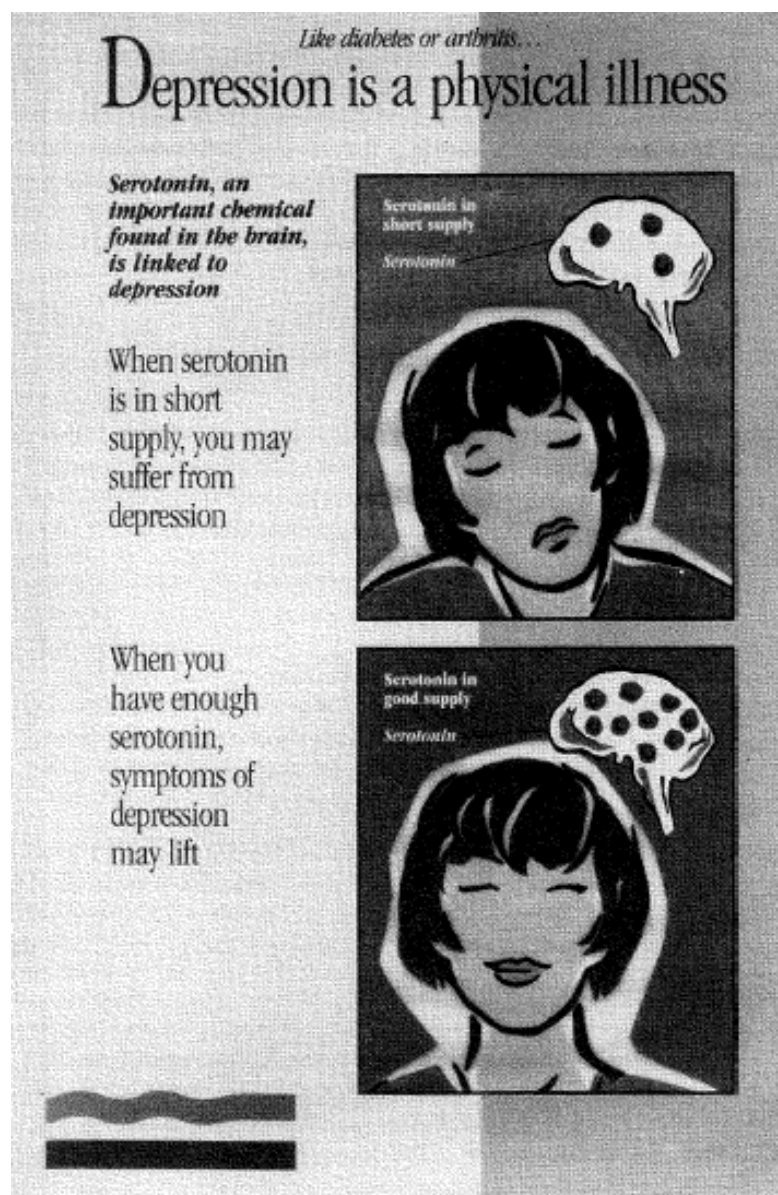
Medicamentos psicotrópicos são amplamente prescritos para pessoas com sofrimentos emocionais e comportamentais desde as décadas de 1960, quando pesquisadores apresentaram a hipótese de que transtornos mentais estavam associados a baixos níveis de neurotransmissores (COPPEN, 1967; SCHILDKRAUT, 1965). A partir daí, impulsionado pela indústria farmacêutica, o uso de ansiolíticos e antidepressivos para o tratamento de sintomas emocionais leves a moderados na atenção primária tornou-se um fenômeno global (BALTER; LEVINE; MANHEIMER, 1974), com repercussões sociais importantes. O cientista social Nikolas Rose estudou os impactos desse fenômeno na maneira como as pessoas pensam sobre seus sofrimentos mentais e sobre si mesmas. Segundo Rose, as pessoas passaram, a partir de então, a recodificar e entender seus sofrimentos emocionais em termos de suas substâncias químicas cerebrais e pensar em si como “eus neuroquímicos”, o que impactou negativamente o senso de autonomia e autoeficácia (ROSE, 2004).

É importante entender que esse fenômeno, que mudou o entendimento de pacientes e médicos e a abordagem aos transtornos emocionais na atenção primária, se deu essencialmente pela ampla ação da indústria farmacêutica e não foi embasado por estudos de qualidade realizados pela comunidade médica e científica. O setor das empresas farmacêuticas passou a investir de forma massiva em marketing direcionado aos pacientes e aos profissionais. Não por

acaso, pesquisas apontaram que mais de 80% do público em geral acredita que transtornos mentais são causados por um 'desequilíbrio químico' (PESCOSOLIDO *et al.*, 2010; PILKINGTON; REAVLEY; JORM, 2013) e muitos médicos que atuam na atenção primária também concordam com essa visão (READ *et al.*, 2020).

A partir de 1950 houve o surgimento de novos medicamentos psicotrópicos, com destaque para o lançamento do Meprobamato, medicamento vendido como indutor de relaxamento muscular e ansiolítico que não produzia sono ou causava dependência. Impulsionado pelas campanhas publicitárias, no final da década de 1950, o Meprobamato tornou-se um dos medicamentos mais prescritos do mundo (BLACKWELL, 1973; SHORTER, 1998; WEST, 1991). Em seguida, várias empresas farmacêuticas percebendo o sucesso de vendas sem precedentes do Meprobamato e reconhecendo a grande demanda por consultas médicas para abordar sintomas mentais leves a moderados começaram a comercializar medicamentos concorrentes. Assim, foi lançado o Clordiazepóxido, primeiro benzodiazepínico, que rapidamente ultrapassou o Meprobamato como o medicamento mais prescrito nos serviços de atenção primária. No início da década de 1970 o Diazepam, lançado em 1969, tornou-se o medicamento mais prescrito no mundo por uma década (BLACKWELL, 1973; CALLAHAN; BERRIOS, 2004). No final da década de 1980 iniciou uma forte campanha de marketing da indústria farmacêutica para promover o retorno da ideia de que os sofrimentos emocionais são resultados de um desequilíbrio ou deficiência de neurotransmissores no cérebro e que os Inibidores Seletivos de Recaptação de Serotonina (ISRS) eram 'balas mágicas' que corrigiam essa anormalidade (HEALY, 2015). Um panfleto de propaganda da indústria farmacêutica direcionado ao público leigo da década de 1990, por exemplo, informava às pessoas que “quando a serotonina está em falta, você pode sofrer de depressão”. Os panfletos eram enviados para os médicos distribuírem para os pacientes (VALENSTEIN, 1998).

Figura 2 – Folheto enviado por uma indústria farmacêutica aos médicos para distribuir para os pacientes com a intenção de promover a venda do Prozac®.



Fonte: Retirado do livro *Blaming the Brain*, de Elliot Valenstein, 1988.

Nos Estados Unidos, por exemplo, essas drogas ficaram conhecidas como "*Mother's little helper*" (tradução livre: pequeno ajudante para mãe), em referência à utilização por mulheres de meia-idade, as quais tornaram-se popularmente rotuladas como as principais usuárias de ansiolíticos e antidepressivos (BURY, 1996). Portanto, pode-se entender o uso dos ansiolíticos e antidepressivos como um fenômeno social – fortemente marcado pelo apelo mercadológico e cultural – do que um avanço médico, com pouca ou nenhuma participação mais criteriosa da comunidade acadêmica ou de órgãos reguladores.

No início da década de 1990 críticas em relação à ampla e indiscriminada prescrição dessas substâncias começaram a surgir por parte da população e da comunidade científica.

Preocupações e questionamentos em relação a uma eficácia superestimada, risco subestimado e relatórios evidenciando vieses da indústria farmacêutica ganharam importância e visibilidade (FARAH *et al.*, 2016). Mais recentemente, em 2022, essa discussão ganhou novamente destaque com a publicação de uma importante revisão sistemática, que reuniu as evidências de todas as principais áreas de pesquisa sobre conexões entre serotonina e depressão (MONCRIEFF *et al.*, 2022). A revisão demonstra que não há evidências consistentes de haver uma associação entre serotonina e depressão, e nenhuma evidência que suporte a hipótese de que a depressão é causada por atividade ou concentração reduzida de serotonina. Aponta ainda que algumas evidências foram consistentes com a possibilidade de que o uso prolongado de antidepressivos reduza a concentração de serotonina.

Esses questionamentos em relação à eficácia e segurança dos tratamentos farmacológicos também levaram a um aumento do interesse em tratamentos não farmacológicos para depressão e construção de evidências como veremos a seguir.

2.6.2. Intervenções não farmacológicas

A abordagem não farmacológica dos problemas de saúde mental está fundamentada principalmente em ferramentas de bases conceituais do campo da psicologia, sendo comumente denominadas terapias psicológicas. Utiliza-se, desde a década de 1950, mais comumente o termo intervenções psicossociais, por ser mais amplo e envolver outras estratégias (ALVES; FRANCISCO, 2009; CHASE, 2021).

Intervenções psicossociais para saúde mental podem ser definidas como atividades, técnicas ou estratégias interpessoais ou informativas que visam fatores biológicos, comportamentais, cognitivos, emocionais, interpessoais, sociais ou ambientais com o objetivo de melhorar o funcionamento da saúde e o bem-estar (INSTITUTE OF MEDICINE, 2015).

Desde a metade do século XX já havia recomendações de se utilizar abordagens não farmacológicas para pacientes com transtornos mentais. Contudo, na prática, os médicos que atuavam nos cuidados primários, em sua maioria, ofereciam tratamento medicamentoso. Nessa época, os profissionais muitas vezes confundiam aconselhamento informal, apoio e “psicologia do senso comum” – que aconselhava por exemplo ao paciente tirar férias, mudar de emprego, dominar os nervos e não levar as coisas muito a sério – com intervenções psicoterápicas (BALINT, 1988). Além disso, não há dados da época em relação à eficácia dessas abordagens informais (CALLAHAN; BERRIOS, 2004).

Nas décadas de 1950 e 1960, intervenções psicossociais tornaram-se sinônimo de psicanálise, assim, a psicoterapia em geral sofreu com as críticas negativas e com a redução da

confiança expressa em relação à psicanálise. Isso refletiu na abordagem dos médicos da APS, que se tornaram céticos e confusos em relação ao papel da psicoterapia no tratamento de distúrbios emocionais nos cenários de cuidados primários (CALLAHAN; BERRIOS, 2004).

Estudos observacionais mostram que a falta de tempo e de treinamento adequado para realizar intervenções psicossociais foram fatores que contribuíam para a não utilização dessa abordagem não farmacológica pelos médicos que atuavam na Atenção Primária à Saúde da época (CALLAHAN; BERRIOS, 2004).

Visando superar essas barreiras e qualificar a assistência às pessoas com transtornos mentais, Balint (1988), desenvolveu na década de 1950 uma série de seminários para treinar os *General Practitioners* (GPs) de Londres a partir de técnicas simples e pragmáticas de psicoterapia.

Balint também criticava a formação inadequada em psicoterapia e a subutilização da técnica, mesmo entre os psiquiatras. Nessa época, ele afirmou que “A psicoterapia dos clínicos gerais foi até aqui mera habilidade empírica, bem intencionada, fortuita, dificilmente testada, e muito longe da padronização que confere segurança” (BALINT, 1988; CALLAHAN; BERRIOS, 2004). Apesar do esforço de Balint, não há registros que indiquem que um grande número de profissionais que atuavam na Atenção Primária à Saúde realizou os treinamentos oferecidos pelo médico húngaro (CALLAHAN; BERRIOS, 2004). Além disso, essas novas reflexões não foram introduzidas nas faculdades de medicina, o que limitou o impacto do movimento e garantiu a permanência do modelo biomédico como hegemônico (FREEMAN, 2018).

Diante das evidências em relação aos benefícios do uso da abordagem não farmacológica e percebendo que havia uma carência de materiais para a capacitação dos médicos que atuavam na APS, importantes entidades internacionais elaboraram manuais e instrumentos para capacitação em intervenções baseados em evidências a partir de estudos realizados em vários países (OPAS, 2018; WONCA, 2017).

Em 2008, a OMS lançou um programa mundial de ação para reduzir as lacunas em saúde mental (mhGAP, na sigla em inglês), com o objetivo de reduzir a histórica falta de cuidados de saúde, especialmente em países de baixa e média renda, para pessoas com transtornos mentais, neurológico e por uso de álcool e outras drogas. Então, em 2010, a organização publicou a primeira versão do Manual de Intervenção do mhGAP (MI-GAP), que foi desenvolvido para facilitar a prestação de intervenções baseadas em evidências em locais de cuidados primários. O MI-GAP foi desenvolvido por meio de um intenso processo de revisão sistemática de evidências, a fim de se chegar às recomendações (OPAS, 2018).

Em 2017, o Grupo de Trabalho para Saúde Mental do WONCA elaborou um documento intitulado “*Family doctors’ role in providing non-drug interventions (NDIs) for common mental health disorders in primary care*” (WONCA, 2017). O objetivo deste documento era ampliar a conscientização sobre o papel das intervenções não medicamentosas na abordagem e gerenciamento de transtornos mentais comuns e incentivar os médicos de família a incorporar esses tratamentos baseados em evidências em sua prática clínica. O grupo reuniu evidências da literatura para fazer recomendações sobre como promover o uso de intervenções não medicamentosas com foco nas necessidades de treinamento dos médicos de família e recomendações sobre modelos de prestação de serviços relevantes para a atenção primária

Muitos autores dividem as intervenções psicossociais em dois grandes grupos: básicas ou de baixa intensidade/complexidade e as avançadas ou de alta intensidade/complexidade. No primeiro grupo estão intervenções e habilidades que podem ser realizadas sem muitas dificuldades por profissionais não especialistas focais em saúde mental, demandam menos tempo para sua realização, podem consistir em terapias modificadas e adaptadas e visam melhorar a autoeficácia dos pacientes. O segundo grupo abarca intervenções e habilidades realizadas preferencialmente por especialistas focais em saúde mental. Contudo, podem ser realizadas por profissionais de saúde não especialistas em saúde mental, mas são intervenções que necessitam mais que algumas horas para que um profissional da saúde aprenda, e mais que algumas horas para sua aplicação. Não há, contudo, consenso na literatura em relação a quais tipos de intervenções fazem parte de cada grupo. Optamos por utilizar como referência nesta pesquisa as classificações de documentos que são focadas nas abordagens em cenários de Atenção Primária à Saúde (BRASIL, 2013; CASTELLÓ *et al.*, 2016; MENEZES; CORREIA, 2016; OPAS, 2018; WONCA, 2017).

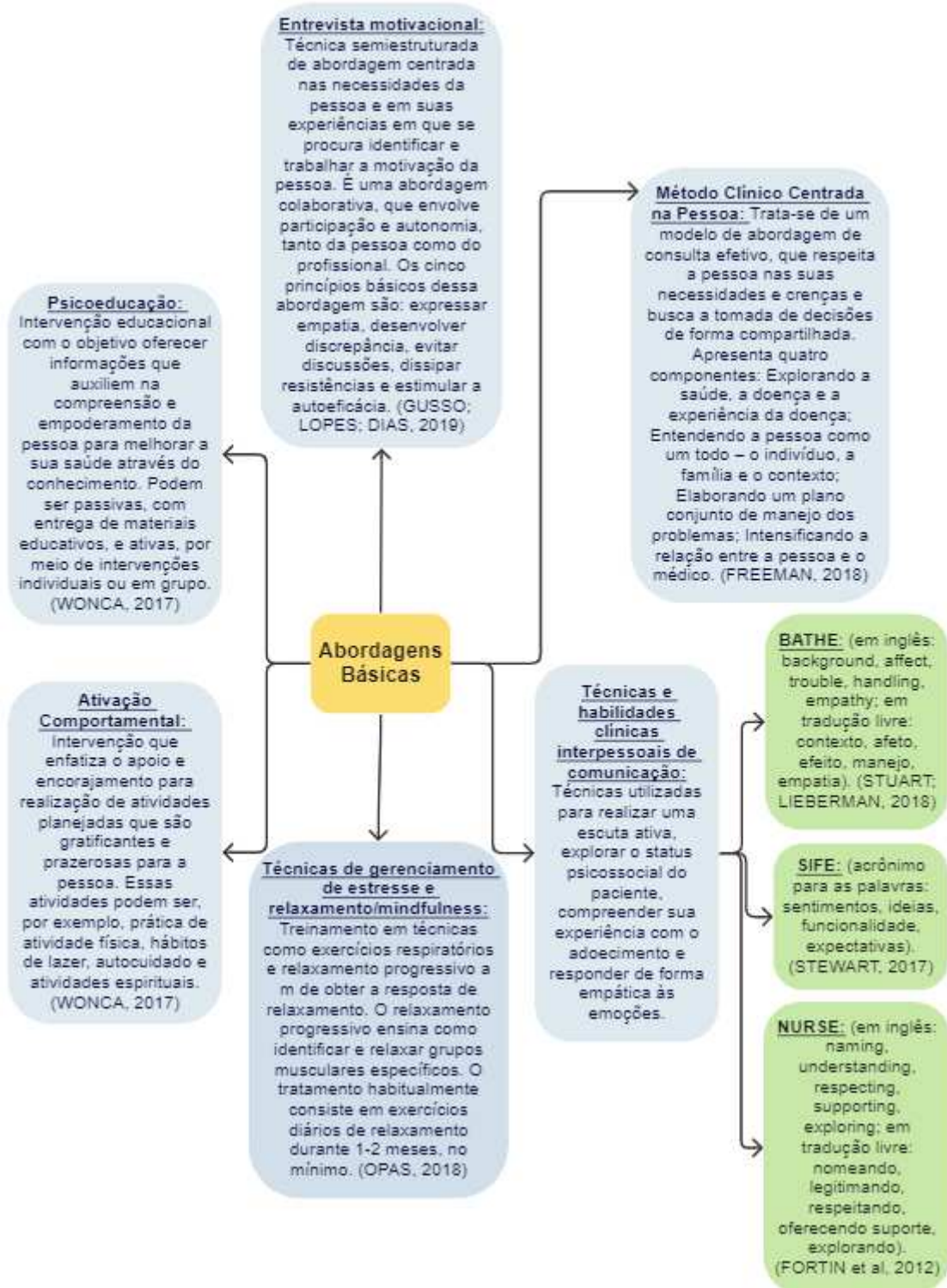
As principais referências focadas na abordagem em cenários de cuidados primários consideram como principais intervenções básicas: técnicas e habilidades clínicas de comunicação - com destaque para a escuta ativa e empática-, entrevista clínica centrada na pessoa, entrevista motivacional, psicoeducação, ativação comportamental/estímulo e fortalecimento da rede social, do autocuidado e a prática de atividade física, técnicas de gerenciamento de estresse e relaxamento/*mindfulness*. Entre as intervenções avançadas destacam-se: terapia de reatribuição, terapia de solução de problemas, terapia interpessoal e terapia familiar (BRASIL, 2013; CASTELLÓ *et al.*, 2016; MENEZES; CORREIA, 2016; OPAS, 2018; WONCA, 2017). As evidências sugerem que explorar essas questões durante uma visita ao consultório pode aumentar a compreensão do médico sobre a situação de vida do

paciente e melhorar a satisfação e o empoderamento do paciente (STUART; LIEBERMAN, 2018).

Apesar de não estar inserida no rol de competências em saúde mental citadas pela WONCA (WONCA, 2017), destacamos também a terapia comunitária integrativa (TCI), desenvolvida pelo brasileiro Adalberto Barreto. Optamos por incluí-la e considerá-la como uma habilidade avançada pelo tipo de treinamento e tempo de execução.

A Figura 3 a seguir apresenta as principais intervenções, iniciando pelas abordagens básicas e finalizando com o grupo das intervenções avançadas.

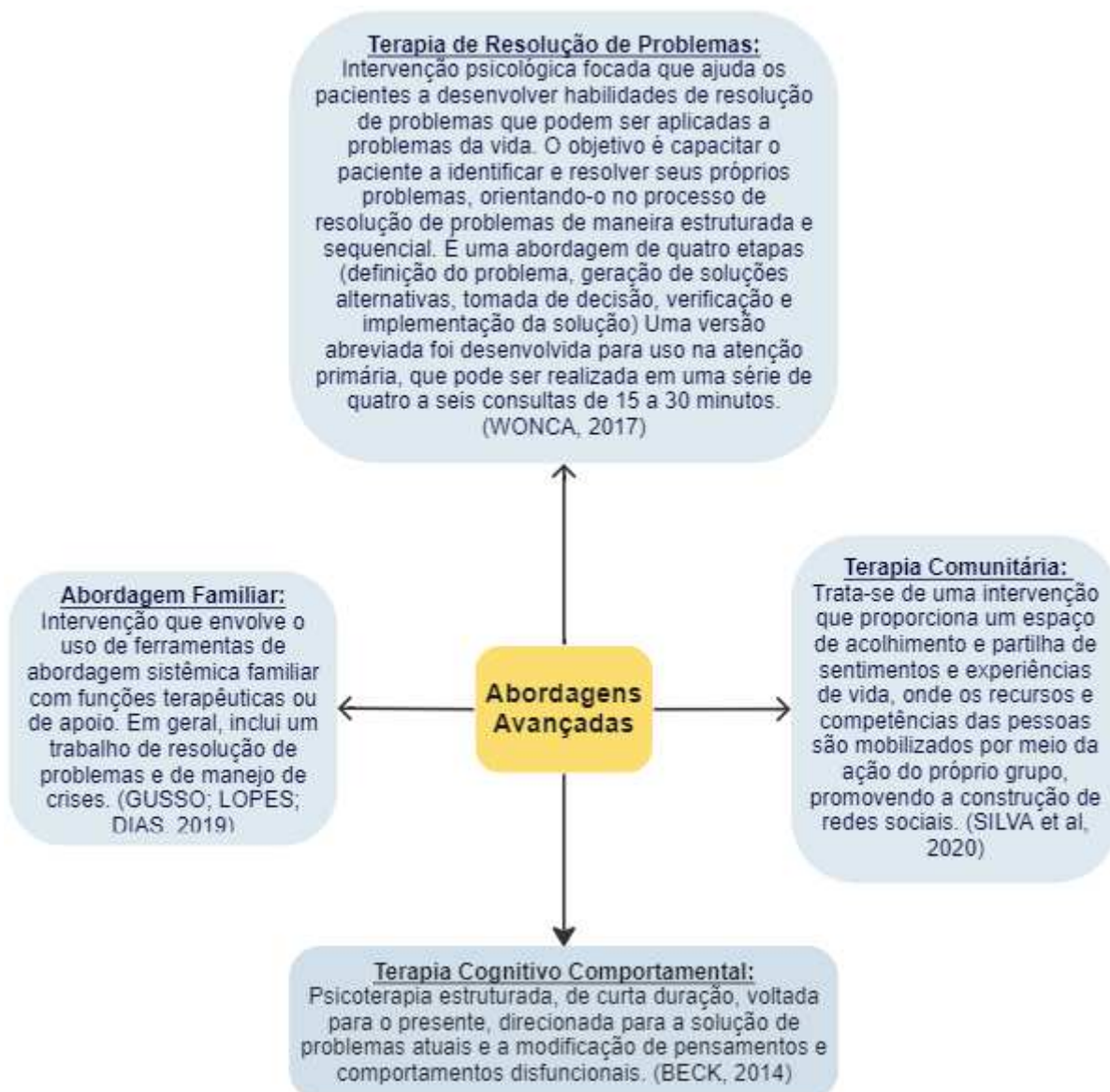
Figura 3 – Intervenções psicossociais básicas.



Fonte: Próprio autor, 2023.

Já a Figura 4 descreve as técnicas de intervenções psicossociais avançadas:

Figura 4 – Intervenções psicossociais avançadas.



Fonte: Próprio autor, 2023.

Optei por descrever também as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) ou medicinas tradicionais, complementares e integrativas (MTCI) – denominação utilizada pela OMS, que, apesar de não serem consideradas intervenções psicossociais, também são estratégias de abordagem muito utilizadas no campo da saúde mental no Brasil, sobretudo após a criação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS (BRASIL, 2015a).

As PICS fazem parte de um amplo conjunto de práticas de atenção à saúde, baseado em teorias e experiências de diferentes culturas, utilizadas para promoção da saúde, prevenção e recuperação (BRASIL, 2015a). As PICS integram e complementam tratamentos convencionais, com o objetivo de contribuir para a identificação das causas e melhoria de sintomas que afetam

o bem-estar das pessoas. As ações das PICS são transversais nos diversos pontos de atenção, mas desenvolvem-se prioritariamente na atenção primária, pois, em geral, usam tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade tecnológica. Em 2023, as práticas institucionalizadas pelo Sistema Único de Saúde são: Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura, Medicina Antroposófica, Homeopatia, Plantas Medicinais e Fitoterapia, Termalismo Social/Crenoterapia, Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa, Yoga, Apiterapia, Aromaterapia, Bioenergética, Constelação familiar, Cromoterapia, Geoterapia, Hipnoterapia, Imposição de mãos, Ozonioterapia e Terapia de Florais.

Após essa contextualização e resgate histórico de alguns conceitos, apresento, a seguir, o itinerário empírico desta pesquisa. Fui à campo para tentar compreender como tem sido a abordagem do sofrimento mental comum por residentes e preceptores em MFC. Meu interesse inicial foi explorar se o que está descrito nos modelos teóricos está sendo executado, de fato, na prática dos cuidados primários.

3 OBJETIVOS

3.1. Objetivo Geral

Investigar o processo de ensino-aprendizagem e a abordagem do SMC em programas de residência de Medicina de Família e Comunidade de Minas Gerais a partir das narrativas de residentes e preceptores.

3.2. Objetivos Específicos

- Compreender as narrativas de residentes e de preceptores em relação a abordagem do SMC, e verificar se há contrastes e convergências.
- Analisar facilidades e dificuldades na aprendizagem da abordagem do SMC pelos residentes de MFC;
- Analisar facilidades e dificuldades no ensino da abordagem do SMC pelos preceptores de MFC;
- Reconhecer a utilização e a aprendizagem das ferramentas de intervenções psicossociais na abordagem do SMC;
- Explorar as lacunas e demandas de ensino-aprendizagem em relação à abordagem do SMC;
- Elaborar uma cartilha guia para abordagem de Sofrimento Mental Comum na Atenção Primária à Saúde.

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1. Orientação do estudo

Trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo descritiva, que objetiva a “compreensão de um fenômeno por meio do acesso aos significados que os participantes atribuem a eles” (BRADSHAW; ATKINSON; DOODY, 2017). Para ampliar o conhecimento do fenômeno de interesse, adotamos como principal estratégia a realização de entrevistas de aprofundamento realizadas com residentes e preceptores de três programas de residência em MFC do estado de Minas Gerais.

4.2. Cenário e população do estudo

A pesquisa foi realizada com preceptores e residentes de dois programas no interior de Minas Gerais e um na capital mineira. A escolha dos programas de residência pesquisados foi intencional. Foi planejado priorizar programas de reconhecida qualidade na formação de médicos de família, que buscassem oferecer o treinamento dentro dos padrões indicados pela SBMFC. Esta escolha poderia oportunizar o mapeamento de experiências mais exitosas no ensino da abordagem do sofrimento mental na APS. Porém, na ausência de uma avaliação formal dos programas de residência em MFC em Minas Gerais, foram selecionados programas indicados pelos orientadores da pesquisa, pesquisadores em medicina de família e comunidade, e valorizados nos círculos “esotéricos” (TESSER, 2008) de aprendizagem em MFC de que também participa o autor.

Para garantir o sigilo dos participantes da pesquisa e dos programas de residência, estes serão designados pelos números 1, 2 e 3. Os programas de residência número 1 e 2 são vinculados a universidades federais do interior do estado de Minas Gerais, e o programa de residência número 3 localiza-se em Belo Horizonte e está vinculado a um hospital público. Todos os campos de estágio estavam em cenários urbanos, com exceção de dois deles, que estavam localizados em ambiente rururbano.

Durante a pesquisa o programa número 1 contava com quatro residentes e seis preceptores atuando em campos de estágio na APS. O programa número 2 possuía 21 residentes e 10 preceptores em estágios em APS. Já o programa número 3 estava com 24 residentes e 12 preceptores em estágios na APS. Considerando toda a população das residências quando a pesquisa foi realizada, havia 77 pessoas potenciais participantes no universo investigado.

4.3. Participantes do estudo

Participaram da pesquisa oito médicos residentes do segundo ano e oito médicos de família e comunidade preceptores dos programas de residência selecionados. A Tabela 1 demonstra o total de residentes e preceptores em cada programa e quantos foram entrevistados.

Tabela 1 – Distribuição de entrevistados (residentes e preceptores) em cada programa de residência médica.

PROGRAMA DE RESIDÊNCIA	PRECEPTORES		RESIDENTES	
	Total	Entrevistados	Total	Entrevistados
Programa 1	6	2	4 (2R1*/2R2**)	2 R2
Programa 2	10	3	21 (10R1/11R2)	3 R2
Programa 3	12	3	24 (11R1/13R2)	3 R2
*R1: Residente do primeiro ano. **R2: Residente do segundo ano.				

Fonte: Próprio autor, 2023.

Foram adotados como critérios de inclusão: voluntários adultos, que fossem residentes do segundo ano ou preceptores de Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade (PRMMFC) dos programas selecionados, que expressassem disponibilidade de tempo para participar da pesquisa. Em relação aos critérios de exclusão, considere indivíduos que não desejassem participar ou que, a qualquer momento, cancelassem seu consentimento.

A seleção dos participantes foi realizada a partir dos métodos de amostragem intencional e de extremos. Foi realizado contato com os supervisores de cada programa e foi solicitado que eles indicassem preceptores e residentes que tivessem – de acordo com sua percepção – maior e menor facilidade para abordar o tema sofrimento mental comum. O convite aos participantes foi realizado por meio de ligação telefônica ou mensagem de texto pelo celular.

Ao final, 16 participantes (oito residentes e oito preceptores) colaboraram com o estudo, de um total de 54 pessoas que atendiam aos critérios. Optou-se por entrevistar residentes apenas do segundo ano para evitar participantes que estivessem nos primeiros meses da residência e não tivessem contato suficiente com o campo de estágio para responder a entrevista.

Definiu-se o tamanho final da amostra em 16 participantes respeitando a limitação técnica do pesquisador em realizar as entrevistas e analisar os dados de forma detalhada, cumprindo o prazo determinado. Como se trata de uma pesquisa qualitativa descritiva não há o objetivo de buscar generalizações estatisticamente significativas, e sim aprofundar na perspectiva de cada participante, desenvolvendo uma compreensão e descrevendo o fenômeno (BRADSHAW; ATKINSON; DOODY, 2017).

Os nomes dos residentes e preceptores foram omitidos a fim de garantir sigilo. Para a identificação dos residentes foi atribuída a letra R (em referência ao termo residente), uma letra (A, B ou C) e um número (1, 2 ou 3, correspondente ao que foi atribuído ao seu programa). Para os preceptores foi atribuída a letra P (referente ao cargo de preceptor), uma letra (A, B ou C) e um número (1, 2 ou 3, correspondente ao que foi atribuído ao seu programa).

4.4. Entrevistas e análise do material empírico

De março/2022 a maio/2022, os 16 participantes foram entrevistados utilizando como referência roteiros semiestruturados de aprofundamento elaborados pelo pesquisador (Apêndices A e B), sendo um destinado aos residentes e outro aos preceptores. Os roteiros também incluíram um componente projetivo. Uma situação clínica (para os residentes) e uma de ensino (para os preceptores) criadas pelo pesquisador eram apresentadas aos participantes. Em seguida, eles eram convidados a descrever como lidariam com aquele “caso”.

Um instrumento foi empregado para apoiar a descrição do perfil sociodemográfico e da trajetória formativa e profissional dos participantes. Utilizamos um questionário sociodemográfico simples para conhecer o perfil dos residentes e outro para os preceptores (Apêndices C e D).

Antes da entrevista todos os participantes receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice E). Nos encontros virtuais, os participantes declararam verbalmente ter lido e concordado com o documento, e foi realizada a gravação de áudio da declaração. Nas entrevistas presenciais, o TCLE foi assinado de forma manuscrita e os termos foram armazenados pelo pesquisador.

A coleta de dados ocorreu durante a pandemia de COVID-19, sendo 75% das entrevistas realizadas de forma remota, por meio da plataforma *Google Meet*. Algumas entrevistas foram realizadas de forma presencial por preferência do participante, e ressalta-se que todas as orientações para evitar a disseminação do coronavírus foram seguidas nos encontros presenciais.

A pesquisa reuniu dados na forma de relatos descritivos, transcrições de entrevistas e resumos das respostas dos questionários. As entrevistas tiveram duração média de 23 minutos. As gravações de áudio, após consentimento do participante, foram transcritas literalmente pelo pesquisador e armazenadas juntamente com as transcrições em um disco rígido externo. Os dados ficarão arquivados off-line sob responsabilidade do pesquisador por 5 (cinco) anos. Decorrido este tempo, o pesquisador encaminhará os documentos para a sua destinação final, de acordo com a legislação vigente.

A análise dos dados nesta pesquisa qualitativa envolveu a leitura e organização de todos os dados coletados ao longo da pesquisa, transcrições das entrevistas, sistematizações das respostas aos questionários fechados. O material foi codificado e categorizado, seguindo princípios de análise de temática de Braun e Clarke, composto por seis passos: familiarização com os dados; geração de códigos iniciais; busca de temas; revisão de temas; definição e nomeação de temas e produção do relatório (BRAUN; CLARKE, 2006). Ao longo do período de análise, foram realizadas reuniões regulares com os orientadores.

4.5. Aspectos éticos

A presente pesquisa não envolveu qualquer tipo de intervenção, sendo regida, portanto, pela resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. Esta resolução trata de normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais que envolvem a utilização de dados diretamente obtidos com participantes de pesquisas.

Este projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFV. Os participantes não foram identificados e suas identidades foram mantidas sob sigilo e confidencialidade durante toda a pesquisa. A participação na pesquisa foi voluntária, não remunerada e consentida por meio da concordância com o TCLE. O TCLE apresenta as informações como título da pesquisa, nome do pesquisador e forma de contatá-lo, objetivos, justificativas, métodos da pesquisa, riscos e benefícios da participação, informe do direito à indenização em caso de danos produzidos pela pesquisa, dados do CEP responsável pela avaliação ética. Segundo o artigo 4 da resolução 510/2016, o consentimento poderá ser obtido ou registrado em qualquer fase da pesquisa, bem como retirado a qualquer momento sem prejuízo do participante. Também, em conformidade com os artigos 15 e 16 desta resolução, demos prioridade ao consentimento por meio de assinatura do TCLE. Ademais, o assentimento ocorreu por meio de registro de áudio ou videogravação no caso de entrevistas ou aplicação dos questionários de forma remota, após leitura do TCLE, especialmente no contexto da pandemia de COVID-19.

4.6. Riscos

Considerando os métodos da pesquisa os principais riscos para os participantes foram o desconforto de interagir com estranhos, o medo de outras repercussões eventuais de sua participação, o incômodo devido tempo despendido (aproximadamente 30 minutos) na extensão das respostas à entrevistas e questionários, desconfortos emocionais como tristeza, raiva, constrangimento ou preocupações desencadeado por alguma pergunta das entrevistas ou

questionários e a preocupação com a possibilidade de estigmatização decorrente de uma quebra de sigilo de sua identificação.

Para minimizar estes riscos, a coleta se deu em momento agendado com hora e data conveniente ao pesquisado. O pesquisador por meio da leitura do TCLE assegurou o sigilo e a confidencialidade da identificação dos participantes e o direito ao não consentimento e ao de cancelamento do assentimento a qualquer momento. O pesquisador esteve preparado para acolher e reagir de forma empática às reações emocionais desconfortáveis, oferecendo a possibilidade de interrupção da atividade se necessário.

4.7. Benefícios

Como benefícios, a pesquisa dará visibilidade a um tema muito prevalente e importante para a prática do Médico de Família e Comunidade a partir das percepções dos médicos residentes, em um ambiente protegido e sigiloso. Essas informações poderão contribuir para uma melhor adequação dos currículos dos programas de residência e elaboração de uma cartilha informativa sobre o tema, resultando em benefícios para os participantes.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Apresentarei os resultados, partindo de uma descrição dos participantes e dos cenários do estudo (unidades básicas de saúde e programas de residências). Em seguida, discutirei a forma como as pessoas chegam até essas unidades e posteriormente como acessam as consultas médicas. Por fim, chego ao fenômeno principal de estudo: o sofrimento mental comum. Tento compreender como se dá o processo de ensino-aprendizagem em SMC entre residentes e preceptores em um ambiente de assistência e ensino, como o das unidades de residência.

5.1. Conhecendo os participantes

5.1.1. Perfil sociodemográfico e trajetória acadêmica dos residentes

O perfil dos residentes variou, em idade, de 24 a 34 anos, com média de 27,75. Em relação ao gênero, 62,5% se identificam como mulher cisgênero e 37,5% como homem cisgênero. Nenhuma outra identidade de gênero foi declarada. Em relação à cor/raça, 75% dos participantes se declararam brancos e 25% pardos.

A maior parte dos residentes (62,5%) concluiu sua graduação em medicina em instituições públicas. O tempo de formado variou de um a três anos. Todos os residentes estavam matriculados em programas de residência vinculados a instituições públicas.

5.1.2. Perfil sociodemográfico e trajetória acadêmica dos preceptores

Os preceptores entrevistados tinham entre 27 e 44 anos, com média de 32,8 anos. Em relação ao gênero, 25% se identificam como mulher cisgênero e 75% como homem cisgênero. Nenhuma outra identidade de gênero foi declarada. Em relação a cor/raça, seis dos participantes se declararam brancos, dois pardos e uma preta.

Todos os preceptores eram especialistas em Medicina de Família e Comunidade e o tempo de exercício da função de preceptoria variou entre um e 14 anos, com média de 4,6 anos. Todos haviam se especializado em instituições públicas, com exceção de um, que não cursou residência médica e se titulou por meio de prova de título concedido pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC).

5.2. Organização do processo laboral na Atenção Primária à Saúde e o espaço de trabalho

Nos modelos contemporâneos de sistemas de saúde, a APS é considerada o nível de atenção à saúde responsável por oferecer acesso e cuidado integral e longitudinal, além de coordenar os cuidados com os demais níveis da rede de saúde (BRASIL, 2017). No Brasil, a

Estratégia Saúde da Família (ESF) é o modelo prioritário de organização da APS adotado pelo SUS e é desenvolvida por meio de práticas de cuidado dirigidas à população de um território adscrito conduzidas preferencialmente por uma Equipe de Saúde da Família (eSF). Esta equipe é composta no mínimo por médico, preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiro, preferencialmente especialista em saúde da família; auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS). Podem também fazer parte da equipe agentes de combate às endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista, preferencialmente especialista em saúde da família, e auxiliar ou técnico em saúde bucal (BRASIL, 2017). Parte importante desses cuidados é realizada na Unidade de Saúde da Família (USF), considerada a porta de entrada preferencial da pessoa no SUS (BRASIL, 2020).

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2017), para o fortalecimento da integração entre ensino, serviços e comunidade no âmbito do SUS, destaca-se a estratégia de celebração de instrumentos contratuais entre instituições de ensino e serviço, como forma de garantir o acesso a todos os estabelecimentos de saúde sob a responsabilidade do gestor da área de saúde como cenário de práticas para a formação no âmbito da graduação e da residência em saúde no SUS, bem como de estabelecer atribuições das partes relacionadas ao funcionamento da integração ensino-serviço-comunidade.

Como essa pesquisa foi dirigida às percepções de residentes e preceptores, neste estudo, todas as USF estudadas também são campos de estágio de programas de residência médica em Medicina de Família e Comunidade, modalidade de pós-graduação considerada padrão-ouro na formação de médicos especialistas (GUSSO; LOPES; DIAS, 2018). Em um momento posterior esse processo de ensino-aprendizagem da formação será discutido com detalhes. Tentarei, a partir de agora, caracterizar os locais, processos e fenômenos a partir da fala dos entrevistados.

A estrutura física das USF, que eram também campos de estágio para os programas de residência em MFC, era diferente entre si, até dentro do mesmo município. Algumas eram construções planejadas para ser USF, e outras eram casas adaptadas pela prefeitura municipal. Apesar de nenhuma das unidades serem planejadas para ser cenário de práticas para a formação no âmbito residência em saúde, apenas um entrevistado do programa 3 disse, insatisfeito, não ter consultório disponível todos os dias:

“Falta sala para residente. Eu não tenho uma sala pra mim. Então, ou eu alterno a sala com a minha preceptora de campo ou então eu tento ver se há alguma sala vaga. Mas todo dia eu não sei onde que eu vou ficar.” (RA2)

Por outro lado, muitos residentes disseram não haver local adequado para discussão de casos com os preceptores, como será detalhado mais adiante.

5.3. O acesso aos cuidados de saúde em uma unidade básica de saúde

Segundo Starfield (2002), a APS deve ser orientada por alguns princípios, sendo o acesso o primeiro deles. O acesso representa a porta de entrada e o primeiro contato do paciente com o sistema e pode ser classificado em geográfico e sócio-organizacional (DONABEDIAN, 1973). O primeiro está relacionado à distância e ao tempo necessário para a pessoa alcançar e utilizar os serviços prestados. O segundo inclui aspectos que facilitam ou dificultam os esforços das pessoas de chegarem aos atendimentos. Por conta do poder simbólico e micropolítico (BOURDIEU, 1989; FOUCAULT, 2011), a discussão do acesso aos cuidados primários acaba, muitas vezes, sendo reduzida ou concentrada na discussão sobre o acesso à consulta médica.

Estudos anteriores já mostraram que diante do adoecimento, antes de acessar os serviços de saúde, grande parte dos episódios são inicialmente manejados no espaço imediato da família, casa ou comunidade. Quando decidem procurar ajuda de um profissional de saúde, a figura do médico se destaca (FLEISCHER, 2021; OLIVEIRA, 2002).

Apesar dos avanços e esforços para uma mudança em relação ao histórico modelo de cuidado hospitalocêntrico centrado no médico predomina – mesmo na Atenção Primária à Saúde – um modelo biomédico, no qual o médico se encontra em posição hierarquicamente superior e as demais profissões possuem papéis considerados periféricos (MENEZES, 2000). Assim, muitas vezes, a prestação de cuidados é entendida, tanto pelos profissionais, quanto pelas pessoas atendidas, como de responsabilidade principal do médico. Neste contexto, são usualmente criados mecanismos de controle e triagem para acessar o consultório médico, entendido como o destino do paciente ao entrar nas unidades básicas de saúde (PREVIATTI, 2015).

Em relação ao acesso das pessoas às consultas médicas nas unidades estudadas, foram relatados três modelos. Dois residentes afirmaram que o modelo de acesso da unidade era “*carve-out*”. “*Carve-out*” é um conceito desenvolvido na APS estado-unidense, sem tradução para português, para designar que 50% das consultas médicas diárias são reservadas para o atendimento de demanda espontânea e 50% são para o atendimento de consultas programadas (GUSSO; LOPES; DIAS, 2018). Um residente relatou “agenda tradicional”. Neste modelo, todas as consultas médicas diárias são pré-agendadas. Cinco residentes afirmaram realizar “acesso avançado”. No “acesso avançado”, 65%–90% das consultas médicas diárias são reservadas para pedidos de consulta médica que surgem no próprio dia, chamado também de

“demanda espontânea” (GUSSO; LOPES; DIAS, 2018). Portanto, nota-se que a maioria dos serviços pesquisados executavam ou desejavam implementar o acesso avançado, o que pode ser interpretado como uma intenção de oferecer um acesso mais amplo para as pessoas.

Todos os entrevistados disseram que as unidades de saúde nas quais atuavam tinham o serviço denominado “acolhimento” como um mecanismo para controlar o acesso das pessoas ao atendimento médico. Assim, a procura pelo atendimento médico passa primeiramente por um profissional não médico - geralmente da enfermagem- que realiza a seleção dos casos em que se considera necessário o atendimento médico (PREVIATTI, 2015). Tal fato corrobora que ainda existe um modelo médico centrado, diferentemente do que é preconizado pelo Ministério da Saúde no Caderno de Atenção Básica (BRASIL, 2011b). Segundo esse documento orientador, o acolhimento deve ser uma prática presente em todas as relações de cuidado, nos encontros entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, podendo acontecer de formas variadas. Contudo, o próprio documento reconhece que, com alguma frequência, vê-se o acolhimento da demanda espontânea na APS se reduzir a uma triagem ou filtro para o atendimento médico (BRASIL, 2011b).

Todos entrevistados, com exceção de um, relataram aspectos que reforçam um modelo de cuidado centrado no médico. Assim, nota-se a manutenção de um modelo, reforçado tanto pelas equipes quanto pelos pacientes, que entendem a consulta médica como o objetivo final ao entrar no centro de saúde e passar pelos “filtros”. A exceção a esse modelo centrado no médico foi relatada em apenas uma unidade do programa 3, na qual o preceptor disse:

“Atualmente nós utilizamos a agenda com acesso avançado em que a pessoa busca o nosso serviço. Ela é, de certa maneira, compartilhada com a equipe, de maneira que a gente não pode dizer que ela é médico-centrada, pelo contrário. Temos vários profissionais, principalmente aí a figura da técnica de enfermagem e da enfermeira, que fazem essa avaliação. O usuário, ele é inicialmente abordado pela técnica de enfermagem, que vai verificar quais são as demandas aí desse usuário. Já para aqueles que precisam de um atendimento, realmente ali, presencial, físico, tête-à-tête, junto com o usuário; ele passa inicialmente para a enfermeira, a enfermeira faz toda a avaliação, ela então aciona o médico, quando não são coisas que a própria enfermeira consegue resolver. Porque, por exemplo, temos encaminhamento para o oftalmologista. Isso ela pode resolver. Tá certo? Ou outras questões também onde ela pode resolver, alguma orientação ou algo assim. Mas se ela percebe que precisa da ação ali que pela legislação deve ser feita pelo médico, o médico então se dirige à sala da enfermeira, então a enfermeira discute o caso. Isso na presença do usuário. O médico então vai completar alguma coisa, que de repente ele sente que ficou faltando e faz o exame

físico se for o caso. E a partir daí a gente consegue dar a melhor resposta para aquela pessoa.” (PB3)

Como consequência de um modelo de cuidado médico centrado, “alta demanda” e “grande pressão assistencial” para o médico foram termos comumente citados durante as entrevistas e entendidos como um problema importante, como pode ser percebido pela fala de uma residente:

“Eu vi o grande estresse que tinha, né. Pela alta demanda, pela questão do tempo das consultas. Então, assim, acabava que a gente não tinha tempo nem de conversar com o pessoal da equipe, de bater um papo assim, sem ser trabalho.” (RA3)

O número médio de atendimentos por residente durante um dia, foi de 12 pacientes, não variando muito entre os locais, com exceção do local com maior e menor número, 15 e 9 respectivamente. O residente do programa 2 que atendia uma média de 9 pacientes por dia afirmou que a demanda por consultas médicas apesar de alta na unidade era dividida por três residentes e um preceptor. No local com mais atendimento por residente (programa 3), foi informado que o preceptor não realizava atendimentos e ficava exclusivamente na atividade de preceptoria. O número de consultas e a duração de cada consulta que o médico que atua na APS deve realizar no seu período de trabalho são dilemas debatidos quando se discute a chamada “gestão da clínica” (GUSSO; LOPES; DIAS, 2018). Apesar de alguns autores sugerirem um tempo médio de 13-15 minutos para as consultas (LOPES, 2007), não há normatização em relação ao assunto. O Conselho Federal de Medicina (CFM), com base nos princípios de autonomia do médico e sua liberdade profissional, afirma que o médico tem direito de controlar sua agenda e que não há padronização sobre o número de consultas médicas (CRM, 2018). Essa discussão é mais complexa e ainda menos debatida quando se trata de um serviço que além da assistência está envolvido em processos de formação profissional. No Brasil, os dois principais documentos que versam sobre a formação nos programas de residências em MFC não abordam o assunto (BRASIL, 2019; SBMFC, 2015).

5.4. O reconhecimento do sofrimento emocional

Após descrever como o paciente chega à uma consulta médica chegamos ao fenômeno principal de estudo desta pesquisa: a atenção ao SMC.

Nas entrevistas, o primeiro fato que chamou atenção foi o desconhecimento prévio do termo Sofrimento Mental Comum e outros considerados sinônimos, como TMC, Sofrimento

emocional ou Sofrimento Difuso por metade dos entrevistados, sendo três preceptores e cinco residentes.

Entre os preceptores, cinco (62,5%) já conheciam o termo SMC e deram definições coerentes com a literatura para o termo. Dos três preceptores que não conheciam o termo, quando foi solicitado que tentassem dar uma definição, dois definiram de formas semelhantes à utilizada nesta pesquisa:

“Ah, no meu entendimento, sofrimento mental comum é todo aquele sofrimento que o paciente tem que afeta a sua ordem psíquica, mas que nós não encontramos propriamente um CID ou uma classificação de doença. Existem inúmeras apresentações, tal qual inúmeras são as vivências do paciente.” (PB1)

“Assim, eu tenho a impressão de algumas coisas que eu já li. São aqueles que se apresentam pra gente sem fechar aqueles critérios clássicos do DSM para depressão e para ansiedade, mas que tem característica desses dois, que são mais comuns. Mas estão mais relacionados a sofrimentos... a acontecimentos da vida. Então, crises de ciclos de vida, processos de adaptação. Então coisas que podem ser normais ou uma quebra do normal que traz sofrimento para aquela pessoa. E eu acho que não fica claro que é uma depressão ou uma ansiedade, mas a pessoa traz aquele sofrimento ali.” (PA2)

Entre os residentes, apenas três já conheciam o termo SMC ou TMC. Apesar disso, sete dos entrevistados deram definições semelhantes à utilizada nesta pesquisa quando foi lhes foi solicitado que tentassem dar uma definição para o termo, como nas falas abaixo:

“Eu arriscaria que é sintomas no âmbito da saúde mental, com importante influência psicossocial que talvez não... Que causem impacto na vida da pessoa, mas talvez não seja suficiente pra fechar um diagnóstico psiquiátrico.” (RA2)

“E quando a pessoa tá com algum problema assim, alguma angústia, tristeza que tá incomodando, tá interferindo na vida dela, né? Acho que está ligado ao contexto de vida daquela pessoa, relações sociais, familiares. Então chega ao ponto de interferir nas relações, no trabalho, enfim”. (RC3)

Todos residentes e preceptores concordaram que o SMC é uma demanda muito frequente em suas práticas na APS, com exceção de um preceptor, que disse:

“Assim, o mental comum não tanto. Eu acho que a minha população é resiliente. Ela é bem resiliente. Eu tenho muito o sofrimento...os outros né. Do campo da esquizofrenia, de psicose. Eu tenho muito mais, inclusive, do que o transtorno mental comum.”
(PA3)

Contudo, o próprio preceptor fez uma reflexão durante a entrevista e em seguida afirmou:

“Mas assim, tem uma questão: eu posso ser pouco...eu posso tá com pouco rastreamento para essa condição ou então subvalorizar.” (PA3)

5.5. Entre “Centrado na Pessoa” e “Freestyle”

Para compreender como os residentes realizavam a abordagem de pessoas com sofrimento mental comum, foi apresentada uma vinheta clínica descrevendo o relato de uma paciente compatível com essa experiência:

“Cláudia, Mulher cisgênero, 36 anos:

‘Hoje eu vim para pegar uma receita de fluoxetina. Não aguento mais de tanto nervo e ansiedade. Acho até que está começando uma depressão. Já tem uns 6 meses que estou assim. Começou depois que eu perdi o meu emprego, e acho que piorou depois que descobri que o meu filho fuma maconha. Tenho ficado triste, ansiosa e sem paciência.’ Negou ideação suicida ou outros sinais e sintomas de alerta. Exame físico sem alterações.”

Em seguida foi perguntado como o residente faria a abordagem dessa paciente, e a partir das respostas, outras perguntas foram realizadas para aprofundar no manejo do caso e proporcionar maior compreensão. Notei que os residentes, de forma geral, faziam uma avaliação correta do problema apresentado e conheciam várias das técnicas de intervenção básicas e avançadas recomendadas.

Apesar de conhecerem diversos tipos de intervenções psicossociais básicas e avançadas para abordagem do SMC, foi possível perceber que este conhecimento não significava necessariamente possuir competência para aplicá-las, e apenas algumas eram utilizadas, de fato, na prática clínica. Os principais motivos citados para isso estavam relacionados à falta de competência para executá-las na prática e a consequente insegurança. As falas de duas residentes são ilustrativas:

“Eu acho que é importante a gente ter as teorias, as referências, mas o que eu sinto mais dificuldade é na hora de colocar o livro em prática.” (RB2)

“Eu até conheço muitos tipos de intervenções, já li sobre várias. Mas a dificuldade, não só minha, mas acredito que de vários colegas, é de saber como aplicar na prática. A gente fica insegura de não saber se está certo e acaba não usando.” (RB1)

Para facilitar o entendimento, o Quadro 1 abaixo resume as abordagens trazidas pelos residentes, assinalando se o entrevistado apenas conhece a intervenção ou se afirma utilizá-la em sua prática ao atender pessoas com sofrimento mental comum.

Quadro 1 – Abordagem do SMC por residentes.

ABORDAGEM		PROGRAMA 1		PROGRAMA 2			PROGRAMA 3		
PROPOSTA		RA1	RB1	RA2	RB2	RC2	RA3	RB3	RC3
BÁSICA	MCCP								
	SIFE								
	BATHE								
	NURSE								
	Mindfulness								
	Ativação Comportamental								
	Entrevista Motivacional								
	Psicoeducação								
AVANÇADA	Terapia de Resolução de Problemas								
	Terapia Cognitivo Comportamental								
	Terapia Comunitária								
	Terapia Familiar								
OUTRAS	PICs	Auriculoterapia							
		Aromaterapia							
		Fitoterapia							
	Programação Neurolinguística								
	Aconselhamentos gerais e inespecíficos								
LEGENDA		Abordagem realizada pelo entrevistado		Entrevistado conhece a abordagem, mas não realiza					

Fonte: Próprio autor, 2023.

Como evidenciado no Quadro 1, a única abordagem citada por todos os residentes foi a aplicação do método clínico centrado na pessoa (MCCP), provavelmente por ser um paradigma clínico particular da especialidade (WENCESLAU, 2017) considerada uma competência essencial para os médicos de família e comunidade (SBMFC, 2015) e muito difundida e abordada entre os programas de residências médicas em MFC, livros (GUSSO; LOPES; DIAS, 2018; STEWART, 2017) e congressos da especialidade.

Em relação à realização de técnicas e habilidades clínicas interpessoais de comunicação, a escuta ativa e utilização da técnica conhecida pelo acrônimo SIFE como forma de compreender a experiência da pessoa com o adoecimento foram citadas por seis dos oito

residentes. Foi possível notar que essas técnicas e o MCCP foram utilizadas tanto com uma intenção de explorar e aprofundar no problema, quanto com uma proposta terapêutica, como exemplificado nas seguintes falas:

“Num contexto que eu tô conhecendo, por exemplo, a paciente num primeiro momento acolher, tentar fazer uma escuta ativa mais qualificada e usar o SIFE, que também acaba sendo terapêutico”.
(RB3)

“Muitas vezes só de aplicar os passos do Método Clínico Centrado na Pessoa o paciente já sai melhor da consulta, acho que é terapêutico.” (RC2)

Outra técnica de comunicação que favorece a expressão e comunicação empática foi citada por um residente, o acrônimo NURSE. Mais abordagens também foram citadas por poucos residentes, como a realização de práticas integrativas e complementares em saúde (PICS), especificamente a auriculoterapia e a aplicação de técnicas de gerenciamento de estresse e relaxamento. Nesta última abordagem um residente recomendava aos pacientes, mas não sabia orientar a técnica adequada, como evidenciado na fala abaixo:

“Tem outras coisas, assim, propor meditação, por exemplo, questão de exercício de respiração. São coisas que eu mesmo não sei como fazer, mas que às vezes eu falo que é uma possibilidade e indico aplicativo, peço para as pessoas procurarem vídeos sobre exercícios de respiração, coisas assim.” (RC2)

Quanto às intervenções psicossociais consideradas avançadas, foram citadas a terapia cognitivo comportamental, terapia de resolução de problemas e a terapia comunitária. Percebi que apesar dos participantes dizerem que utilizariam essas abordagens no manejo do caso apresentado, o conhecimento que tinham sobre o assunto era superficial e, portanto, tinham dificuldades de esclarecer como conduziriam as intervenções citadas. Aprofundando no assunto entendi que nenhum residente aplicava, de fato, intervenções psicossociais avançadas em sua rotina de atendimentos. Essa limitação pode ser percebida nas seguintes falas de aprofundamento sobre o assunto:

“Então, para ser sincera ultimamente não estou utilizando nem a abordagem cognitivo comportamental nem a ativação comportamental. Percebi que eu não estava sendo efetiva com o conhecimento que tenho sobre o tema e acabava encaminhando os pacientes para a psicóloga da unidade. Percebo que minha grande

dificuldade é colocar em prática o conhecimento teórico que tenho sobre o assunto. Acho que também acabei me acomodando com o fato de ter uma boa psicóloga na unidade em que estou. Tenho então encaminhado para psicoterapia e orientado a prática de exercício físico.” (RB1)

“Eu acho que as competências culturais e os manejos, não só de terapia comunitária como familiar também, por exemplo, nesse caso ela trouxe coisas que se a gente tivesse ‘treinadinhos’ nas habilidades de terapia familiar, talvez ajudasse. E aí esses eu realmente passo muito longe.” (RB2)

Esses resultados se aproximam do que foi publicado em um recente estudo também realizado em Minas Gerais (MENDES; CAMPOS; WENCESLAU, 2022). Na pesquisa, os autores constataram que três intervenções psicossociais se destacaram positivamente em relação às demais quanto ao conhecimento, às habilidades e à utilização referidas pelos residentes. São elas: as técnicas de comunicação clínica interpessoal; as técnicas de exploração da experiência do adoecimento e as técnicas de resposta empática às emoções. Já as intervenções menos utilizadas e nas quais eles referiram menor competência foram: terapia de resolução de problemas, ativação comportamental e meditação guiada/ *mindfulness*.

As limitações apresentadas pelos residentes para a aplicação de técnicas psicossociais na abordagem do SMC podem explicar a grande quantidade de encaminhamento dos pacientes para outros profissionais sugerido por todos os residentes. O serviço de psicologia foi o mais citado, e para metade dos residentes, encaminhar era a principal estratégia de intervenção após a avaliação e diagnóstico médico do problema. Fato interessante é que esses encaminhamentos aconteciam quase sempre já na primeira consulta e significavam a transferência definitiva daquele cuidado, ao invés de um compartilhamento do cuidado. Tais condutas podem significar a repetição de um modelo de abordagem aprendido durante as graduações, como apontado de uma forma crítica por um residente:

“Porque na faculdade a gente tem isso de um jeito muito ruim, é basicamente passar remédio e encaminhar pra psicoterapia que a gente aprende.” (RA1)

Nota-se aqui um conflito nos discursos, já que todos os residentes entrevistados afirmaram, também, que é papel do MFC diagnosticar, abordar e acompanhar o SMC, como pode ser exemplificado pela seguinte fala:

“Acho que é papel do médico de família, com certeza. Temos que saber fazer o diagnóstico e depois acompanhar o paciente. Encaminhar apenas aqueles com transtornos mentais graves para o psicólogo e psiquiatra.” (RA3)

Um outro tipo de abordagem citado por mais da metade (cinco) dos residentes foi a realização de rápidos aconselhamentos gerais, inespecíficos e não estruturados. Esses conselhos eram genéricos e não adaptados aos valores, preferências e contexto dos pacientes:

“Não utilizo nenhuma ferramenta...é mais ‘freestyle’. É mais livre do que uma coisa, sei lá, metodológica, estruturada, instrumentos oficializados, né.” (RA2)

“Aconselho e sugiro algumas coisas que ele pode fazer para melhorar essa parte, como hábitos de vida, atividade física, alguma rede de apoio.” (RB1)

Um outro ponto interessante da discussão se dá em relação à abordagem farmacológica dos casos de SMC. Alguns residentes teceram críticas a um processo denominado “medicalização da vida” e refletiram sobre a influência dos determinantes sociais de saúde:

“Às vezes eu vejo que pulsa muito também uma medicalização da vida, né, também. Às vezes são contextos sociais muito duros e que às vezes a resolução do contexto social, mas o medicamento, ele não resolve, né? Mas aí é uma balança, assim...é compartilhada a decisão.” (RB3)

A medicalização da vida ou do viver pode ser entendida como um processo em que são oferecidas respostas médicas desnecessárias a problemas que fazem parte da própria vida, com suas adversidades. A medicalização do viver pretende evitar as adversidades e problemas cotidianos, mas de forma negativa diminui a resiliência e autonomia das pessoas além de desconsiderar e expropriar condutas ancestrais (GÉRVAS; FERNANDEZ, 2006; MARQUEZ; MENEU, 2003).

Contudo, apesar da crítica à “medicalização da vida”, exemplificada na fala de alguns residentes, e do reconhecimento da abordagem não farmacológica como estratégia principal para o SMC, muitos residentes entendem que a prescrição de fármacos se apresenta como parte do tratamento:

“Falo com todos os pacientes com relação a psicólogo que é bom ter esse acompanhamento junto com a medicação; que a

medicação não é só a medicação vai resolver, né, todo o... não é o tratamento completo, né?” (RA3)

“Porque, por mais que às vezes a gente não configure um DSM por não ter 6 meses, lá dos critérios, às vezes a gente está lidando com uma pessoa que ela não está dormindo de jeito nenhum né. Pesar o impacto na funcionalidade, que eu acho que tende aí, por mais que a gente não tenha lá o formal do critério preenchido, a gente vê um impacto na funcionalidade da pessoa muito grande e aí a gente tem que chegar a medicar mesmo.” (RC3)

Essas condutas além de não serem embasadas por evidências científicas podem causar danos quando consideramos os potenciais riscos e efeitos colaterais das medicações.

5.6. Preceptorial em Medicina de Família e Comunidade

Dentro desses cenários descritos ocorre um importante processo de ensino aprendizagem para a especialização médica, a preceptorial em Medicina de Família e Comunidade. Apesar de, no Brasil, não ser obrigatório ter especialização para atuar nas USF, o Ministério da Saúde entende que o médico mais adequado para atuar nesses cenários é aquele que tenha especialidade em medicina de família e comunidade (BRASIL, 2017). A atividade de preceptorial dentro da formação médica tem sido estabelecida como modelo para o processo docente na área por integrar atividades didáticas e práticas em serviço (GARCIA *et al.*, 2018).

Nos programas de residência médica o papel do preceptor envolve: auxiliar no aprendizado de conceitos teóricos direcionados à prática, supervisionar a prática do residente, ser modelo de valores, atitudes e ética profissional; auxiliar na identificação de qualidades a serem ressaltadas e ou corrigidas; compartilhar experiências acerca da profissão e formas de lidar com as inseguranças e frustrações (BAIN, 1996; GARCIA *et al.*, 2018).

Todos os preceptores entrevistados eram especialistas em MFC, sendo que apenas um (PA1) não se titulou por meio de residência médica e sim por prova de título concedido pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC). Não foi percebida qualquer diferença entre o modelo de preceptorial exercido e a forma de titulação.

Todos os preceptores dos programas 2 e 3 eram médicos assistentes da prefeitura municipal, com carga horária semanal de 40h e exerciam a função de preceptor de maneira voluntária e não remunerada. Foi possível notar que o acúmulo de funções – assistência e preceptorial – gerava uma sobrecarga e desgaste para esses profissionais:

“Se o residente quer discutir o caso, eu peço para bater na porta do consultório que estou atendendo e abrir, mostrar que está lá e eu dou um tempo estimado de quanto tempo que eu vou demorar para fazer essa discussão de caso. Se estou começando uma consulta eu peço licença para pessoa, se estou no meio eu avalio se vai demorar e se estou no final peço para terminar na consulta e discutir depois. Fica desgastante para mim, para o residente e principalmente para os pacientes.” (PB2)

De forma distinta, no programa 1, todos os preceptores entrevistados eram médicos vinculados à universidade na qual o programa era credenciado e não exerciam a função de médico assistente das Unidades Básicas de Saúde (UBS) como pode ser notada na fala de uma residente:

“A minha preceptoria, no geral, fica por conta, a não ser que a demanda fique muito aumentada por algum motivo, não tenha outro residente no dia, aí às vezes ela atende. Mas no geral ela fica à disposição para discussão.” (RB1)

Me chamou atenção o fato de que pouco mais da metade dos preceptores (62,5%) afirmaram ter tido treinamento formal em preceptoria. Os entrevistados que exerciam a função de preceptor há menos tempo não haviam realizado nenhum treinamento formal.

A partir das entrevistas pode-se notar que apesar das diferenças individuais de cada preceptor, todos trabalhavam com um modelo de preceptoria conhecido como “ombro a ombro”, no qual estão disponíveis em tempo integral, de maneira presencial, para auxiliar na formação dos residentes. Essas informações foram confirmadas por todos os residentes, que estavam satisfeitos com esse modelo.

Dois preceptores informaram que os R2 discutiam todos os casos, um do programa 1 (PB1) e outro do programa 3 (PB3). Os demais afirmaram que os R2 tinham autonomia para discutir apenas os casos que julgassem necessários.

Dois preceptores (PB1, PA3) informaram usar a técnica “one-minute-preceptor” para agilizar as discussões nos dias com maior demanda de atendimento. A técnica “Preceptor-Minuto” foi desenvolvida para discussões de caso em contexto ambulatorial, é rápida, fácil de aprender e envolve cinco etapas: comprometimento com o caso; busca de evidências concretas; ensine regras gerais; reforce o que está correto; corrija os potenciais erros (NEHER; STEVENS, 2003). Sobre uso da técnica nesses momentos disse um preceptor:

“Quando a demanda era muito alta, tinha que ser aquele estilo preceptor-minuto; assim, perguntar pro residente o que ele tá pensando e já discutir a conduta direto. Nos dias em que a demanda estava menor, a gente tinha mais tempo para discutir.” (PB1)

Uma outra estratégia citada por uma preceptora do programa 3 (PC3) – q e também acumulava função de médica assistente e preceptora – foi utilizar uma plataforma digital para discutir casos menos complexos:

“Os casos que são mais complexos, ela vem na minha sala, a residente vem, né, na sala, a gente discute ombro a ombro ali ou eu vou na sala do residente, e os casos que são mais simples, que o residente não tem dúvida, que é um caso mais tranquilo, a gente discute pelo bate-papo do hangout, que eu deixo logado e o residente também.” (PC3)

A partir das entrevistas nota-se que o processo de preceptoria em todos os campos de estágios dos programas estudados foi considerado satisfatório pelos residentes e estavam de acordo com a última publicação sobre o assunto na Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (ROSAS *et al.*, 2020). O documento recomenda a relação máxima de 1 “preceptor 40h” para 3 residentes em até 2 equipes e que todos preceptores dos PRMMFC tenham titulação ou residência em MFC. Entre os preceptores do programa 2 e 3 – que exerciam a função de preceptoria de maneira voluntária em paralelo com a prática de assistência – ficou evidente a queixa de sobrecarga com o acúmulo de funções.

Um fato que chamou atenção em relação às consultas realizadas pelos médicos residentes foi a extensão da consulta para outros locais da UBS em uma etapa específica do atendimento: a discussão do caso com o preceptor. O local de discussão de casos foi considerado inadequado pela maioria dos residentes dos três programas, como pode ser percebido pela fala de uma residente:

“A gente faz discussão de casos, às vezes na sala de observação, que é um lugar que tem pessoas passando, às vezes no corredor. Então tem sido mais desafiador.” (RB2)

Sala de curativo e sala de eletrocardiograma também foram citados como espaço para discussão de casos. Em um dos campos de estágio a estratégia utilizada para minimizar a ausência de local adequado foi a discussão de alguns casos mais simples por meio virtual:

“A gente discute por...Como se chama? Tem um programa no Gmail...ai, esqueci! Tipo um chat!” (RA3)

Esses relatos apontam para uma necessidade de adequação da estrutura dos serviços de saúde que são cenários de prática da formação profissional em saúde (BRASIL, 2020).

5.7. A preceptoria de casos de SMC

Após compreender como é a organização do modelo de preceptoria é importante entender como se dá o processo especificamente em relação ao sofrimento mental comum. Para isso, foi apresentada uma vinheta clínica que trazia a seguinte situação e a passagem de caso pelo médico residente:

“A Cláudia tem 36 anos, contou que está um pouco deprimida e ansiosa, tem uns 6 meses. Ela falou que foi depois que foi demitida do emprego e descobriu que o filho fuma maconha. Ela falou que tem ficado triste, ansiosa e sem paciência. Apesar de ser um quadro leve, não ter ideação suicida ou outros sinais de alerta, pensei em prescrever uma fluoxetina para ver se ela melhora um pouco, já que não estamos com psicólogo na unidade. Como você discutiria o caso com o residente?”

Em seguida foi solicitado que o preceptor comentasse sobre como abordaria a discussão do caso com o residente. Diferentes formas de realizar a preceptoria do caso foram apresentadas.

Uma constatação interessante é que os três preceptores com menor tempo de experiência em preceptoria (12 meses) disseram não ter tido nenhum treinamento formal em preceptoria. Apesar disso, não percebi grandes diferenças em relação ao processo de preceptoria em relação ao SMC.

Uma fala comum dos preceptores foi a de que percebem que os residentes costumam querer classificar todos os problemas e condições atendidas. Essa prática é típica do modelo biomédico de ensino vigente e pode ficar melhor caracterizada pela fala de um dos preceptores:

“A gente vem ali de um serviço onde você tem que classificar tudo, então eu vejo uma tendência aí muito grande do residente de querer encaixar em alguma outra coisa. Não, isso aqui é um transtorno depressivo, é um transtorno ansioso. Quando de repente a gente consegue ver que não é bem assim, né? Que não se fecha aqueles critérios ali, mas que coça ali nas pessoas essa tendência de realmente “vamos fechar esse diagnóstico? vamos colocar uma depressão.” (PB3)

Contudo, apesar de muitos preceptores perceberem e tecerem críticas a essa tendência classificatória das condições atendidas, foi percebido durante as entrevistas que muitos também realizavam a classificação durante o processo de preceptoria:

“Assim, é um pouco ruim a gente tipo encaixar a pessoa no diagnóstico, em uma caixinha, em depressão, ansiedade, etc. Mas eu tentaria, a princípio, ver o que ele pensa que é, se ela acha que é um transtorno depressivo, ansioso, se é os dois.” (PB2)

Percebi durante as entrevistas que uma parte dos preceptores já iniciava a preceptoria do caso a partir da discussão de condutas, já outros faziam o exercício de aprofundar na avaliação e só depois discutir planos para o problema avaliado. Aqueles que já iniciavam a discussão pelas condutas eram também os que mais usaram sistemas classificatórios para a condição apresentada.

Quanto às abordagens psicoterápicas, percebi que o grupo dos preceptores, assim como o grupo dos residentes, conheciam muitas técnicas, mas também aplicavam poucas delas na prática. A maior diferença percebida nesse tema quando se compara à abordagem dos residentes consiste no fato de que dois preceptores (PA1, PA2,) utilizavam uma das técnicas consideradas avançadas, que era a terapia de resolução de problemas. O Quadro 2 abaixo resume as intervenções abordadas pelos preceptores.

Quadro 2 – Abordagem do SMC por preceptores.

ABORDAGEM PROPOSTA		PROGRAMA 1		PROGRAMA 2			PROGRAMA 3		
		PA1	PB1	PA2	PB2	PC2	PA3	PB3	PC3
BÁSICA	MCCP								
	SIFE								
	BATHE								
	NURSE								
	Mindfulness								
	Ativação Comportamental								
	Entrevista Motivacional								
	Psicoeducação								
AVANÇADA	Terapia de Resolução de Problemas								
	Terapia Cognitivo Comportamental								
	Terapia Comunitária								
	Terapia Familiar								
OUTRAS	PICs Auriculoterapia								
	PICs Aromaterapia								
	PICs Fitoterapia								
	Programação Neurolinguística								
	Aconselhamentos gerais e inespecíficos								
LEGENDA		Abordagem realizada pelo entrevistado		Entrevistado conhece a abordagem, mas não realiza					

Fonte: Próprio autor, 2023.

As intervenções mais citadas pelos preceptores foram bem semelhantes às relatadas pelos residentes. A maioria das intervenções estavam no campo das técnicas e habilidades clínicas interpessoais de comunicação e na aplicação do MCCP. Foi possível perceber que os preceptores tendiam a dar menos aconselhamentos gerais e inespecíficos do que os residentes. Apenas um preceptor (PB2) realizou esse tipo de abordagem:

“Pro residente o que eu falaria assim, para ele considerar e incentivar a questão de atividade física”. (PB2)

Em relação às técnicas e habilidades clínicas interpessoais de comunicação um dos preceptores (PB1) destacou a importância da técnica NURSE: *“Outra ferramenta que eu uso*

muito e essa eu ensino os residentes, assim, cobro de forma mais incisiva que é o NURSE, né. Que é a ferramenta de reconhecimento de sintomas e isso já é pra mim, é 90% do trabalho.”

Também foram citadas a entrevista motivacional (PA2, PB2) e técnicas de gerenciamento de estresse e relaxamento/ *mindfulness*.

As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), mais especificamente aromaterapia e fitoterapia, também foram citadas como intervenções por dois preceptores (PB2, PC2), ambos do programa 2.

Entre as técnicas não classificadas como intervenções psicossociais básicas ou avançadas pela WONCA foi citada, pelo preceptor PB3, a programação neurolinguística, que pode ser definida com um modelo que auxilia no entendimento do funcionamento da mente humana, tornando possível a identificação e o aproveitamento das capacidades do indivíduo para alcançar os resultados almejados (SBPNL, 2011).

A partir da análise, ficou nítido que a maioria das intervenções citadas eram básicas, centradas no médico e em ações individuais. Apenas dois preceptores (PA2 e PB2) comentaram sobre a importância de intervenções coletivas, não necessariamente realizadas por médicos, e citaram os grupos de convivência e terapia comunitária:

“E a gente tem tentado desenvolver algumas abordagens coletivas também lá. Assim, bem visando esse sofrimento comum. Tentando até desvincular um pouco da figura do médico, sabe?”
(PA2)

“E uma coisa legal que a gente tem tentado construir lá também, mas que não é individual é da terapia comunitária. Que eu acho que tem bastante a ver com esse acolhimento do sofrimento comum assim, né? Pra meio que tentar deixar as pessoas mesmo uma lidar com os problemas das outras sem a gente tá muito nem aconselhando, nem ali no meio.” (PB2)

Outra questão que surgiu uma única vez nos relatos, mas considero importante destacar, foi a preocupação em relação a utilização de práticas de saúde baseadas em evidências (PSBE) nos atendimentos de SMC. Vale lembrar que Balint também se preocupava com questões semelhantes e criticava a prática de profissionais que muitas vezes confundiam aconselhamento informal, apoio e “psicologia do senso comum” com intervenções psicoterápicas (BALINT, 1988). A PSBE pode ser definida como o uso consciencioso, explícito e criterioso da melhor evidência científica disponível durante a tomada de decisões nos cuidados individuais dos pacientes. É composta por três pilares: melhor evidência disponível, contexto e circunstância

clínicas e valores e preferências do paciente” (SACKETT *et al.*, 1996). A esse respeito disse um preceptor do programa 2:

“Ver se ele, por exemplo, fez uso da PSBE, de alguma base de dados, principalmente secundário, para embasar isso que ele trouxe.” (PC2)

Quanto a abordagem medicamentosa, dois preceptores (PB3 e PA2) reconheceram o limitado valor do tratamento farmacológico e levantaram reflexões sobre a sua eficácia para o caso de SMC apresentado:

“Não há medicação que vá tirar esse sofrimento desse usuário, do que ele coloca. Isso é um sofrimento real. Então a gente precisa, de fato, de dar até um apoio para o que essa pessoa precisa de fato. E não mascarar com uma medicação, que de repente em 1 mês ela vai falar “foi ótimo”, mas daqui a 3, 4 meses ela vai chegar e vai falar que o remédio parou de fazer efeito. É lógico que parou de fazer efeito. Será que alguma vez fez efeito ou foi só mesmo pela relação de ter sido escutado ali por nós.” (PB3)

Um fato que chamou atenção foi a sugestão de prescrição de fitoterápicos - medicamentos obtidos de plantas medicinais ou de seus derivados - sendo citados por dois preceptores (PC3 e PC2), sendo que esses mesmos entrevistados disseram que o tratamento farmacológico não seria indicado. Pelas falas, notei que a escolha preferencial pelos medicamentos fitoterápicos se dava por uma percepção de menor risco de dependência e efeitos colaterais, além da possibilidade de fazer uso sob demanda e não necessariamente de forma contínua. a seguinte fala de um preceptor exemplifica o que foi discutido:

*“Em casos como esse eu sou completamente contra a gente já iniciar a medicação de uma vez. Eu acho que pode trazer uma vinculação errada para o paciente. Sem falar que não é o que eu penso que seria o primordial nesse caso dela. E com certeza eu teria um posicionamento mais assim com o residente para ir trabalhando essa ideia com ele também, e que nesses casos talvez é muito mais interessante pensar outras estratégias de tratamento farmacologicamente às vezes até algo mais pontual. Às vezes a gente conversa sobre *Passiflora incarnata*, algumas coisas assim, mais SOS mesmo, do que já iniciar uma medicação contínua.” (PC2)*

5.8. Onde se aprende sobre SMC

Após compreender como era realizada a abordagem do SMC pelos preceptores e residentes é importante entender como ocorre ocorrem outros processos de ensino-aprendizagem - além da preceptoria- para tentar identificar possíveis dificuldades bem como fortalezas do processo. Optei por separar os discursos dos preceptores e residentes, uma vez que percebi muitos pontos diferentes nos discursos.

Quanto aos preceptores, várias formas de aprendizagem para aquisição de conhecimento e habilidades foram relatadas, sendo que a maior parte deles citou mais de uma: cursos formais, matriciamento, o método autoinstrucional por meio de ferramentas acadêmicas e não acadêmicas, residência, mestrado e durante a graduação.

Um dos preceptores (PB3) trouxe uma interessante discussão sobre as ferramentas não acadêmicas:

“Então, através dos livros é o que a gente mais consegue se aproximar da vivência dessa outra pessoa, desse outro sofrimento que ela tem, dessas outras experiências. E através dos filmes também. E através dali a gente vai vendo estratégias, né, de como que eles foram utilizando, como que esse psiquiatra lidou com determinada situação. Porque é muito da experiência, né? Então a gente vê: Olha, que interessante! Essa pessoa usou esse recurso.” (PB3)

Uma outra forma interessante de aprendizado discutida por um preceptor (PB1) foi valorizar os saberes dos pacientes: *“Muitas vezes a gente aprende com o próprio usuário, né, de falar...E a gente vai montando. E acho que isso tudo são vivências.”*

Uma preceptora, de forma isolada, destacou a importância da troca de experiências a partir do contato com profissionais de outras áreas e trouxe uma vivência durante o período em que fez a residência:

“Outras coisas eu tive contato na minha residência porque eu tive contato com residência multiprofissional e eu tinha psicólogo residente dentro da unidade que me trouxe, tipo assim...bem aquele residente da pegada antimanicomial; então assim, trazia muitas coisas legais, assim, de abordagem de saúde mental para além da medicação. Eu acho que foi bem legal esses contatos que eu tive com os residentes, com os psicólogos residentes em saúde da família.” (PA2)

Em relação aos residentes, quatro formas de aprendizagem para aquisição de conhecimento e habilidades foram relatadas: o método autoinstrucional, aulas teóricas, oficinas práticas e preceptoria (discussão de casos, prática clínica supervisionada e modelagem – em que o residente realiza a observação da consulta do preceptor, que aqui é o modelo).

A contribuição dos cursos de graduação no processo de ensino-aprendizagem em relação ao SMC foi relatada por apenas uma residente do programa 2 (RB2). A instituição na qual a residente se graduou em medicina também oferece programa de residência médica em MFC e foi incluída nesta pesquisa (P1). Esse programa também foi o único a oferecer aos seus dois residentes do segundo ano treinamento estruturado para identificação e abordagem do SMC, incluindo abordagem teórica e prática por meio de oficinas. Percebe-se, então, que 75% dos residentes entrevistados relataram que o seu programa de residência não aborda o tema SMC em seu currículo formal. Outros autores (MENDES; CAMPOS; WENCESLAU, 2022) também evidenciaram percepção de baixa ou ausente contribuição dos programas de residência médica em MFC no aprendizado em relação à abordagem do SMC (FRASER *et al.*, 2015).

Quanto aos três residentes que já haviam tido contato com o tema, seja na graduação (RB2) ou na residência (RA1, RB1), dois deles RB2 e RB1), informaram que gostariam de ter tido mais treinamento prático e sob supervisão:

“Eu acho que esses treinamentos de habilidades, mais treinamentos... a gente teve alguns, mas eu acho que se tivesse mais, pra gente colocar mais em prática, sob supervisão, ajudaria.” (RB1)

Como a maioria dos residentes não teve formação curricular na graduação ou na residência, nota-se pelas falas que o processo de aprendizagem em relação a abordagem do SMC se deu de uma forma autoinstrucional e menos estruturada, como pode ser entendido nas seguintes falas:

“Aprendi meio que na prática, com modelagens. Eu diria que é um aprendizado mais beirando o desestruturado mesmo... Assim, ao longo da minha vida, personalidades, experiência, leituras, mas nada muito estruturado mesmo”, aí a gente vai vendo a abordagem de preceptores e catando de material em material mesmo. Aí você vai meio que bebendo, bebendo...” (RB3)

“A gente é tão forte quando vai falar da condução de pacientes diabéticos, né? mas saúde mental parece que é um negócio que é meio nebuloso ainda e cada um vai fazendo da sua forma.” (RB2)

“Aí a gente vai vendo a abordagem de preceptores e catando de material em material mesmo. Nas discussões de matriciamento vai aprendendo um pouco também. Mas eu acho que falta, sabe?” (RA2)

Como constatamos que a maioria dos residentes e preceptores não haviam tido treinamento formal para diagnosticar e manejar casos de SMC, pedimos para que os participantes sugerissem formas de incluir o tema no processo de ensino-aprendizagem durante a residência. Os preceptores citaram os *roleplays*, simulações, vídeos demonstrativos, matriciamento e material que estruture as ferramentas. Já os residentes sugeriram oficina de treinamento de habilidades, *roleplays*, *videofeedback*, modelagens, aulas teóricas e matriciamento. Os *roleplays* são representações de uma entrevista clínica ou de outra interação pessoal, realizada a partir de um roteiro estrito ou livre (CARRIÓ, 2012). Já os *videofeedbacks* consistem em gravações de consultas, após autorização do paciente, com posterior análise e *feedback* do atendimento. É considerado um potente método para autoavaliação e formação de habilidades de entrevista clínica e comunicação.

5.9. O sofrimento de quem atende pessoas com SMC

Este não era um tema inicialmente pensado como foco da pesquisa, mas surgiu como um dos núcleos de sentido mais relevantes para os participantes. Esse tema apareceu nas entrevistas quando perguntei como eles “lidavam com a demanda de SMC”. Durante toda a pesquisa o ponto que mais me intrigou foi a ênfase em que todos os entrevistados, residentes ou preceptores, deram para o despertar de emoções durante o atendimento de pessoas com SMC. A experiência emocional de residentes e preceptores emergiu como principal orientador das suas respostas às pessoas que apresentavam sofrimento mental comum.

A maioria dos relatos em relação às emoções despertadas durante o atendimento de pessoas em SMC foram negativos. As mais citadas pelos preceptores foram angústia, frustração, impotência e cansaço, como dito por um entrevistado:

“Então, eu me sinto realmente impotente nessa questão. Eu sinto como se tivesse fazendo um trabalho ali de formiguinha ao que eu precisaria realmente melhorar, mas ao que eu ainda sinto bem limitado é trabalhar essa questão do macro, dessa questão aí, da comunidade que inclusive está dentro ali até da nossa...da definição de especialidade, né, medicina de família e comunidade...é frustrante!” (PB3)

A falta de tempo durante as consultas foi outra justificativa para o sentimento de angústia:

“Então eu acho que a falta do tempo, que acho que muitas vezes o cuidado do sofrimento mental comum precisa, me angustia.”
(RB2)

Já para o sentimento de cansaço, o cuidado essencialmente centrado no médico foi uma justificativa, como pode ser lida nessa interessante reflexão de uma preceptora:

“Eu me canso um pouco desse negócio da gente ter que ser a resposta pra todo e qualquer sofrimento. Então, ao mesmo tempo que a gente tem que acolher, a gente tem que descentralizar. Que essas coisas não batam só na porta do médico, mas batam na porta de outros profissionais que não só da saúde também.” (PA2)

Contudo, dois preceptores relataram que esse tipo de consulta gerava neles diferentes emoções durante o mesmo atendimento. O primeiro traz o bem estar de poder realizar escuta, contudo pontua um sentimento de angústia em relação ao funcionamento da rede de saúde:

“Cara eu diria que algumas sensações assim, acho que a primeira delas é que é algo que eu gosto. Assim, eu me sinto bem em uma consulta que eu tenho que lidar com isso. Eu gosto muito de fazer acolhimento, escuta. Um outro ponto que me angustia um pouco é da gente viver em uma rede que eu acho que a gente tem poucas formas de dar vazão para essas questões.” (PC2)

O segundo preceptor faz uma reflexão interessante sobre essas emoções distintas:

“Por vezes eu me emociono com alguns sofrimentos; por vezes eu me encanto com algumas histórias e resiliências dos pacientes. Me sinto também privilegiado por permitir ouvir o que os pacientes trazem de forma tão íntima ou também estar conseguindo ensinar isso pros residentes ou me propor estar nesse papel e ao mesmo tempo uma sensação, às vezes, de frustração ao constatar que por aquilo não ter um diagnóstico, por aquilo não ter algo muito material que defina, me sinto às vezes um pouco impotente de talvez eu não consiga resolver a causa do problema e daí que eu percebo que ouvir o paciente ajuda muito.” (PB1)

No relato dos residentes, assim como no dos preceptores, também prevaleceram emoções negativas quando contavam sobre como era a experiência de atender as pessoas com

sofrimento mental comum. Apareceram com frequência os seguintes termos: desgastante, angústia, impotência, carga emocional grande, carga de sofrimento grande, contratransferência e desafio.

Alguns relacionam esses sentimentos e emoções à uma influência psíquica da “carga emocional grande” e da “carga de sofrimento grande” presente neste tipo de consulta:

“Então, ter uma carga de sofrimento muito grande, de sofrimento mental no cenário em que eu estou trabalhando é uma coisa que é um desafio pra mim.” (RB2)

“Às vezes gera um pouco de angústia em determinado momento, porque muitas vezes está muito relacionado à condição socioeconômica, com o contexto de vulnerabilidade. A gente pode atuar, mas tem muita limitação, o que gera um pouco de angústia.” (RB1)

“Eu acho que uma das coisas que mais me desanima em relação à MFC é a questão da saúde mental, porque eu acho que são consultas que sempre têm uma carga emocional para o médico grande, sabe?” (RA1)

Outros atribuem os desafios dessas consultas a um fenômeno não embasado pelo paradigma biomédico ocidental: uma troca que acontece no “campo da energia”, como pode ser percebido nas seguintes falas:

“Então, são atendimentos que eu sempre considero que me drena muito, drena minha energia, sabe?” (RB3)

“Não que eu não goste de realizar esse tipo de atendimento, mas são atendimentos que sempre me demandam muita energia.” (RB1)

Uma residente (RB3) reconheceu a existência das trocas durante essas consultas, não a partir do campo das energias, mas a partir de uma visão psicanalítica ao citar o termo contratransferência. As palavras transferência e contratransferência vêm da psicanálise e indicam as emoções e sentimentos derivados de outras situações parecidas que o paciente (transferência) ou o terapeuta (contratransferência) aplicam à relação assistencial (CARRIÓ,2012). Ela disse:

“Eu acho que depende muito do momento que você está, sabe? Pra você lidar com isso. Tem momentos que eu tô super bem, isso faz muita diferença. Você estar bem. Quando chega essa pessoa, você

consegue lidar muito melhor, assim...conversar melhor com essa pessoa, né? E não ter tanta contratransferência assim, né? Eu acho que isso faz diferença. Agora, eu acho que quando a gente tá mal, tá mais pra baixo, acaba que isso acaba afetando a gente, sabe? No momento eu tô bem, que eu tô compensada e aí eu tô conseguindo, né?” (RB3)

Na tentativa de minimizar os impactos negativos dessas trocas que eles percebiam nas consultas, um dos residentes relatou a seguinte estratégia:

“Foi até interessante, teve um período que eu tava começando a notar isso e eu não sei se eu conversei com alguém, mas eu comprei até um cristal. Que falaram que cristal, ele bloquearia de eu absorver uma energia ou manteria a minha energia; alguma coisa nesse sentido. E até hoje eu ando com ele no bolso, quando eu vou trabalhar.” (RB3)

Apesar de todos os preceptores e residentes afirmarem a reconhecerem que esses atendimentos despertavam várias emoções, em sua maioria negativas, apenas um preceptor (PA1) explorou a preocupação em incluir, durante a discussão do caso de SMC, a experiência emocional do residente e não apenas questões técnicas e clínicas envolvidas. Com essa preocupação ele pontuou:

“É...primeiramente, né...eu perguntaria ao residente, né...Qual é o...como é que foi pra ele a entrevista, né? Como é que foi a abordagem; que dificuldade que ele sentiu - se ele sentiu alguma, né? Eu acho que eu abriria pra ele me falar sobre a... contar a experiência emocional que ele teve ao abordar esse quadro, né. A partir disso, eu exploraria qual o conhecimento, perguntaria pra ele qual o conhecimento que ele tem sobre a abordagem de transtornos mentais, né?” (PA1)

5.10. Algumas reflexões a partir do campo

Os resultados deste estudo vão ao encontro do que está descrito na literatura sobre o assunto e ampliam a compreensão sobre as percepções, sentimentos e emoções dos entrevistados. Apesar de não estar entre os objetivos iniciais da pesquisa, considero que a compreensão das emoções que surgiam durante os atendimentos de pessoas com SMC e que influenciavam diretamente nas condutas foi um importante resultado da pesquisa. Considero

que isso só foi possível pela utilização de uma metodologia qualitativa, já que pesquisas quantitativas dificilmente conseguiriam captar essas nuances. A partir dessa compreensão, também foi possível adequar melhor a confecção do produto técnico para as demandas percebidas.

Foi possível notar que apesar das evidências e recomendações favoráveis à utilização de intervenções psicossociais por profissionais da atenção primária há uma subutilização das mesmas nos cenários pesquisados, apesar de não haver desconhecimento sobre as possibilidades de técnicas. Também chamou atenção a forte tendência de realizar encaminhamento dos pacientes com SMC para o serviço de psicologia já na primeira consulta. Resultados semelhantes são descritos na literatura em estudos nacionais e internacionais (FRASER *et al.*, 2015; MENDES; CAMPOS; WENCESLAU, 2022; OYAMA *et al.*, 2012) também realizados em cenários de residência médica em MFC. Tais dados conflitam com a desejada capacidade resolutiva dos serviços de APS (STARFIELD, 2002) e também com as recomendações de entidades e documentos norteadores da especialidade MFC.

Algumas compreensões para esses fatos emergiram durante as entrevistas, com destaque para duas questões. A primeira foi relacionada às lacunas no processo formativo de programas de residência médica em MFC estudados, corroborada pela informação de que 75% dos residentes entrevistados relataram que o seu programa de residência não aborda o tema SMC no currículo formal. A segunda estava relacionada à sobrecarga emocional e a dificuldade de lidar com as emoções que apareciam durante os atendimentos que envolviam pessoas com sofrimento mental comum. Essa é uma questão mais complexa e que não parece ser resolvida apenas por oferta de treinamento nos programas de residência médica. Percebi que existem algumas questões envolvidas nesse processo relacionado às emoções, que tento delinear a seguir.

Percebe-se tanto no discurso dos entrevistados, quanto na literatura sobre o assunto (DUARTE, 1986), que esses sofrimentos mentais comuns são geralmente manejados pelo reducionismo fisicalista ou pelas representações "psicologizadas" do indivíduo, bem como há uma aparente falta de compreensão da influência da determinação social desse sofrimento - consequências de uma formação eminentemente biomédica. Tais fatores acabam por responsabilizar em excesso esses profissionais, dos quais se espera uma resposta biomédica para o sofrimento mental relacionados a eventos da vida. Essa sensação de responsabilização excessiva é, então, motivo de sofrimento e angústia para os profissionais. Assim, uma compreensão menos psicologizada e um resgate do entendimento da influência dos determinantes sociais poderiam ser importantes para reduzir a angústia. Por outro lado, uma

atribuição social excessiva para esses sofrimentos pode gerar uma sensação de incompetência e impotência aos profissionais, por lacunas de formação e também por se tratar de questões macroestruturais de pouca governança médica direta dentro do consultório, como por exemplo pobreza e desemprego. Wenceslau (2017), em sua tese, escreveu uma frase que, para mim, traduz bem esses sentimentos: *“A determinação social é tão significativa que é comum a sensação de que estamos enxugando gelo”*.

Diante dessas dificuldades, sugiro que duas estratégias de ação poderiam contribuir para o seu enfrentamento. Primeiro, uma importante ação que poderia proporcionar mais segurança e confiança aos profissionais, é a capacitação técnica para abordar o sofrimento mental comum, com treinamento teóricos e práticos a partir de materiais sistematizados. Contudo, apenas a aplicação dessas técnicas não é suficiente para abordar esse sofrimento, já que, como foi evidenciado, há uma importante determinação social envolvida. Então, uma importante pergunta é: como lidar com todas essas questões e prestar um bom cuidado para a pessoa que sofre? Creio que não existe apenas uma saída, pelo contrário. Entendo que várias ações devem ser consideradas para se realizar uma abordagem holística e efetiva para paciente e médico.

Sabendo que há uma ampla determinação social é preciso fomentar iniciativas menos médico-centradas e envolver outros agentes no cuidado. Entendo que o primeiro passo é relembrar e agir conforme o princípio básico da atividade médica “primeiro não fazer mal” (*primum non nocere*). Ações como não medicalizar e também colaborar com iniciativas que não medicalizem, como suporte social, convivência social e comunitária são fundamentais.

Estudos acerca de experiência com a doença em comunidades revelaram que os médicos percebem apenas uma pequena fração dos problemas de saúde vivenciados pela população geral (FREEMAN, 2018), indicando o grande potencial de enfrentamento e resolução de condições de saúde por meio de ações sociais e comunitárias. Em um estudo que usou o método denominado diários da saúde, percebeu-se que muitas ações não médicas foram relatadas: ações sociais como conversar com amigos ou parentes, ir a um parque e outras ações individuais como fazer comprar e cuidar do jardim (FREER, 1980). Todas essas ações foram registradas porque eram consideradas terapêuticas pelas pessoas. Esses recursos desenvolvidos pela comunidade foram denominados “setor popular”, por (KLEINMAN, 1981) e representa o maior setor de qualquer sistema de saúde (STEVENSON *et al.*, 2003). Esse setor popular pode ser usado como a fonte inicial de atendimento ou como um recurso adicional quando o sistema de atendimento à saúde não responde às expectativas das pessoas.

Há, cada vez mais, recomendação de integrar o setor popular com os serviços de saúde, sobretudo nos cuidados primários, por meio da chamada “prescrição social”, que pode ser definida como articulação entre o sistema de saúde e o sistema social que ajuda a fortalecer os laços comunitários (LOBO; BERNSTEIN, 2015). Neste sentido, se considera o potencial terapêutico da comunidade em contribuir para a promoção da saúde e prevenção de doenças por meio de elementos como cultura, lazer, educação e ocupação laboral. A prescrição social é um mecanismo para vincular pacientes a fontes não médicas de apoio dentro da comunidade. Isso pode incluir oportunidades para artes e criatividade, atividade física, aprendizado de novas habilidades, voluntariado, ajuda mútua, amizade e autoajuda, bem como suporte com, por exemplo, emprego, benefícios, moradia, dívidas ou aconselhamento jurídico. A prescrição social para a saúde mental fornece uma estrutura para: desenvolver respostas alternativas ao sofrimento mental; reconhecimento amplo da influência dos fatores sociais, econômicos e culturais nos resultados da saúde mental em todo o espectro de transtornos; e melhorar o acesso a serviços convencionais e oportunidades para pessoas com problemas de sofrimento mental de longo prazo.

Ainda com a intenção de oferecer um melhor cuidado e evitar medicalização desnecessária para pessoas em sofrimento mental comum, foram descritas algumas estratégias interessantes no contexto da APS. Alberto Ortiz Lobo, psiquiatra espanhol, desenvolveu o conceito da “*indicación de no-tratamiento*” (em português, indicação de não tratamento), que se baseia em técnicas de entrevistas e na construção de significados que evitem intervenções desnecessárias, sobretudo a medicalização em casos de sofrimento mental comum. Essa abordagem envolve três elementos: escuta empática; desconstrução (desvincular o problema apresentado pelo paciente como sendo algo patológico que necessita uma solução pelo sistema de saúde); ressignificação (construir juntamente com o paciente uma nova versão em que: o problema colocado pelo paciente esteja: vinculado ao seu contexto de vida; a carga emocional seja legitimada e normalizada; o papel do paciente mude para um mais ativo e independente) (LOBO; BERNSTEIN, 2015). Nota-se aqui semelhanças ao que é proposto pela já citada e mais conhecida terapia de resolução de problemas.

Segundo Alberto Ortiz Lobo, quando indicamos um tratamento desnecessário para uma pessoa que está passando por um sofrimento mental proporcional e adaptativo em decorrência de eventos da vida cotidiana, corremos o risco de passar a mensagem de que a pessoa saudável está doente e de que necessita sempre de apoio de um profissional de saúde para enfrentar os eventos que causem sofrimento proporcional e legítimo, limitando assim o empoderamento, resiliência e senso de autonomia e governança. Além disso, ao reforçar a importância do setor

de saúde para esses eventos, há o risco de diminuir a importância do potente setor popular, enfraquecendo assim o apoio das redes comunitárias. No mesmo sentido, mas com uma linguagem literária e artística, a médica de família inglesa Iona Heath em seu clássico artigo intitulado “*The art of doing nothing*” (em português: a arte de não fazer nada) (HEATH, 2012) descreve a importância desse tipo de abordagem. Ao contrário do que o título sugere, a arte de não fazer nada é ativa, ponderada e deliberada. Envolve o uso do tempo tanto como ferramenta diagnóstica quanto terapêutica, escuta, percepção, raciocínio, presença, e prevenção de danos. Assim, fica evidente que executar “a arte de não fazer nada”, não é sinônimo de ser mero espectador do sofrimento alheio. Essa abordagem é uma alternativa preferível a: tirar conclusões precipitadas; aplicar rótulos inapropriados ou prematuros; medicalizar o sofrimento comum; e prescrever tratamentos ineficazes.

Assim, reconhecendo a atual demanda dos profissionais por abordar o SMC na APS, as lacunas formativas dos profissionais em relação à abordagem do sofrimento mental comum, a demanda por materiais sistematizados julguei pertinente a elaboração de um produto técnico com essa finalidade. Então, decidi pela confecção de uma cartilha que auxilie nos processos formativos e durante os atendimentos de pessoas com SMC na APS. O material inclui o auxílio no reconhecimento do problema e fatores associados, contém também sugestões de intervenções rápidas, centradas na pessoa, para aumentar o arsenal de intervenções e diminuir as angústias identificadas nessa pesquisa. Optei também por incluir o não tratamento como uma forma de intervenção reconhecida, que legitime a importância do contexto do paciente e valorize a autonomia e a capacidade natural das pessoas e comunidade de resolver seus problemas ao invés de medicalizar ou gerar uma demanda permanente e constante de consultas difíceis de manejar ao longo do tempo diante de todo e qualquer dissabor da vida.

Entendo que essas são estratégias importantes que o médico pode realizar para gerar um cenário protegido para a pessoa em sofrimento mental, reconhecer o problema e decidir qual o melhor caminho a seguir. As diferentes intervenções não são excludentes e podem ser aplicadas em diferentes etapas do cuidado. Na realidade, todas estão, de certa forma, relacionadas, mas sua sistematização pode trazer solidez às nossas ações. Tê-las em mente e em mãos poderá dar segurança e aumentar a competência dos profissionais ao atenderem pessoas com sofrimento mental comum e consequentemente reduzir a angústia.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise das entrevistas permitiu compreender que os entrevistados reconhecem que o SMC é uma demanda frequente e que deve ser abordada na APS pelo MFC a partir de intervenções psicossociais. Contudo, nota-se que, na prática, tanto residentes quanto preceptores, não têm abordado o tema da maneira como está recomendada na literatura (SBMFC, 2015; WONCA, 2017), mas eles reconhecem essas limitações. As principais inconsistências em relação ao que é esperado estão relacionadas ao saber aplicar uma maior variedade de intervenções básicas e avançadas e à realização da função de filtro, com referenciamentos apropriados dos pacientes com SMC para outros serviços.

Em relação aos residentes, foi possível notar que eles conheciam, mesmo que superficialmente, diversas intervenções psicossociais disponíveis, mas se sentiam seguros para aplicar apenas algumas das consideradas básicas e nenhuma das avançadas. Dentre todas, a mais citada foi a aplicação do MCCP e o SIFE. Um dos motivos apontados para o baixo repertório de técnicas utilizadas estava relacionado à formação, considerada, de forma geral, insuficiente tanto na graduação, quanto nos programas de residência. Apenas um dos programas (P1) abordava o tema SMC em seu currículo formal e somente um residente estava satisfeito com sua abordagem. Uma consequência natural dessa lacuna formativa era a realização de aconselhamentos gerais e inespecíficos sem embasamento científico e também o encaminhamento frequente para os serviços de psicologia.

De forma semelhante, os preceptores tinham conhecimento sobre várias técnicas não farmacológicas existentes e também aplicavam um número limitado delas. O MCCP também foi a intervenção mais citada. Apenas dois preceptores aplicavam uma intervenção psicossocial avançada: a terapia de resolução de problemas, avaliada em uma revisão sistemática como a intervenção com mais evidências de eficácia e indicação na abordagem do sofrimento mental comum por médicos de família e comunidade (HUIBERS *et al.*, 2007).

Cientes das suas limitações, tanto os preceptores, quanto os residentes, demonstraram desejo de expandir o repertório de intervenções psicossociais para aplicá-las de uma forma mais abrangente e eficaz nas consultas a fim de aumentar a resolutividade e evitar encaminhamentos desnecessários. Demandas formativas foram identificadas e envolviam principalmente treinamento teórico e simulação e avaliação diretamente observada na prática. Material didático que estruture as intervenções mais comuns também foi uma demanda citada por preceptores e residentes.

Nas entrevistas, a experiência emocional dos residentes e preceptores emergiu como principal orientador das suas respostas às pessoas que apresentavam sofrimento mental comum.

Foi possível compreender que as emoções despertadas durante o atendimento de pessoas em SMC foram marcadamente negativas, destacando-se a angústia, frustração, impotência e cansaço. Outros termos relacionados e citados foram “desgastante” e “carga emocional grande”. Foi possível compreender que as emoções que emergiram estavam relacionadas principalmente à sensação de incompetência para lidar com a demasiada atribuição social para esses sofrimentos e pelas representações “psicologizadas” do indivíduo, que como consequência geram uma percepção de sobrecarga e responsabilização médica excessiva.

Limitações podem ser identificadas no estudo, sendo algumas relacionadas à metodologia e instrumentos utilizados e outras próprias do olhar do pesquisador. Por se tratar de uma investigação qualitativa, os resultados encontrados não podem ser generalizados para os demais residentes destes e de outros programas. Quanto aos participantes, não foi realizado um aprofundamento nas questões de gênero que possam estar envolvidas no entendimento e abordagem do SMC. Além disso, as entrevistas foram realizadas com os residentes na primeira metade do segundo ano de residência. Assim, as respostas poderiam ser distintas se fossem realizadas ao final do segundo e último ano de residência.

Em relação às entrevistas, pode-se ter como limitação a utilização da vinheta clínica, que representa uma síntese teórica de uma parte da consulta, que na prática é mais complexa e menos linear. Outra limitação é a possibilidade de ocorrência do viés de informação do autorrelato, que pode ser influenciado pela desejabilidade social - fenômeno observado quando um indivíduo responde de forma a tentar causar uma impressão favorável (PAULHUS, 1991). Soma-se a isso a ausência de um instrumento validado para avaliar a aplicação das técnicas e intervenções psicossociais, sendo a análise sujeita a interpretação do pesquisador.

Uma outra importante limitação do estudo é a ausência da participação e colaboração dos pacientes com SMC, como tem sido recomendado nas pesquisas de saúde (VAYENA, 2014). Compreender a abordagem do sofrimento mental comum sob a perspectiva do paciente poderia trazer informações relevantes.

As limitações reconhecidas apontam para a necessidade de novos estudos – sobretudo no campo da antropologia – para aprofundar na compreensão do tema de uma maneira mais próxima da realidade, envolvendo os diversos sujeitos do processo, inclusive com a participação dos pacientes e comunidade. Além disso, concordando com outros autores (MENDES; CAMPOS; WENCESLAU, 2022), considero relevante incluir as principais intervenções psicossociais para abordagem do SMC, de maneira específica e detalhada, no Currículo Baseado em Competências para MFC – documento orientador para os atuais e futuros programas de residência na especialidade. Por fim, estudos nacionais que avaliem a eficácia das

intervenções psicossociais realizadas por médicos de família e comunidade em desfechos clínicos orientados ao paciente também são importantes para construção de ações de saúde pública efetivas.

REFERÊNCIAS

ALVES, E. dos S.; FRANCISCO, A. L. Ação psicológica em saúde mental: uma abordagem psicossocial. **Psicologia: Ciência e Profissão [online]**, v. 29, n. 4, p. 768–779, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932009000400009>

APA. American Psychiatric Association. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. ISBN13: 9788582710883.

ARAÚJO, T. M. de; PINHO, P. de S.; ALMEIDA, M. M. G. de. Prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres e sua relação com as características sociodemográficas e o trabalho doméstico. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 5, n. 3, p. 337–348, 2005. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1519-38292005000300010>

ARAYA, R. *et al.* Common mental disorders in Santiago, Chile: prevalence and socio-demographic correlates. **British Journal of Psychiatry**, v. 178, n. 3, p. 228–233, 2001. DOI: <https://doi.org/10.1192/bjp.178.3.228>

ARROLL, B. *et al.* Antidepressants for treatment of depression in primary care: a systematic review and meta-analysis. **Journal of Primary Health Care**, v. 8, n. 4, p. 325–334, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1071/HC16008>

BAIN, L. Preceptorship: a review of the literature. **Journal of Advanced Nursing**, v. 24, n. 1, p. 104–107, 1996. DOI: <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1996.15714.x>

BALINT, M. **O Médico, seu paciente e a doença**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1988. 342p. ISBN13: 9786555866285.

BALTER, M. B.; LEVINE, J.; MANHEIMER, D. I. Cross-national study of the extent of anti-anxiety/sedative drug use. **New England Journal of Medicine**, v. 290, n. 14, p. 769–774, 1974. DOI: <https://doi.org/10.1056/NEJM197404042901404>

BECK, J. S. **Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. ISBN: 9788582710081.

BIRN, A.-E. Back to Alma-Ata, from 1978 to 2018 and beyond. **American Journal of Public Health**, v. 108, n. 9, p. 1153–1155, 2018. DOI: <https://doi.org/10.2105/AJPH.2018.30462>

BLACKWELL, B. Psychotropic drugs in use today: the role of diazepam in medical practice. **JAMA**, v. 225, n. 13, p. 1637–1641, 1973. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.1973.03220410039008>

BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1989. Disponível em: <https://nepegeo.paginas.ufsc.br/files/2018/06/BOURDIEU-Pierre.-O-poder-simbólico.pdf>
Acesso em: 21/02/2023.

BRADSHAW, C.; ATKINSON, S.; DOODY, O. Employing a qualitative description approach in health care research. **Global Qualitative Nursing Research**, v. 4, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1177/2333393617742282>

BRASIL. Casa Civil. **Lei nº 10.216 de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília (DF). 2001. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm Acesso em: 21/02/2023.

BRASIL. Lei 6.932, de 7 de julho de 1981. **Dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências**. Brasília, DF. 1981. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6932.htm Acesso em 21/02/2023.

BRASIL. Ministério da Educação. Matrizes de Competências Aprovadas pela CNRM. **Matriz de Competências em Medicina de Família e Comunidade**. Brasília, DF, 2019. Disponível em:

http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=119641-11-matriz-de-competencias-em-medicina-familia-e-comunidade&category_slug=agosto-2019-pdf&Itemid=30192 Acesso em: 07/02/2022.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Resolução CNRM nº 1 de 25 de maio de 2015. **Regulamenta os requisitos mínimos dos programas de residência médica em Medicina Geral de Família e Comunidade - R1 e R2 e dá outras providências**. Diário Oficial da União, Brasília (DF). 2015b. Disponível em:

http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=20741-res01-25052015-cnrm-regulamenta-requisitos-pdf&category_slug=setembro-2015-pdf&Itemid=30192 Acesso em: 21/02/2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 3088, 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 (DF). 2011a. Disponível em:

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html#:~:text=A%rt.,%C3%9Anico%20de%20Sa%C3%BAde%20\(SUS\)](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html#:~:text=A%rt.,%C3%9Anico%20de%20Sa%C3%BAde%20(SUS)) Acesso em: 21/02/2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União: seção 1, p. 67–76. Brasília, DF, 2017. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html Acesso em: 07/06/2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 397, de 16 de março de 2020**. Altera as Portarias de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, nº 5 de 28 de setembro de 2017, e nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o Programa Saúde na Hora, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF. 2020. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0397_16_03_2020.html Acesso 15/05/2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. **Cadernos de Atenção Básica, n. 23**, Brasília, 2011b. 56 p. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MTE50Q==> Acesso em: 20/02/2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde Mental. **Cadernos de Atenção Básica**, n. 34, Brasília, 2013. 176 p. Disponível em:

<https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MTIxMQ==> Acesso em: 20/02/2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso**. 2. ed. – Brasília, DF. 2015a. Disponível em:

https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_praticas_integrativas_complementares_2ed.pdf Acesso em: 21/02/2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **Portaria SAS/MS nº 224 de 29 de janeiro de 1992**. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 30 jan. 1992. Seção 1, p. 1168. Disponível em:

http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=7536 Acesso em: 21/02/2023.

BRAUN, V.; CLARKE, V. Using thematic analysis in psychology. **Qualitative Research in Psychology**, v. 3, n. 2, p. 77–101, 2006. DOI: <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>

BURY, M. Caveat venditor: social dimensions of a medical controversy. In: HEALY, D.; DOOGAN, D. P. **Psychotropic drug development**. Londres: Chapman & Hall, 1996, p. 41–57.

CALLAHAN, C. M.; BERRIOS, G. E. **Reinventing Depression: A History of the Treatment of Depression in Primary Care, 1940–2004**. New York: Oxford University Press, 2004. 234p. ISBN: 0195165233.

CAMARGO JR., K. R. de. A biomedicina. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 15, p. 177–201, 2005. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312005000300009>

CARRIÓ, F. B. **Entrevista clínica: habilidades de comunicação para profissionais de saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2012. 346 p. IBSN: 978-85-363-2776-1.

CASTELLÓ, M. *et al.* **Atención a las personas con malestar emocional relacionado con condicionantes sociales en Atención Primaria de Salud**. Barcelona: Fòrum Català d'Atenció Primària, 2016. Disponível em: <https://consaludmental.org/publicaciones/Atencion-personas-malestar-emocional.pdf> Acesso em: 22/02/2023.

CHASE, L. E. Psychosocialization in Nepal: notes on translation from the frontlines of global mental health. **Medicine Anthropology Theory**, v. 8, n. 1, p. 1–30, 2021. DOI: <https://doi.org/10.17157/mat.8.1.5111>

COPPEN, A. The biochemistry of affective disorders. **British Journal of Psychiatry**, v. 113, n. 504, p. 1237–1264, 1967. DOI: <https://doi.org/10.1192/bjp.113.504.1237>

COSTA, A. G. da; LUDERMIR, A. B. Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 1, p. 73–79, 2005. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000100009>

COUTINHO, E. da S. F.; ALMEIDA FILHO, N.; MARI, J. de J. Fatores de risco para morbidade psiquiátrica menor: resultados de um estudo transversal em três áreas urbanas no Brasil. **Rev. psiquiatr. clín. (São Paulo)**, v. 26, n. 5, p. 246–256, 1999. DOI: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-256440>

CRM. Conselho Regional de Medicina. **Parecer CRM-MG nº 125/2018 - Processo-Consulta nº 90/2018**. Parecerista: Cons. Fabiana Prado dos Santos Nogueira. Belo Horizonte, MG, 2018. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/pareceres/MG/2018/125_2018.pdf Acesso em: 21/02/2023.

DONABEDIAN, A. **Aspects of medical care administration: specifying requirements for health care**. Cambridge: Harvard University Press, 1973. ISBN: 9780674049802.

DOWRICK, C.; LAM, C. L. K. Core competencies of family doctors in primary mental health care. In: **Global Primary Mental Healthcare**. 1. ed.: Routledge, 2019. p. 1–18. DOI: <https://doi.org/10.4324/9780429026386-1>

DUARTE, L. F. D. **Da vida nervosa: nas classes trabalhadoras urbanas**. Rio de Janeiro: Zahar, 1986. 290 p. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1074874> Acesso em: 21/02/2023.

FARAH, W. H. *et al.* Non-pharmacological treatment of depression: a systematic review and evidence map. **Evidence Based Medicine**, v. 21, n. 6, p. 214–221, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1136/ebmed-2016-110522>

FLEISCHER, S. **Descontrolada: Uma etnografia dos problemas de pressão**. 1. ed. Brasília: EdUFSCar, 2021. 261p. ISBN: 978-8576004998.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. 39. ed. Petrópolis: Vozes, 2011.

FONSECA, M. L. G. **Sufrimento difuso, transtornos mentais comuns e problemas de nervos: uma revisão bibliográfica a respeito das expressões de mal-estar nas classes populares**. 2007. 153 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). ENSP/Fiocruz, Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/4988> Acesso em: 21/02/2023.

FORTES, S. **Transtornos mentais na atenção primária: suas formas de apresentação, perfil nosológico e fatores associados em unidades do programa de saúde da família do município de Petrópolis/Rio de Janeiro, Brasil**. 2004. 165 f. Tese - Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-407737> Acesso em: 21/02/2023.

FORTES, S.; VILLANO, L. A. B.; LOPES, C. S. Perfil nosológico e prevalência de transtornos mentais comuns em pacientes atendidos em unidades do Programa de Saúde da Família (PSF) em Petrópolis, Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 30, n. 1, p. 32–37, 2007.

FORTIN, A. H. *et al.* **Smith's Patient Centered Interviewing: An Evidence-Based Method**. 3. ed.: McGraw-Hill Professional Pub, 2012. ISBN: 978-0071760003.

FOURNIER, J. C. *et al.* Antidepressant Drug Effects and Depression Severity. **JAMA**, v. 303, n. 1, p. 47–53, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.2009.1943>

FRAILE, J. S.; VERDÚ, E. S. **Malestar emocional: Manual práctico para una respuesta en atención primaria**. Generalitat. Conselleria de Sanitat, 2012. ISBN: 978-84-482-5521-3. Disponível em: <https://consaludmental.org/publicaciones/Malestareemocionalmanualpractico.pdf> Acesso em: 21/02/2023.

FRASER, K. *et al.* Counseling by Family Physicians: Implications for Training. **Family medicine**, v. 47, n. 7, p. 517–523, 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26562638/> Acesso em: 21/02/2023.

FREEMAN, T. R. **Manual de Medicina de Família e Comunidade de McWhinney**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2018. ISBN-13: 978-8582714645.

FREER, C. B. Self-Care: A Health Diary Study. **Medical Care**, v. 18, n. 8, p. 853–861, 1980. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/3764085> Acesso em: 23/02/2023.

GARCIA, A. P. *et al.* Preceptoria na Residência de Medicina de Família e Comunidade da Universidade de São Paulo: políticas e experiências. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 13, n. 40, p. 1–8, 2018. DOI: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13\(40\)1610](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13(40)1610)

GÉRVAS, J.; FERNÁNDEZ, M. P. Uso y abuso del poder médico para definir enfermedad y factor de riesgo, en relación con la prevención cuaternaria. **Gaceta Sanitaria**, v. 20, p. 66–71, 2006. DOI: <http://dx.doi.org/10.1157/13101092>

GOLBERG, D.; HUXLEY, P. **Common Mental Disorders: A Bio-Social Model**. London: Routledge, 1992.

GOLDBERG, D.; GOODYER, I. M. **The Origins and Course of Common Mental Disorders**. London: Routledge, 2005. 230p. ISBN: 9781583919606.

GONÇALVES, D. M.; STEIN, A. T.; KAPCZINSKI, F. Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 2, p. 380–390, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000200017>

GUM, A. M. *et al.* Brief behaviour change strategies for distressed patients in primary care. **BMJ**, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.15360>

GUSSO, G. D. F. Os rumos da Atenção Primária e da Estratégia Saúde da Família no Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 6, n. 19, p. 97–101, 2011. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc6\(19\)378](https://doi.org/10.5712/rbmfc6(19)378)

GUSSO, G.; LOPES, J. M. C.; DIAS, L. C. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade - 2 Volumes: Princípios, Formação e Prática**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019. 2388 p. ISBN: 9788582715352

HASHIM, M. J. Patient-Centered Communication: Basic Skills. **American Family Physician**, v. 95, n. 1, p. 29–34, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28075109/> Acesso em: 21/02/2023.

HEALY, D. Serotonin and depression. **BMJ**, v. 350, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.h1771>

HEATH, I. The art of doing nothing. **European Journal of General Practice**, v. 18, n. 4, p. 242–246, 2012. DOI: <https://doi.org/10.3109/13814788.2012.733691>

HUIBERS, M. J. H. *et al.* Psychosocial interventions by general practitioners. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003494.pub2>

INSTITUTE OF MEDICINE. **Psychosocial Interventions for Mental and Substance Use Disorders: A Framework for Establishing Evidence-Based Standards**. Washington (DC): National Academies Press, 2015. DOI: <https://doi.org/10.17226/19013>

JIA, R. *et al.* Mental health in the UK during the COVID-19 pandemic: cross-sectional analyses from a community cohort study. **BMJ Open**, v. 10, n. 9, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-040620>

KATES, N. *et al.* Shared Mental Health Care in Canada. **The Canadian Journal of Psychiatry**, v. 42, n. 8, p. 1–12, 1997. DOI: <https://doi.org/10.1177/070674379704200819>

KLEINMAN, A. **Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland Between Anthropology, Medicine and Psychiatry**. 1. ed. Berkeley: University of California Press, 1981. v. 5. ISBN: 978-0520045118.

KIRSCH, I. *et al.* Initial Severity and Antidepressant Benefits: A Meta-Analysis of Data Submitted to the Food and Drug Administration. **PLoS Medicine**, v. 5, n. 2, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0050045>

LEIGH, H.; STEWART, D.; MALLIOS, R. Mental health and psychiatry training in primary care residency programs. **General Hospital Psychiatry**, v. 28, n. 3, p. 195–204, 2006. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2005.10.004>

LOBO, A. O.; BERNSTEIN, J. Excesos y alternativas de la salud mental en atención primaria. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 10, n. 35, p. 1–9, 2015. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc10\(35\)1055](https://doi.org/10.5712/rbmfc10(35)1055)

LOPES, J.M.C. Abordagem centrada na pessoa. *In: Programa de Atualização de Medicina de Família e Comunidade (PROMEF)*. Ciclo 2, Módulo 1. Porto Alegre: Artmed/Panamericana, 2007, p. 109-44.

LUCCHESE, R. *et al.* Prevalência de transtorno mental comum na atenção primária. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 27, n. 3, p. 200–207, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201400035>

LUDEMIR, A. B. Associação dos transtornos Mentais Comuns com a informalidade das relações de trabalho. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 54, n. 3, p. 198–204, 2005. Disponível em:

https://www.researchgate.net/publication/283249395_Association_between_common_mental_disorders_and_informality_in_working_relations Acesso em: 21/02/2023.

LUDERMIR, A. B.; MELO FILHO, D. A. de. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. **Revista de Saúde Pública**, v. 36, n. 2, p. 213–221, 2002. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102002000200014>

MÁRQUEZ, S.; MENEU, R. La medicalización de la vida sus protagonistas. **Gestión Clínica y Sanitaria**, v. 5, p. 47-53. Disponível em: <https://pss17.files.wordpress.com/2009/01/medicalizdf.pdf> Acesso em: 21/02/2023.

MENDES, F. D. M.; CAMPOS, E. M. S.; WENCESLAU, L. D. Intervenções psicossociais para transtornos mentais comuns: percepções e demandas formativas na medicina de família e comunidade. **Revista de APS**, v. 25, p. 109–134, 2022. DOI: <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2022.v25.35467>

MENEZES, A. L. A. **Intervenções psicossociais para transtornos mentais comuns na Atenção Primária à Saúde**. 2012. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <http://www.bdt.d.uerj.br/handle/1/4099> Acesso em: 21/02/2023.

MENEZES, A. L. A. **Saúde Mental na Atenção Primária: um estudo local sobre sofrimento emocional e acesso ao cuidado em tempo de Saúde Mental Global**. 2018. 211 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <http://www.bdt.d.uerj.br/handle/1/4471> Acesso em: 21/02/2023.

MENEZES, A. L.; CORREIA, C. R. DE M. **Curso de Capacitação de Saúde Mental na Atenção Primária da UNASUS-MA (versão EAD)**. Módulo 4: Clínica da Saúde Mental na Atenção Primária, Transtornos Mentais Comuns. São Luís, MA: Universidade Federal do Maranhão, 2016. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/10934> Acesso em: 22/02/2023.

MENEZES, R. A. Dífceis Decisões: uma abordagem antropológica da Prática Médica em CTI. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 10, n. 2, p. 27–49, 2000. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312000000200002>

MONCRIEFF, J. *et al.* The serotonin theory of depression: a systematic umbrella review of the evidence. **Molecular Psychiatry**, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41380-022-01661-0>

MORENO, C. *et al.* How mental health care should change as a consequence of the COVID-19 pandemic. **The Lancet Psychiatry**, v. 7, n. 9, p. 813–824, 2020. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30307-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30307-2)

MUGHAL, F. *et al.* Mental health support through primary care during and after covid-19. **BMJ**, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.n1064>

NABUCO, G.; OLIVEIRA, M. H. P. P. de; AFONSO, M. P. D. O impacto da pandemia pela COVID-19 na saúde mental. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 15, n. 42, 2020. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc15\(42\)2532](https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2532)

NCCMH. National Collaborating Centre for Mental Health. **Common Mental Health Disorders: The NICE Guideline on Identification and Pathways to Care (National Clinical Guideline)**. 1. ed.: RCPsych Publications, 2011. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg123/evidence/full-guideline-pdf-181771741> Acesso em: 22/02/2023.

NEHER, J. O.; STEVENS, N. G. The one-minute preceptor: shaping the teaching conversation. **Family medicine**, v. 35, n. 6, p. 391–393, 2003. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12817861/> Acesso em: 21/02/2023.

OLIVEIRA, F. A. de. Antropologia nos serviços de saúde: integralidade, cultura e comunicação. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 6, n. 10, p. 63–74, 2002. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832002000100006>

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Integração da Saúde Mental nos Cuidados de Saúde Primários: uma Perspectiva Global**. Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2009. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2019/06/Integração-da-saúde-mental-nos-cuidados-de-saúde-primários-uma-perspectiva-global.pdf> Acesso em: 22/02/2023.

OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde. **MI-mhGAP Manual de Intervenções para transtornos mentais, neurológicos e por uso de álcool e outras drogas na rede de atenção básica à saúde**. Versão 2.0. Brasília, DF: OPAS, 2018. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49096?locale-attribute=pt> Acesso em: 21/02/2023.

OYAMA, O. *et al.* Mental health treatment by family physicians: current practices and preferences. **Family medicine**, v. 44, n. 10, p. 704–711, 2012. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23148002/> Acesso em: 21/02/2023.

PATEL, V.; KLEINMAN, A. Poverty and common mental disorders in developing countries. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 81, n. 8, p. 609–615, 2003. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14576893/> Acesso em: 21/02/2023.

PAULHUS, D. L. Measurement and control of response styles. In: J. P. ROBINSON, J. P.; SHAVER, P. R.; WRIGHTSMAN, L. S. **Measures of personality and social psychological attitudes**. San Diego: Academic Press, 1991, p. 17-59.

PESCOSOLIDO, B. A. *et al.* “A Disease Like Any Other”? A Decade of Change in Public Reactions to Schizophrenia, Depression, and Alcohol Dependence. **American Journal of**

Psychiatry, v. 167, n. 11, p. 1321–1330, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.09121743>

PILKINGTON, P. D.; REAVLEY, N. J.; JORM, A. F. The Australian public's beliefs about the causes of depression: Associated factors and changes over 16 years. **Journal of Affective Disorders**, v. 150, n. 2, p. 356–362, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.04.019>

PREVIATTI, D. **O cotidiano de uma unidade de atenção primária: médicos e “não médicos” na implantação do *primary care* no Brasil**. 2015. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, 2015. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/132968?show=full> Acesso em: 21/02/2023.

RCP. Royal College of Psychiatrists. **Position statement 04/19: antidepressants and depression**. 30 May 2019. Disponível em: www.rcpsych.ac.uk/docs/default-source/improving-care/better-mh-policy/position-statements/ps04_19-antidepressants-and-depression.pdf?sfvrsn=ddea9473_5) Acesso em: 02/02/2023.

READ, J. *et al.* A survey of UK general practitioners about depression, antidepressants and withdrawal: implementing the 2019 Public Health England report. **Therapeutic Advances in Psychopharmacology**, v. 10, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1177/2045125320950124>

ROSAS, J. B. M. *et al.* Recomendações para a qualidade dos Programas de Residência de Medicina de Família e Comunidade no Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 15, n. 42, p. 2509, 2020. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc15\(42\)2509](https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2509)

ROSE, N. *Becoming Neurochemical Selves*. In: **Biotechnology, Commerce and Civil society**. Transaction Publishers, 2004. p. 89–128. ISBN: 9781351323048.

ROSSI, R. *et al.* COVID-19 Pandemic and Lockdown Measures Impact on Mental Health Among the General Population in Italy. **Frontiers in Psychiatry**, v. 11, 2020. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00790>

SACKETT, D. L. *et al.* Evidence based medicine: what it is and what it isn't. **BMJ**, v. 312, n. 7023, p. 71–72, 1996. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.312.7023.71>

SARTORIUS, N.; USTÜN, T. B.; WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Mental illness in general health care: an international study**. Chichester: Wiley, 1995. DOI: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/36937>

SBMFC. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. **Currículo Baseado Em Competências Para Medicina de Família e Comunidade**. 2015. Disponível em: [http://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/Curriculo%20Baseado%20em%20Competencias\(1\).pdf](http://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/Curriculo%20Baseado%20em%20Competencias(1).pdf) Acesso em: 21/02/2023.

SBPNL. Sociedade brasileira de programação neurolinguística. **A PNL e a Sua Vida Pessoal**. 2011. Disponível em: https://rdstation-static.s3.amazonaws.com/cms%2Ffiles%2F26299%2F1528913760Vida_Pessoal.pdf?utm_ca

[mpaign=e-book_pnl_e_a_sua_vida_pessoal_-_entrega_material&utm_medium=email&utm_source=RD+Station](#) Acesso em: 22/02/2023.

SCHILDKRAUT, J. J. The catecholamine hypothesis of affective disorders: a review of supporting evidence. **American Journal of Psychiatry**, v. 122, n. 5, p. 509–522, 1965. DOI: <https://doi.org/10.1176/ajp.122.5.509>

SHORTER, E. **A History of Psychiatry: From the Era of the Asylum to the Age of Prozac**. 2. ed.: Wiley, 1998. ISBN: 978-0471245315.

SILVA, M. Z. da *et al.* O cenário da Terapia Comunitária Integrativa no Brasil: história, panorama e perspectivas. **Temas em Educação e Saúde**, v. 16, n. 1, p. 341–359, 2020. DOI: <https://doi.org/10.26673/tes.v16iesp.1.14316>

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf> Acesso em: 21/02/2023.

STEVENSON, F. A. *et al.* Self-treatment and its discussion in medical consultations: how is medical pluralism managed in practice? **Social Science & Medicine**, v. 57, n. 3, p. 513–527, 2003. DOI: [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(02\)00377-5](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(02)00377-5)

STEWART, M. *et al.* **Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017. ISBN 978-85-8271-425-6.

STUART, M.; LIEBERMAN, J. **The Fifteen Minute Hour: Efficient and Effective Patient-Centered Consultation Skills**. 6. ed. Boca Raton: CRC Press, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1201/9781351017916>

TESSER, C. D. Contribuições das epistemologias de Kuhn e Fleck para a reforma do ensino médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, n. 1, p. 98–104, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022008000100013>

VALENSTEIN, E. **Blaming the Brain**. New York: Free Press, 1998. ISBN: 9780684849645.

VALLA, V. V. Pobreza, emoção e saúde: uma discussão sobre pentecostalismo e saúde no Brasil. **Revista Brasileira de Educação**, n. 19, p. 63–75, 2002. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-24782002000100006>

VAN'T VEER-TAZELAAR, P. J. *et al.* Stepped-Care Prevention of Anxiety and Depression in Late Life. **Archives of General Psychiatry**, v. 66, n. 3, p. 297, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2008.555>

VAYENA, E. The next step in the patient revolution: patients initiating and leading research. **BMJ**, v. 349, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.g4318>

WANG, P. S. *et al.* Twelve-Month Use of Mental Health Services in the United States. **Archives of General Psychiatry**, v. 62, n. 6, p. 629–640, 2005. DOI: <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.629>

WENCESLAU, L. D. **Saúde Mental Global e Atenção Primária à Saúde: um estudo de caso na Estratégia Saúde da Família da cidade do Rio de Janeiro**. 2017. Tese (Doutorado). Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, 2017. Disponível em:

<https://www.bdt.d.uerj.br:8443/bitstream/1/4784/1/Tese%20Leandro%20Wenceslau.pdf>

Acesso em: 21/02/2023.

WEICH, S.; LEWIS, G. Poverty, unemployment, and common mental disorders: population-based cohort study. **BMJ**, v. 317, n. 7151, p. 115–119, 1998. DOI:

<https://doi.org/10.1136/bmj.317.7151.115>

WEST, R. **Understanding Tranquilliser Use: The Role of the Social Sciences**. Edited by Jonathan Gabe. London: Routledge. London: Routledge, 1991. ISSN 0007-1250.

WISE, J. NICE guidance on depression: 35 health organisations demand “full and proper” revision. **BMJ**, v. 365, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.12356>

WONCA. World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians. **Working party for mental health guidance paper: Family doctors’ role in providing non-drug interventions (NDIs) for common mental health disorders in primary care**. Geneva: WONCA, 2017. Disponível em:

<https://www.globalfamilydoctor.com/news/mentalhealthresourcegpfproleinnondruginterventions.aspx> Acesso em: 16/05/2022.

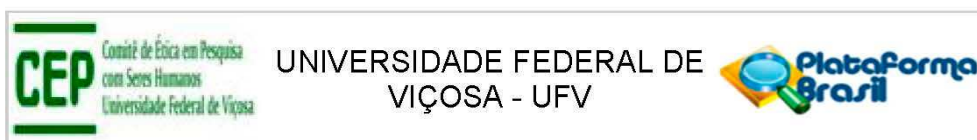
WHO. World Health Organization. **Organization of mental health services in developing countries: sixteenth report of the WHO Expert Committee on Mental Health**. Geneva: 1975. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/38212> Acesso em: 21/02/2023.

XIONG, J. *et al.* Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review. **Journal of Affective Disorders**, v. 277, p. 55–64, 2020. DOI:

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.08.001>

ANEXOS

ANEXO A – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa.



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Abordagem do Sofrimento Mental Comum em programas de residência de Medicina de Família e Comunidade de Minas Gerais: percepções e demandas formativas

Pesquisador: LEANDRO DAVID WENCESLAU

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 52901321.0.0000.5153

Instituição Proponente: Departamento de Medicina e Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.236.096

Apresentação do Projeto:

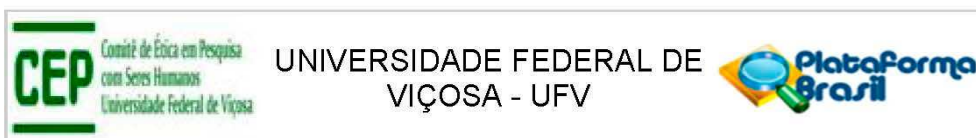
O presente protocolo foi enquadrado como pertencente à Área Temática: Grande Área 4. Ciências da Saúde.

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1824081) e/ou do Projeto Detalhado:

1. RESUMO:

Esta é uma pesquisa qualitativa, do tipo descritiva-exploratória, sobre abordagem do Sofrimento Mental Comum (SMC) em programas de residência de Medicina de Família e Comunidade (MFC) de Minas Gerais (MG). Sofrimento Mental Comum é definido pelo Ministério da Saúde do Brasil como uma síndrome clínica caracterizada por sofrimento mental que apresenta três dimensões de sintomas que se combinam: tristeza/desânimo, ansiedade e sintomas físicos. O foco do estudo é entender as percepções e demandas formativas dos residentes e preceptores sobre o assunto. Os métodos principais para coleta de dados serão: entrevistas semi-estruturadas de aprofundamento e vinheta clínica. A pesquisa reunirá dados na forma de relatos descritivos, transcrições de entrevistas, resumos das respostas dos questionários. Este material será codificado e

Endereço: Universidade Federal de Viçosa, Avenida PH Rolfs s/n, Edifício Arthur Bernardes
Bairro: Campus Universitário **CEP:** 36.570-977
UF: MG **Município:** VICOSA
Telefone: (31)3612-2316 **E-mail:** cep@ufv.br



Continuação do Parecer: 5.236.096

categorizado, seguindo princípios de análise de conteúdo temática. A amostra será composta por um total de doze profissionais, sendo oito médicos residentes e quatro preceptores de programas de residência de Medicina de Família e Comunidade de três instituições de Minas Gerais, sendo uma delas da capital mineira e duas do interior. Esperam-se reflexões acerca das percepções do processo de abordagem do Sofrimento Mental Comum nos programas de residência de MFC, que possam ser utilizadas para aprimoramento da formação e melhor adequação dos currículos dos programas de residências de Medicina de Família e Comunidade.

2. METODOLOGIA:

- Princípios metodológicos: Trata-se de uma pesquisa qualitativa, do tipo descritiva-exploratória, segundo Bradshaw et.al (BRADSHAW; ATKINSON; DOODY, 2017).

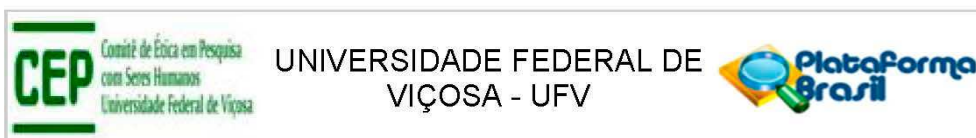
- Cenário: A pesquisa será realizada em ambiente virtual, por meio de videoconferência, na plataforma Google Meet, com preceptores e residentes de três programas de residência médica de Medicina de Família e Comunidade do estado de Minas Gerais: o programa da Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP), da Universidade Federal de Viçosa e do Hospital Metropolitano Odilon Behrens. Entrevistas presenciais poderão ser realizadas a depender do contexto epidemiológico da epidemia de COVID-19, agendadas de acordo com a disponibilidade

do participante, em seu ambiente de trabalho. Os programas de residência de Medicina de Família e Comunidade do Brasil têm duração de dois anos, com carga horária desejada de até sessenta horas semanais. Pelo menos 55% da carga horária total do PRM deve ser realizada em serviços de Atenção Primária à Saúde.

- Participantes da pesquisa: Os participantes da pesquisa serão doze médicos residentes do segundo ano e quatro preceptores de três programas de residência médica de Medicina de Família e Comunidade do estado de Minas Gerais. A seleção dos participantes será realizada a partir dos métodos de amostragem intencional e bola de neve. Será realizado contato com o supervisor de cada programa e será solicitado que ele indique um preceptor, que por sua vez indicará os residentes. O convite aos participantes será realizado por meio de ligação telefônica.

- Coletas de dados: A coleta de dados ocorrerá a partir de entrevistas orientadas por roteiros semiestruturados de aprofundamento elaborados pelos pesquisadores (apêndices III e IV). Também será realizada entrevista projetiva, a partir de uma situação clínica criada pelo pesquisador. A pesquisa reunirá dados na forma de relatos descritivos, transcrições de entrevistas e resumos das respostas dos questionários. Durante a pandemia, essas entrevistas serão realizadas apenas de forma remota, através da plataforma Google Meet. Alguns instrumentos

Endereço: Universidade Federal de Viçosa, Avenida PH Rolfs s/n, Edifício Arthur Bernardes
Bairro: Campus Universitário **CEP:** 36.570-977
UF: MG **Município:** VICOSA
Telefone: (31)3612-2316 **E-mail:** cep@ufv.br



Continuação do Parecer: 5.236.096

fechados serão utilizados para apoiar a descrição do perfil social e das experiências dos participantes. Propomos, então, a utilização de um questionário sociodemográfico simples para conhecer o perfil de todos os participantes (apêndices I e II)

- Aspectos éticos A presente pesquisa não envolverá qualquer tipo de intervenção, sendo regida, portanto, pela resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. Esta resolução trata de normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais que envolvem a utilização de dados diretamente obtidos com participantes de pesquisas. Este projeto de pesquisa será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFV. Os participantes não serão identificados e suas identidades serão mantidas sob sigilo e confidencialidade durante toda a pesquisa. A participação na pesquisa será voluntária, não remunerada e consentida através da concordância com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O TCLE apresenta as informações como título da pesquisa, nome do pesquisador e forma de contatá-lo, objetivos, justificativas, métodos da pesquisa, riscos e benefícios da participação, informe do direito à indenização em caso de danos produzidos pela pesquisa, dados do CEP responsável pela avaliação ética. Segundo o artigo 4 da resolução 510/2016, o consentimento poderá ser obtido ou registrado em qualquer fase da pesquisa, bem como retirado a qualquer momento sem prejuízo do participante. Também, em conformidade com os artigos 15 e 16 desta resolução, daremos prioridade ao consentimento através de assinatura do TCLE. Ademais, o assentimento poderá se dar por meio de registro de áudio ou videogravação no caso de entrevistas ou aplicação dos questionários de forma remota, após leitura do TCLE, especialmente no contexto da pandemia de COVID-19.

- Análise de dados: A análise dos dados nesta pesquisa qualitativa envolverá a leitura e organização de todos os dados coletados ao longo da pesquisa, transcrições das entrevistas, sistematizações das respostas aos questionários fechados. Este material será codificado e categorizado, seguindo princípios de análise de conteúdo temática de Uwe Flick (Flick, 2013).

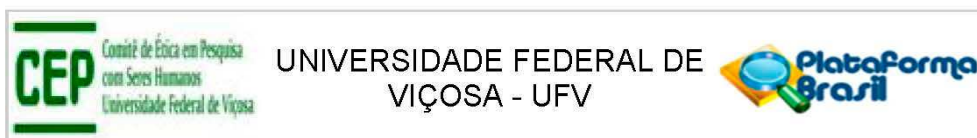
3. HIPÓTESES:

Não se aplica. Trata-se de pesquisa qualitativa, portanto, não utilizará de hipótese.

4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO/EXCLUSÃO:

- Critérios de inclusão: Voluntários adultos, que sejam residentes ou preceptores de PRMMFC; Que expressem disponibilidade de tempo para participar da pesquisa.
- Critérios de exclusão: Indivíduos que não desejem participar ou que, a qualquer momento, cancelem seu consentimento serão excluídos da pesquisa.

Endereço: Universidade Federal de Viçosa, Avenida PH Rolfs s/n, Edifício Arthur Bernardes
Bairro: Campus Universitário **CEP:** 36.570-977
UF: MG **Município:** VICOSA
Telefone: (31)3612-2316 **E-mail:** cep@ufv.br



Continuação do Parecer: 5.236.096

Objetivo da Pesquisa:

De acordo com os pesquisadores,

Objetivo primário:

Investigar o processo de ensino-aprendizagem e a abordagem do SMC em programas de residência de Medicina de Família e Comunidade de Minas Gerais a partir da percepção de residentes e preceptores.

Objetivos secundários:

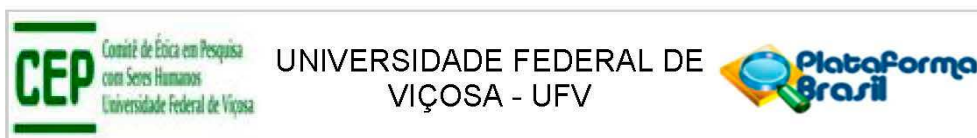
- Compreender a percepção de residentes e de preceptores em relação a abordagem do SMC, e verificar se há contrates ou convergências nestas percepções;
- Analisar facilidades e dificuldades na aprendizagem da abordagem do SMC pelos residentes de MFC;
- Analisar facilidades e dificuldades no ensino da abordagem do SMC pelos preceptores de MFC;
- Reconhecer a utilização e a aprendizagem das ferramentas de intervenções psicossociais na abordagem do SMC;
- Explorar as lacunas e demandas de ensino-aprendizagem em relação à abordagem do SMC;
- Elaborar um instrumento para avaliação da abordagem de Sofrimento Mental Comum pelo residente de MFC.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os pesquisadores apresentam no formulário online da Plataforma os seguintes Riscos:

Considerando os métodos da pesquisa, os principais riscos para os participantes são o desconforto de interagir com estranhos, o medo de outras repercussões eventuais de sua participação, o incômodo devido tempo despendido – aproximadamente 30 minutos – na extensão das respostas à entrevistas e questionários, desconfortos emocionais como tristeza, raiva, constrangimento ou preocupações desencadeado por alguma pergunta das entrevistas ou questionários e a preocupação com a possibilidade de estigmatização decorrente de uma quebra de sigilo de sua identificação. Para minimizar estes riscos, a coleta de dados se dará em momento agendado com hora e data conveniente ao pesquisado. O pesquisador através da leitura do TCLE assegurará o sigilo e a confidencialidade da identificação dos participantes e o direito ao não consentimento e ao de cancelamento do assentimento a qualquer momento. O pesquisador tentará acolher e reagir de forma empática às reações emocionais desconfortáveis, oferecendo a possibilidade de interrupção da atividade.

Endereço: Universidade Federal de Viçosa, Avenida PH Rolfs s/n, Edifício Arthur Bernardes
Bairro: Campus Universitário **CEP:** 36.570-977
UF: MG **Município:** VICOSA
Telefone: (31)3612-2316 **E-mail:** cep@ufv.br



Continuação do Parecer: 5.236.096

E os seguintes Benefícios:

Como benefícios, a pesquisa dará visibilidade a um tema muito prevalente e importante para a prática do Médico de Família e Comunidade a partir das percepções dos médicos residentes, em um ambiente protegido e sigiloso. Essas informações poderão contribuir para uma melhor adequação dos currículos dos programas de residência, resultando em benefícios para os participantes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Os pesquisadores propõem a realização de um estudo qualitativo, descritivo-exploratório, sobre a abordagem do Sofrimento Mental Comum (SMC) por residentes e preceptores de três programas de residência de medicina de família e comunidade de Minas Gerais. Os dados serão coletados por meio de entrevistas realizadas de forma remota ou presencial, a depender do contexto epidemiológico da epidemia de COVID-19. O número planejado de participantes a serem incluídas no estudo é de 16 profissionais. Trata-se de estudo nacional, unicêntrico, com financiamento próprio. Conforme o cronograma apresentado, a previsão de início da coleta de dados é 01/2022 e de encerramento do estudo é 06/2022.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os pesquisadores apresentaram os seguintes documentos:

1. Formulário online da Plataforma Brasil modificado: em conformidade;
2. Folha de rosto: em conformidade;
3. Cronograma modificado: em conformidade;
4. Roteiros de entrevista e questionários: em conformidade;
5. Projeto de pesquisa modificado: em conformidade;
6. TCLE modificado: em conformidade;
7. Autorizações para realização da pesquisa: em conformidade;
8. Carta de resposta às pendências: em conformidade.

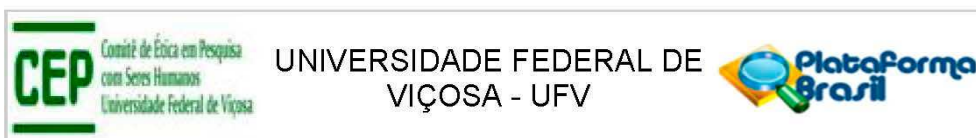
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovada.

Considerações Finais a critério do CEP:

Ao término da pesquisa é necessário apresentar, via notificação, o Relatório Final (modelo

Endereço: Universidade Federal de Viçosa, Avenida PH Rolfs s/n, Edifício Arthur Bernardes
Bairro: Campus Universitário **CEP:** 36.570-977
UF: MG **Município:** VICOSA
Telefone: (31)3612-2316 **E-mail:** cep@ufv.br



Continuação do Parecer: 5.236.096

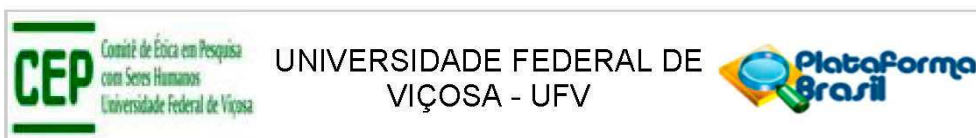
disponível no site www.cep.ufv.br). Após ser emitido o Parecer Consubstanciado de aprovação do Relatório Final, deve ser encaminhado, via notificação, o Comunicado de Término dos Estudos para encerramento de todo o protocolo na Plataforma Brasil.

Projeto aprovado autorizando o início da coleta de dados com os seres humanos a partir da data de emissão deste parecer.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1824081.pdf	30/11/2021 13:02:03		Aceito
Outros	Autor_Fabio.pdf	30/11/2021 11:43:13	FABIO ARAUJO GOMES DE	Aceito
Outros	Carta_resposta_Fabio.docx	30/11/2021 11:31:05	FABIO ARAUJO GOMES DE	Aceito
Outros	AutorFabio_2021_11_26_22_23_55_33_025.pdf	30/11/2021 00:07:55	FABIO ARAUJO GOMES DE	Aceito
Outros	Autorizacao_Fabio.pdf	30/11/2021 00:07:11	FABIO ARAUJO GOMES DE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEFabio_modificado.docx	29/11/2021 23:57:45	FABIO ARAUJO GOMES DE CASTRO	Aceito
Cronograma	CronogramaFabio_modificado.docx	29/11/2021 23:55:55	FABIO ARAUJO GOMES DE	Aceito
Brochura Pesquisa	PROJETOFabio_modificado.docx	29/11/2021 23:54:14	FABIO ARAUJO GOMES DE	Aceito
Outros	Roteiro_semiestruturado_residentes.docx	17/10/2021 09:56:29	FABIO ARAUJO GOMES DE	Aceito
Outros	Roteiro_semiestruturado_preceptores.docx	17/10/2021 09:51:13	FABIO ARAUJO GOMES DE	Aceito
Outros	Questionario_sociodemografico_preceptores.docx	17/10/2021 09:49:56	FABIO ARAUJO GOMES DE	Aceito
Outros	Questionario_sociodemografico_residentes.docx	17/10/2021 09:49:27	FABIO ARAUJO GOMES DE	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	17/10/2021 09:40:13	FABIO ARAUJO GOMES DE	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.docx	16/09/2021 18:11:38	FABIO ARAUJO GOMES DE CASTRO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	TCLE.docx	16/09/2021 18:10:16	FABIO ARAUJO GOMES DE	Aceito

Endereço: Universidade Federal de Viçosa, Avenida PH Rolfs s/n, Edifício Arthur Bernardes
Bairro: Campus Universitário **CEP:** 36.570-977
UF: MG **Município:** VICOSA
Telefone: (31)3612-2316 **E-mail:** cep@ufv.br



Continuação do Parecer: 5.236.096

Justificativa de Ausência	TCLE.docx	16/09/2021 18:10:16	FABIO ARAUJO GOMES DE	Aceito
Folha de Rosto	Folha_rosto_Fabioassinado.pdf	16/09/2021 17:55:24	FABIO ARAUJO GOMES DE	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

VICOSA, 10 de Fevereiro de 2022

Assinado por:
Guilherme de Azambuja Pussieldi
(Coordenador(a))

Endereço: Universidade Federal de Viçosa, Avenida PH Rolfs s/n, Edifício Arthur Bernardes
Bairro: Campus Universitário **CEP:** 36.570-977
UF: MG **Município:** VICOSA
Telefone: (31)3612-2316 **E-mail:** cep@ufv.br

APÊNDICES

APÊNDICE A – Roteiro semiestruturado para o(a) Residente. Viçosa, Minas Gerais. 2023.

Para entender o contexto de atuação do participante:

- 1) Como é o processo de trabalho na sua unidade de saúde?
- 2) Qual a média de pacientes atendidos por dia?
- 3) Como é o processo de preceptoria na sua unidade de saúde?

Dentro desse contexto que você me contou:

- 1) O que você entende por Sofrimento Mental Comum ou Transtorno Mental Comum ou Sofrimento Difuso?

Obs: Nessa pesquisa será utilizado o termo Sofrimento Mental Comum a partir da definição do Ministério da Saúde do Brasil, o qual o define como uma síndrome clínica caracterizada por sofrimento mental que apresenta três dimensões de sintomas que se combinam: tristeza/desânimo, ansiedade e sintomas físicos.

- 2) O Sofrimento mental comum é uma demanda frequente?
- 3) Como você lida com isso?

Agora, para ficar mais concreto, gostaria de apresentar uma vinheta clínica e ouvir como seria sua abordagem diante da seguinte situação e discussão do caso com o preceptor ou preceptora:

Vinheta Clínica para o (a) Residente:

Cláudia, Mulher cisgênero, 36 anos

“Hoje eu vim para pegar uma receita de fluoxetina. Não aguento mais de tanto nervo e ansiedade. Acho até que está começando uma depressão. Já tem uns 6 meses que estou assim. Começou depois que eu perdi o meu emprego, e acho que piorou depois que descobri que o meu filho fuma maconha. Tenho ficado triste, ansiosa e sem paciência.”

Negou ideação suicida ou outros sinais e sintomas de alerta.

Exame físico sem alterações

Em relação à sua abordagem:

- 1) Quais aspectos você identifica que foram bons?
- 2) Do que você considera bom, onde e como aprendeu?

- 3) Quais aspectos você gostaria de melhorar?
- 4) Que tipo de material ou treinamento você acha que poderia ajudar na abordagem de Sofrimento Mental Comum?
- 5) Quais os limites de atuação do médico e médica de família e comunidade diante de situações semelhantes a essa?

APÊNDICE B – Roteiro semiestruturado para o(a) Preceptor. Viçosa, Minas Gerais. 2023.

Para entender o contexto de atuação do participante:

- 1) Como é o processo de trabalho na sua unidade de saúde?
- 2) Qual a média de pacientes atendidos por dia?
- 3) Como é o processo/modelo de preceptoria na sua unidade de saúde?

Dentro desse contexto que você me contou:

- 1) O que você entende por Sofrimento Mental Comum ou Transtorno Mental Comum ou Sofrimento Difuso?

Obs: Nessa pesquisa será utilizado o termo Sofrimento Mental Comum a partir da definição do Ministério da Saúde do Brasil, o qual o define como uma síndrome clínica caracterizada por sofrimento mental que apresenta três dimensões de sintomas que se combinam: tristeza/desânimo, ansiedade e sintomas físicos.

- 2) O Sofrimento mental comum é uma demanda frequente?
- 3) Como você lida com isso?

Agora, para ficar mais concreto, gostaria de apresentar uma vinheta clínica e ouvir como seria sua abordagem diante dessa situação:

Vinheta clínica para o preceptor

Residente atende a paciente Cláudia e realiza seguinte “passagem de caso”:

“A Cláudia tem 36 anos, contou que está um pouco deprimida e ansiosa tem uns 6 meses. Ela falou que foi depois que foi demitida do emprego e descobriu que o filho fuma maconha. Ela falou que tem ficado triste, ansiosa e sem paciência. Apesar de ser um quadro leve, não ter ideação suicida ou outros sinais de alerta, pensei em prescrever uma fluoxetina para ver se ela melhora um pouco, já que não estamos com psicólogo na unidade.”

Como você conduziria a discussão do caso com o residente?

Em relação à sua abordagem:

- 1) Quais aspectos você identifica que foram bons em relação à preceptoria?

- 2) Do que você considera bom, onde e como aprendeu?
- 3) Quais aspectos você gostaria de melhorar?
- 4) Que tipo de material ou treinamento você acha que poderia ajudar no ensino e avaliação da abordagem de Sofrimento Mental Comum?
- 5) Quais os limites de atuação do médico e médica de família e comunidade diante de situações semelhantes a essa?

APÊNDICE C – Questionário sociodemográfico do participante Residente. Viçosa, Minas Gerais. 2023.

Nesta primeira parte queremos conhecer mais sobre você e a sua formação.

- 1) Nome: _____
- 2) Data de nascimento: _____
- 3) Idade: _____
- 4) Sexo atribuído ao nascimento: _____
- 5) Gênero: _____
- 6) Raça ou cor da pele: _____
- 7) Estado civil: _____
- 8) Contato (Telefone/email): _____

Sobre a sua formação em Medicina responda às seguintes perguntas:

Em qual instituição você se graduou?
Qual foi o ano de conclusão da graduação?

Sobre a sua residência em Medicina de Família e Comunidade (MFC):

Qual a instituição da sua residência? _____

Qual foi o ano de ingresso na residência? _____

Atuação em:

() Zona rural () Zona urbana () Rururbano

Se você possui alguma outra residência ou especialização (latu senso) na área médica, indique qual(is):

APÊNDICE D – Questionário sociodemográfico do participante Preceptor(a). Viçosa, Minas Gerais. 2023.

Nesta primeira parte queremos conhecer mais sobre você e a sua formação.

- 1) Nome: _____
- 2) Data de nascimento: _____
- 3) Idade: _____
- 4) Sexo atribuído ao nascimento: _____
- 5) Gênero: _____
- 6) Raça ou cor da pele; _____
- 7) Estado civil : _____
- 8) Contato (Telefone/email): _____

Sobre a atuação como preceptor (a):

Há quanto tempo atua como preceptor?

Você é especialista em Medicina de Família e Comunidade?

() Sim () Não

Caso seja especialista em Medicina de Família e Comunidade, como obteve o título:

- () Residência Médica credenciada pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM);
() Prova de título de Especialista concedido pela SBMFC

Caso tenha feito residência médica:

- 1) Em qual instituição você concluiu a residência médica?
- 2) Qual foi o ano de término da residência?
- 3) Atuação durante a residência?
() Zona rural () Zona urbana () Rururbano
- 4) Fez algum treinamento formal em processo de preceptoria?
() Sim () Não

APÊNDICE E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Viçosa, Minas Gerais. 2023.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Gostaríamos de convidar você, médico(a) residente ou preceptor(a) para participar da pesquisa "Abordagem do Sofrimento Mental Comum em programas de residência de Medicina de Família e Comunidade de Minas Gerais: percepções e demandas formativas". O motivo que nos leva a realizar esta pesquisa é que, diante da alta prevalência de queixas de saúde mental e, principalmente, de Sofrimento Mental Comum (SMC) em serviços de Atenção Primária a Saúde (APS) no Brasil e no mundo e, sabendo que várias entidades e associações representativas da Medicina de Família e Comunidade (MFC) indicam como competências essenciais dos médicos de família o uso de abordagens farmacológicas e não farmacológicas para o manejo de transtornos mentais, vimos a necessidade de investigar como tem sido percebida a abordagem de SMC no contexto dos cenários de formação em MFC.

Caso você seja médico(a) residente do segundo ano ou preceptor(a) de um programa de residência em MFC e concorde em participar da pesquisa, você poderá responder a um questionário sociodemográfico e à uma entrevista presencial ou à distância, que será registrada. O tempo total será de aproximadamente 30 minutos. Com os dados obtidos a partir deste questionário e entrevista, pretendemos realizar um levantamento sobre o conhecimento, as experiências práticas e as necessidades de aprendizagem de médicos residentes em MFC acerca da abordagem do SMC e, assim, poder identificar suas demandas e realizar propostas para o aprimoramento dos processos formativos na especialidade, contribuindo, assim, para melhorar a qualidade da atenção à Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde.

Esta pesquisa tem alguns riscos, que são: risco mínimo inerente a qualquer pesquisa envolvendo seres humanos, por exemplo, desconforto de interagir com estranhos, o medo de outras repercussões eventuais de sua participação, o incômodo devido tempo despendido na extensão das respostas à entrevistas e questionários, desconfortos emocionais como tristeza, raiva, constrangimento ou preocupações desencadeado por alguma pergunta das entrevistas ou questionários e a preocupação com a possibilidade de estigmatização decorrente de uma quebra de sigilo de sua identificação. Para minimizar estes riscos, a coleta de dados se dará em momento agendado com hora e data conveniente ao pesquisado. Será assegurado o sigilo e a confidencialidade da sua identificação e o direito ao não consentimento e ao de cancelamento do assentimento a qualquer momento.

Como benefícios, a pesquisa dará visibilidade a um tema muito prevalente e importante para a prática do Médico de Família e Comunidade a partir das percepções dos médicos residentes, em um ambiente protegido e sigiloso. Essas informações poderão contribuir para uma melhor adequação dos currículos dos programas de residência, resultando em benefícios para os participantes.

Apesar disso, se ainda assim tiver algum problema causado por atividades que fizermos com você nesta pesquisa, além do direito a indenização, você terá também o direito à assistência integral e gratuita devido a danos imediatos ou tardios, diretos ou indiretos, que será prestada pelo tempo que for necessário, assegurada pela legislação em vigor.

Para participar deste estudo você não vai ter nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. A sua participação é voluntária e o fato de não querer participar não vai trazer qualquer penalidade. Assim, mesmo que você queira participar agora, você pode desistir a qualquer momento que achar conveniente, sem prejuízo algum, sendo seu nome ou dados retirados da pesquisa.

Os dados obtidos a partir do questionário e da gravação das entrevistas serão utilizados unicamente para essa pesquisa e serão deletados ao término do estudo, dentro de 12 (doze) meses. Os dados ficarão arquivados off-line sob responsabilidade do pesquisador por 5 (cinco) anos. Decorrido este tempo, o pesquisador encaminhará os documentos para a sua destinação final, de acordo com a legislação vigente.

Você poderá ter todas as informações que quiser sobre esta pesquisa, a qualquer momento, entrando em contato conosco, através dos meios indicados abaixo, e os resultados do estudo estarão à sua disposição quando finalizado. Este termo de consentimento será impresso e assinado em duas vias, sendo uma do participante e outra ficará sob a guarda do pesquisador. Em caso de entrevista remota o consentimento poderá ser registrado por meio de videogravação, uma cópia será enviada ao participante por e-mail e deve ser guardada em seus arquivos. Você terá acesso ao registro de consentimento sempre que solicitado.

O projeto desta investigação foi analisado e aprovado por uma Comissão de Ética em Pesquisa em seres humanos, conforme preconizado pela Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Declaro que concordo em participar da pesquisa e que me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador

Contatos:

Pesquisador Responsável:

Leandro David Wenceslau

Contato: (31) 99805-2500

leandro.david@ufv.br

Departamento de Medicina e Enfermagem. Av. PH Rolfs, s/n. Campus

Universitário Viçosa/MG. 36570-900

Em caso de discordância ou irregularidades sob o aspecto ético desta pesquisa, você poderá consultar:

Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa:

(31) 3612-2316

E-mail cep@ufv.br

Endereço: Edifício Arthur Bernardes, subsolo Av. PH Rolfs, s/n – Campus Universitário Viçosa/MG CEP: 36570-900