

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA
(PROFSAÚDE)**

Flaviano Diego Meirelles Mendes

Intervenções psicossociais para transtornos mentais comuns: percepções e demandas formativas na Medicina de Família e Comunidade

Juiz de Fora
2021

Flaviano Diego Meirelles Mendes

Intervenções psicossociais para transtornos mentais comuns: percepções e demandas formativas na Medicina de Família e Comunidade

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE), da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientador: Profa. Dra. Estela Márcia Saraiva Campos

Coorientador: Prof. Dr. Leandro David Wenceslau

Juiz de Fora

2021

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Mendes, Flaviano Diego Meirelles .

Intervenções psicossociais para transtornos mentais comuns: percepções e demandas formativas na Medicina de Família e Comunidade / Flaviano Diego Meirelles Mendes. -- 2021.
120 f.

Orientadora: Estela Márcia Saraiva Campos

Coorientador: Leandro David Wenceslau

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, 2021.

1. Saúde Mental. 2. Transtornos Mentais. 3. Atenção Primária a Saúde. 4. Medicina de Família e Comunidade. 5. Educação Médica. I. Campos, Estela Márcia Saraiva, orient. II. Wenceslau, Leandro David , coorient. III. Título.

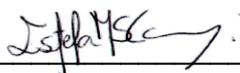
Flaviano Diego Meirelles Mendes

Intervenções psicossociais para transtornos mentais comuns: percepções e demandas formativas na Medicina de Família e Comunidade

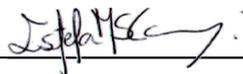
Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE), da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Aprovada em 16 de junho de 2021.

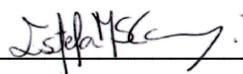
BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Estela Márcia Saraiva Campos – Orientador
Universidade Federal de Juiz de Fora



p/ Prof. Dr. Leonardo Cançado Monteiro Savassi
Universidade Federal de Ouro Preto



p/ Profa. Dra. Andreia Aparecida de Miranda Ramos
Universidade Federal de Juiz de Fora

À minha mãe, Claudia Meirelles, minha professora de vida, por ensinar-me o caminho da fé e da justiça e, com o seu amor, dar-me condições de sonhar e alcançar mais esta vitória, que é dela também!

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por iluminar a minha mente, ser refúgio e alento nas dificuldades e guiar os meus passos conforme o seu Projeto.

Ao meu pai, Flavio, agradeço por ter acreditado em mim e ter estado ao meu lado sempre que possível.

À minha esposa Roberta, por todo o amor, incentivo, suporte e compreensão.

Ao Ronaldo, meu segundo pai, pelo carinho e apoio incondicional.

Ao meu irmão, Cassiano, às minhas irmãs Larissa e Liliana e também à minha tia irmã Gisele, pelo carinho verdadeiro de família!

Aos meus demais familiares e amigos que estiveram ao meu lado nesta jornada.

Aos meus mestres, orientadores, professora Estela Campos e professor Leandro David, pela oportunidade, pelos ensinamentos, pela paciência e por terem sido para mim nobres exemplos de profissionais.

Ao meu amigo, professor Bruno Henriques, e à minha amiga, professora Débora Ferreira, designados por Deus para, com carinho fraterno e sabedoria, me apoiar, me aconselhar, me incentivar e prover palavras de alento nos momentos difíceis.

Aos colegas de turma no PROFSAÚDE pelo companheirismo, colaboração e crescimento que me proporcionaram como pessoa e profissional.

À Alessandra pela pronta colaboração como secretária da COREME da UFV.

À Fernanda Bertocchi pela paciência e compreensão.

Aos membros da banca, pela disponibilidade e pelas valiosas contribuições científicas.

À Universidade Federal de Juiz de Fora, ao NATES, ao Aloísio, e a todos envolvidos no PROFSAUDE – ABRASCO/FIOCRUZ.

“Bearing witness to our patients’ suffering, giving them a sense of being understood and accepted, is the first essential step towards hope” (DOWRICK, 2017, p.2).

RESUMO

A crescente prevalência de problemas de saúde mental, especialmente de transtornos mentais comuns (TMC), tem motivado estratégias para aumentar a resolutividade dos serviços primários através da capacitação dos recursos humanos desse nível de atenção. A abordagem não farmacológica é o principal método terapêutico baseado em evidências para os TMC e, embora seja considerada competência essencial dos médicos de família, há um emprego insuficiente de intervenções psicossociais (IP) por esses profissionais na abordagem desses transtornos, sendo o treinamento insuficiente relatado como um dos principais motivos. São escassos na literatura dados que possam guiar estratégias de capacitação sobre esse tema. Este estudo visou investigar as percepções de médicos residentes do segundo ano (R2) de programas de residência em MFC (PRMMFC) de Minas Gerais sobre o uso de IP, a aprendizagem dessas intervenções e as demandas formativas em torno delas, na abordagem aos TMC. Para tanto, foi realizado um estudo descritivo, transversal, quantitativo, por meio de questionário semiestruturado, on-line, dirigido aos residentes. Os dados foram coletados entre outubro e novembro de 2020 e analisados através de estatística descritiva. Dos 102 residentes R2 identificados, 46 (45,1%) participaram da pesquisa e representam 83,3% dos PRMMFC convidados. Os residentes são, em sua maioria, mulheres (67,4%), com idade média de 30 anos e graduados em instituições privadas (62,2%). Quase a totalidade deles (93,5%) afirma utilizar IP para a abordagem de TMC, mas apesar de a maioria (81,4%) perceber melhora nos pacientes, somente 53,4% as aplicam em mais da metade dos casos de TMC. A maioria (69,6%) conhece e aplica de uma a seis das 13 IP de referência apresentadas no questionário, sendo que as mais aplicadas e nas quais eles se percebem mais competentes são: técnicas de comunicação clínica e de escuta ativa; técnicas de exploração da experiência do adoecimento e técnicas de resposta empática às emoções. Além de utilizar pouco, eles relataram possuir pouca habilidade prática em: terapia de solução de problemas; ativação comportamental; meditação guiada/mindfulness e técnicas de relaxamento físico e respiração. Mais de 78% relataram sentir dificuldade na utilização de IP e os principais motivos apontados foram não se perceber com formação adequada (74,4%) e o seu processo de trabalho dificultar ou inviabilizar essa utilização (57,6%). Os principais meios de aprendizado relatados para a aquisição de competências sobre o

tema foram: método autoinstrucional (69,6%); aulas teóricas na residência (65,2%) e atuação prática em serviço na residência (58,7%). Apesar disso, 45,6% dos residentes consideram “pouca” ou “nenhuma” a contribuição da residência nesse aprendizado. As principais intervenções sobre as quais eles desejam ter mais capacitação são: meditação guiada/mindfulness; terapia comunitária; técnicas de relaxamento físico e respiração e terapia de solução de problemas. A residência teve uma contribuição considerada insuficiente e o processo de trabalho nos cenários de prática foi apontado como uma importante barreira nesse contexto. Com os resultados obtidos foi possível identificar a percepção de importantes lacunas formativas sobre o uso de IP na abordagem a TMC em residentes (R2) de MFC, o que permite apontar caminhos para a elaboração de estratégias de aprimoramento.

Palavras-chave: Saúde Mental. Transtornos Mentais. Atenção Primária a Saúde. Medicina de Família e Comunidade. Educação Médica. Residência Médica.

ABSTRACT

The growing prevalence of mental health problems, especially common mental disorders (CMD), has motivated strategies to increase primary care services resolution through the training of human resources at this level of care. The non-pharmacological approach is the main evidence-based therapeutic method for CMD and, although it is considered an essential competence of family physicians, there is insufficient use of psychosocial interventions (PI) by these professionals in the management of these disorders, with insufficient training reported as one of the main reasons. Data that can guide training strategies on this topic are scarce in the literature. This study aimed to investigate the perceptions of second-year Family and Community Medicine residents (R2) of residency programs in Minas Gerais about the use of PI, the learning of these interventions and the training demands around them, in approach to TMC. Therefore, a descriptive, cross-sectional, quantitative study was carried out through an online semi-structured questionnaire aimed at residents. Data were collected between October and November 2020 and analyzed using descriptive statistics. Of the 102 identified R2 residents, 46 (45.1%) participated in the survey and represent 83.3% of the invited programs. Residents are mostly women (67.4%), with an average age of 30 years and graduates from private institutions (62.2%). Almost all of them (93.5%) claim to use PI for the CMD approach, but although the majority (81.4%) perceive improvement in patients, only 53.4% apply them in more than half of the cases of TMC. The majority (69.6%) know and apply from one to six of the 13 reference PIs presented in the questionnaire, and the most applied and in which they perceive themselves as more competent are: clinical communication techniques and active listening; techniques for exploring the experience of illness and techniques for empathic response to emotions. In addition to using little, they reported having little practical skill in: problem solving therapy; behavioral activation; guided meditation/mindfulness and physical relaxation and breathing techniques. More than 78% reported experiencing difficulty in using PI and the main reasons mentioned were not perceiving themselves as having adequate training (74.4%) and their work process hindering or making this use unfeasible (57.6%). The main learning methods reported for the acquisition of skills on the subject were: self-instructional method (69.6%); theoretical classes at the residence (65.2%) and practical work in the residence service (58.7%). Despite this, 45.6% of the residents consider "little" or "none" the contribution of the residence in

this learning process. The main interventions they would like to be more empowered about are: guided meditation/mindfulness; community therapy; physical relaxation techniques and breathing and problem solving therapy. The residency had a contribution considered insufficient and the work process in practice scenarios was pointed out as an important barrier in this context. With the results obtained, it was possible to identify the perception of important training gaps on the use of IP in the approach to CMD by Family and Community Medicine residents (R2), which allows to point out paths for the development of improvement strategies.

Keywords: Mental Health. Mental Disorders. Primary Health Care. Family and Community Medicine. Medical Education. Medical Residency.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Fluxograma 1	- População do estudo.....	35
Quadro 1	- Estrutura e componentes do instrumento de coleta.....	36
Quadro 2	- Termos utilizados pelos residentes ao citarem intervenções para abordagem de TMC, agrupados por categorias e em ordem decrescente de frequências das citações.....	50
Gráfico 1	- Proporção de residentes que conhece cada IP descrita.....	52
Gráfico 2	- Proporção de residentes que conhece e utiliza cada IP descrita	53
Gráfico 3	- Diferenças entre as proporções dos residentes que conhecem e dos e dos que conhecem e utilizam cada IP descrita.....	55
Gráfico 4	- Motivos apontados pelos residentes para justificar o fato de conhecer alguma IP descrita, mas não a utilizar na prática clínica (n=43).....	56
Gráfico 5	- Respostas dos residentes para a pergunta: “você sente dificuldade em utilizar alguma das IP descritas?”	56
Gráfico 6	- Motivos que contribuem para a dificuldade dos residentes em utilizar alguma intervenção psicossocial (n=33).....	57
Gráfico 7	- Proporção de residentes em relação ao nível de competência referido para cada IP descrita, em ordem crescente de proporções do “nível 1”	58
Gráfico 8	- Médias dos níveis de competência relatados pelos residentes em relação à cada IP descrita.....	59
Gráfico 9	- Meios que mais contribuíram para o aprendizado dos residentes sobre IP para abordagem TMC.....	60
Gráfico 10	- Proporção das respostas dos residentes para a pergunta: “qual a contribuição da residência para a sua aquisição de competências em intervenções psicossociais para a abordagem de TMC?”	61
Quadro 3	- Termos pouco específicos, com mais de uma possível classificação e outras intervenções citadas [frequência].....	62

Quadro 4	- Comentários dos participantes sobre a contribuição da residência para a aquisição de competências em intervenções psicossociais para a abordagem de TMC.....	62
Gráfico 11	- Respostas dos residentes sobre quais IP eles gostariam de ter mais capacitação.....	63
Quadro 5	- Comentários dos participantes em relação a necessidade de capacitação sobre intervenções psicossociais para a abordagem de TMC.....	64
Gráfico 12	- Respostas de três grupos de residentes sobre quais meios de aprendizagem mais contribuíram para o seu aprendizado sobre o tema, em ordem decrescente das proporções do grupo geral*.....	65
Gráfico 13	- Respostas de três grupos de residentes sobre os motivos que contribuem para a sua dificuldade em utilizar alguma intervenção psicossocial em ordem decrescente das proporções do grupo geral*.....	66
Gráfico 14	- Respostas de três grupos de residentes sobre quais IP eles gostariam de ter mais capacitação em ordem decrescente das proporções de respostas do grupo geral*.....	67

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	- Características sociodemográficas e da trajetória acadêmica dos residentes R2 dos PRMMFC de MG	43
Tabela 2	- Frequência de aplicação de intervenções não farmacológicas pelos residentes nos casos de TMC (n= 43).....	51
Tabela 3	- Efeitos da aplicação de intervenções não farmacológicas percebidos pelos residentes sobre o quadro de TMC dos pacientes (n= 43).....	51
Tabela 4	- Número de IP conhecidas pelos residentes, dentre as 13 de referência descritas.....	53
Tabela 5	- Número de IP de referência conhecidas e utilizadas pelos residentes dentre as 13 de referência descritas.....	54
Tabela 6	- Proporção dos residentes em relação número de IP, cujo nível competência atribuído foi “iniciante” ou superior (nível 3 ou maior)	59

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
BATHE	<i>Background, Affect, Trouble, Handling, Empathy</i>
CNV	Comunicação Não Violenta
COREME	Comissões de Residência Médica
ESF	Estratégia Saúde da Família
IP	Intervenções Psicossociais
MCCP	Método Clínico Centrado na Pessoa
MFC	Medicina de Família e Comunidade
mhGAP	<i>Mental Health Gap Action Programme</i>
NICE	<i>National Institute for Health and Care Excellence</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
PICS	Práticas Integrativas Complementares em Saúde
PRMMFC	Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade
R2	Residente do segundo ano
SBMFC	Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
sisCNRN	Sistema da Comissão Nacional de Residência Médica
SUS	Sistema Único de Saúde
TAG	Transtorno de Ansiedade Generalizada
TC	Terapia Comunitária Sistêmica Integrativa
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TEPT	Transtorno de Estresse Pós-Traumático
TIP	Terapia interpessoal breve
TOC	Transtorno Obsessivo Compulsivo
TMC	Transtornos Mentais Comuns
TSP	Terapia de Solução de Problemas
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora
WONCA	<i>World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians</i>
YLD's	<i>Years of healthy life lost due to disability</i>

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	16
2	MARCO TEÓRICO.....	20
2.1	A ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL E SUA RELAÇÃO COM A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	20
2.2	OS TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS E SUA ABORDAGEM.....	22
2.3	INTERVENÇÕES PSICOSSOCIAIS PARA TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS E A MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE.....	25
3	OBJETIVOS.....	33
3.1	OBJETIVO GERAL.....	33
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	33
4	MÉTODO.....	34
4.1	DESENHO DO ESTUDO.....	34
4.2	POPULAÇÃO DO ESTUDO.....	34
4.3	COLETA DE DADOS.....	35
4.4	ANÁLISE.....	40
4.5	ASPECTOS ÉTICOS.....	40
5	RESULTADOS.....	41
5.1	A PRIMEIRA PARTE DO QUESTIONÁRIO: PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E TRAJETÓRIA ACADÊMICA DOS RESIDENTES.....	41
5.2	A SEGUNDA PARTE DO QUESTIONÁRIO: ANTES DA APRESENTAÇÃO DAS IP DE REFERÊNCIA	44
5.3	A TERCEIRA PARTE DO QUESTIONÁRIO: APÓS A APRESENTAÇÃO DAS IP DE REFERÊNCIA.....	52
5.4	ANÁLISES COMPLEMENTARES.....	64
6	DISCUSSÃO.....	68
6.1	O PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E A TRAJETÓRIA ACADÊMICA.....	68
6.2	COMO OS RESIDENTES ABORDAM OS CASOS DE TMC?.....	70
6.3	PERCEPÇÕES EM RELAÇÃO ÀS 13 IP DE REFERÊNCIA.....	74
6.4	MEIOS DE APRENDIZAGEM SOBRE IP PARA TMC.....	79

6.5	O GRUPO “MAIS COMPETENTE” <i>VERSUS</i> O GRUPO “MENOS COMPETENTE.....	83
6.6	LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	85
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	87
	REFERÊNCIAS.....	90
	APÊNDICE I – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	97
	APÊNDICE II – Instrumento de coleta de dados.....	99
	ANEXO I – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da UFJF.....	116

1 INTRODUÇÃO

A atuação como médico no Sistema Único de Saúde (SUS), em equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), e o exercício da preceptoría em Medicina de Família e Comunidade (MFC) pela Universidade Federal de Viçosa me proporcionaram vivenciar de forma plena os desafios da prática assistencial generalista de um médico de família e comunidade e diversos aspectos da integração do ensino com o serviço de saúde nos processos formativos de graduandos e médicos residentes na Atenção Primária à Saúde (APS) brasileira.

Entre as diversas demandas de saúde dos pacientes das comunidades nas quais atuei, o sofrimento mental sempre se destacou entre os motivos de consulta, seja como simples expressão de processos adaptativos aos desafios da vida diária, seja como parte importante da experiência de adoecimento por um problema físico, ou ainda, como manifestação de um transtorno mental grave.

Buscar aperfeiçoamento e adquirir conhecimento, habilidades e experiência sobre o cuidado em saúde mental me propiciaram uma melhor percepção da magnitude da demanda por esse cuidado, de como isso impacta no cenário em que atuo e também da necessidade pessoal de mais capacitação e novas estratégias de enfrentamento.

Segundo dados do estudo Global Burden of Disease de 2019 (IHME, 2020) os transtornos mentais já afetam mais de 970 milhões de pessoas em todo o mundo, 13,04% da população, e são a segunda maior causa de incapacidade medida por YLD's (em inglês: *years of healthy life lost due to disability*; em português: “anos vividos com incapacidade”), relacionada principalmente aos transtornos depressivos, que já respondem por 5,4% de todos os anos vividos com incapacidade no mundo. No Brasil, a prevalência de transtornos mentais atinge 17,4%, superando a média mundial e afetando mais de 36 milhões de pessoas. Tudo isso sem contar os transtornos por uso de substâncias e as síndromes demenciais (IHME, 2020).

Os problemas de saúde mental podem impactar áreas como o desempenho escolar e profissional, os relacionamentos sociais e gerar exclusão social ao diminuir a capacidade de autonomia e participação dos indivíduos na comunidade. Dois dos problemas de saúde mental mais comuns, a depressão e a ansiedade, custam à economia global um trilhão de dólares por ano (WHO, 2021).

Apesar disso, há evidências de uma negligência global em relação aos cuidados em saúde mental (WHO, 2018a). O planejamento e as políticas de assistência à saúde de vários países, principalmente os considerados de baixa e média renda, destinam escassos recursos aos serviços de saúde mental e não priorizam sua integração à atenção primária. Em muitos casos, a maior parte dos recursos são direcionados a serviços especializados, como ambulatórios e enfermarias psiquiátricas, e não a cuidados primários, o que diminui a custo-efetividade desses já limitados investimentos. Isso gera grande desequilíbrio na assistência, na medida em que os profissionais da atenção primária falham em detectar os principais e mais prevalentes problemas de saúde mental e também não oferecem tratamento baseado em evidências aos casos que conseguem identificar. Em muitos locais também não se dispõe de profissionais especializados em saúde mental (psicólogos, psiquiatras, enfermagem especializada) em número e qualificação suficientes para suprir a demanda de encaminhamentos e também para dar assistência matricial aos serviços de atenção primária (WHO; WONCA, 2008). Além disso, encaminhamentos podem encontrar barreiras relacionadas aos próprios pacientes, como a falta de tempo e o estigma (WONCA, 2017).

Esse preocupante contexto se reflete na realidade em que atuo, na medida em que um número significativo de casos de problemas de saúde mental que manejamos não apresenta melhora significativa e o paciente acaba retornando à unidade de saúde, em curto prazo, com praticamente as mesmas demandas, muitas vezes se queixando de efeitos colaterais de medicações psicotrópicas prescritas e até mesmo relatando ter interrompido por conta própria o seu uso. Além disso, o tempo investido nas consultas parece trazer um retorno aquém do esperado, impactando diretamente na capacidade de resolução do serviço, que deveria ser suficiente para responder à quase totalidade dos transtornos mentais leves a moderados. Isso aumenta a probabilidade de encaminhamentos evitáveis a serviços especializados de saúde mental, que geralmente se encontram sobrecarregados, com enormes filas de espera, e contribuem para reforçar o estigma associado a essas condições. Huibers e colaboradores (2009) destacam que muitos médicos que atuam em serviços de APS acabam dedicando muito do seu tempo ao cuidado em saúde mental dos pacientes sem lançar mão de ferramentas adequadas para aumentar a eficiência do seu manejo e promover melhores resultados.

Diante disso, recentemente muitos esforços têm sido feitos pela própria Organização Mundial de Saúde (OMS) e por entidades ligadas à APS na direção de promover capacitação aos profissionais de saúde da atenção primária, especialmente os médicos, para proverem cuidados adequados em saúde mental aos seus pacientes na comunidade. Intervenções que forneçam tratamentos psicológicos que demandem menor intensidade de recursos secundários, que sejam mais acessíveis, viáveis financeiramente e não estigmatizantes para os pacientes são de grande importância nesse cenário (WONCA, 2017).

Um dos nós críticos do quadro de insuficiência global dos cuidados em saúde mental parece ser uma lacuna existente justamente em relação à utilização de abordagens não farmacológicas na terapêutica dos pacientes. Mesmo conscientes das indicações precisas desse tipo de tratamento, muitos médicos de cuidados primários acabam deixando essa opção em segundo plano e tendem à prescrição de medicamentos psicotrópicos. Uma hipótese, descrita em alguns estudos, aponta para dificuldades em colocar em prática essas terapias não medicamentosas devido a diversos fatores, como a falta de capacitação, a restrição de tempo nas consultas ou a falta de remuneração adequada (FRASER *et al.*, 2015; OYAMA *et al.*, 2012)

Assim, a percepção das minhas próprias limitações e a observação, enquanto preceptor, da insegurança de estagiários e médicos residentes na abordagem dos pacientes com demandas em saúde mental de alta prevalência, a começar pela dificuldade na própria identificação desses problemas, me fizeram atentar para a possível existência de falhas no processo formativo de profissionais tão importantes nesse cuidado. A sensação de que eu poderia estar fazendo mais pela saúde mental da comunidade se tornou motivação para a realização deste estudo e, assim, buscar, através da pesquisa, respostas que possam apontar os caminhos para aprimorar a formação de médicos que são um recurso profissional relevante, e em alguns casos o único, na assistência ao sofrimento mental dessas pessoas.

Uma pergunta central que este estudo se propõe a responder é: os futuros profissionais médicos especialistas em atenção primária se percebem adequadamente capacitados para manejar casos de Transtornos Mentais Comuns (TMC)? Para ajudar a responder essa pergunta este trabalho visou investigar as percepções de médicos residentes em MFC, ao final de seu segundo ano de formação, sobre o uso de intervenções psicossociais (IP) na abordagem a esses transtornos mentais. Para isso, buscou-se identificar em que medida os residentes

referem conhecer e aplicar essas intervenções, o quanto se sentem aptos para isso, quais fatores influenciam no seu processo de aprendizagem, assim como qual a contribuição da sua formação para a aquisição competências nesse campo.

A principal hipótese é a de que os residentes relatem ter competências parciais, em relação ao que é preconizado como essencial pelas associações e entidades representativas da especialidade, sobre o uso de ferramentas de intervenção psicossocial na abordagem aos TMC. Associado a esse possível achado, pressupõe-se uma percepção, por eles, de que a formação em MFC apresenta insuficiências acerca desse tema, o que pode evidenciar importantes necessidades de aprendizagem e propiciar a produção de propostas de aprimoramento dos processos formativos.

2 MARCO TEÓRICO

A seguir, o marco teórico considerando a atenção à saúde mental e sua relação com a atenção primária à saúde; os transtornos mentais comuns e sua abordagem e as intervenções psicossociais para transtornos mentais comuns e a Medicina de Família e Comunidade.

2.1 A ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL E SUA RELAÇÃO COM A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Para resolver os problemas de saúde mais frequentes, especialmente os de saúde mental, a APS tem papel primordial (WHO; WONCA, 2008). A própria OMS lista sete principais razões para integração da saúde mental à atenção primária: (1) a elevada carga de morbidade dos transtornos mentais, que afetam a sociedade como um todo, e pode ser melhor acolhida por serviços de saúde mais abrangentes como os primários; (2) a conexão entre problemas de saúde física e mental, melhor abordada em serviços de atenção primária, que ajudam a garantir que as pessoas sejam tratadas de maneira holística; (3) a grande lacuna terapêutica dos transtornos mentais, que pode ser amenizada na medida em que políticas assistenciais em saúde mental tem melhor custo-efetividade quando priorizam essa integração; (4) aumento do acesso; (5) promoção dos direitos humanos com minimização do estigma e da discriminação e uma melhor integração social; (6) disponibilidade e custo-efetividade próprias da APS, e (7) bons resultados clínicos (WHO; WONCA, 2008).

Segundo Lancetti e Amarante (2008, p. 615):

[...]o hábitat privilegiado para tratamento de pessoas com sofrimento mental, (...) é o bairro, as famílias e as comunidades e, logicamente, as unidades de saúde encravadas nos territórios onde as pessoas existem.

Assim, Wenceslau e Ortega (2015) apontam que o caminho para a qualidade na atenção à saúde mental, em um menor prazo e de maneira sustentável, é priorizar o fortalecimento da atenção primária e investir em uma rede de saúde mental organizada e que seja orientada pelo nível primário e apoiada com recursos secundários e terciários. Porém, muitos locais sofrem com a falta desses recursos

especializados em saúde mental disponíveis para apoiar os serviços de atenção primária e atender à crescente demanda da população por esses cuidados.

O Atlas de Saúde Mental 2017 (WHO, 2018b) revela que, embora alguns países tenham feito progresso na formulação e planejamento de políticas de saúde mental na última década, ainda há uma escassez global de profissionais de saúde capacitados e de investimento em serviços de saúde mental baseados na comunidade e na atenção primária, principalmente em países de baixa e média renda, como o Brasil, o que gera importantes deficiências e aumenta a lacuna existente na atenção à saúde mental nesses cenários.

Apesar dos desafios, exemplos internacionais bem sucedidos de sistemas de saúde universais, orientados pela APS e que são capazes de oferecer cuidados em saúde mental de qualidade, indicam que, para se alcançar êxito nessa integração entre a saúde mental e o nível primário, é necessária a presença de profissionais com formação própria para a APS, como médicos de família e comunidade e enfermeiros e outros profissionais com especialização em cuidados nesse nível de atenção (WENCESLAU; ORTEGA, 2015).

A MFC no Brasil tem um importante papel como especialidade capaz de prover os profissionais médicos mais qualificados para a atuação na APS. É competência essencial do médico de família e comunidade manejar a terapia farmacológica e não farmacológica para os problemas mais frequentes de saúde mental. Além disso, a formação em MFC deve contemplar um modelo de abordagem biopsicossocial das demandas em saúde mental e tornar os médicos capazes de oferecer uma ampla gama de opções terapêuticas possíveis e custo-efetivas de serem realizadas na atenção primária (ALBUQUERQUE; DIAS, 2019).

2.2 OS TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS E SUA ABORDAGEM

O termo “transtornos mentais comuns” (TMC), como descrito por Goldberg e Huxley (1992) e Fortes; Villano; Lopes (2008) é utilizado para definir manifestações de pessoas que sofrem mentalmente apresentando sinais e sintomas que geralmente correspondem aos transtornos depressivos e aos transtornos de ansiedade, mas que nem sempre preenchem todos os critérios diagnósticos estabelecidos na nosologia psiquiátrica clássica (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2015). Essas manifestações dos TMC geralmente se caracterizam como condições de caráter leve a moderado, agudos, geralmente ligados a fatores estressantes da vida, que frequentemente têm remissão espontânea e se apresentam em sua maioria como sintomas físicos, somáticos. Dores no corpo em geral, falta de ar, tremeadeira, palpitação, pressão no peito, sintomas gastrintestinais, entre outros, são as manifestações mais frequentes inicialmente detectadas em pessoas com TMC que se apresentam em contextos de APS (FORTES; VILLANO; LOPES, 2008). Além dos sintomas somáticos, sintomas psíquicos geralmente isolados e pouco específicos, como irritação, cansaço, raiva, choro frequente, esquecimento, redução da capacidade de concentração, insônia, entre outros são também prevalentes nesses pacientes (MENEZES, 2012). Coutinho e colaboradores (1999) e Fonseca; Guimarães; Vasconcelos (2008) descrevem que há certa dificuldade de se classificar transtornos mentais não psicóticos na comunidade, uma vez que eles costumam se apresentar indiferenciados, ligados a comorbidades clínicas e com um limiar impreciso entre o que é funcionamento adaptativo normal e psicopatologia.

Como referência teórica para este trabalho, adotaremos o conceito de TMC publicado pela OMS (WHO, 2017), que define esses transtornos como problemas de saúde mental de intensidade leve a moderada, cujos sinais e sintomas se referem às duas principais categorias diagnósticas:

- **Transtornos depressivos:** depressão maior ou episódio depressivo e distímia;
- **Transtornos ansiosos:** transtorno de ansiedade generalizada (TAG), transtorno do pânico, fobias, transtorno da ansiedade social, transtorno obsessivo compulsivo (TOC) e transtorno de estresse pós-traumático (TEPT).

Os TMC são os problemas de saúde mental mais frequentes, afetando pessoas de todas as regiões, sendo os grandes responsáveis pelos altos índices de morbidade e incapacidade relacionados às doenças mentais e um dos principais problemas de

saúde pública do mundo (WHO, 2017). Eles respondem por 60% da prevalência de todos os transtornos mentais. O Brasil é o segundo país do mundo mais afetado por transtornos de ansiedade, tanto pela prevalência, quanto pela incapacidade gerada por eles, com índices que são praticamente o dobro da média mundial. Quanto aos transtornos depressivos, o Brasil é o terceiro país na América do Sul, com a maior prevalência (4,3% ou 8,9 milhões de pessoas), ficando atrás apenas da Guiana e do Suriname (IHME, 2020).

Em uma meta-análise, realizada no ano de 2014, envolvendo 174 estudos de 63 países sobre a prevalência de TMC (transtorno depressivo, ansioso, misto e problemas com o uso de álcool), a prevalência média foi de 17,5% e, em média, 29,2% das pessoas entrevistadas nos estudos foram identificadas como tendo experimentado TMC em algum momento durante suas vidas (STEEL *et al.*, 2014). No Brasil, estudos indicam uma prevalência de 17 a 64,4%, afetando principalmente mulheres, desempregados, pessoas com baixa escolaridade e com baixa renda (GONÇALVES *et al.*, 2014). Os TMC causam importante perda da qualidade de vida das pessoas afetadas, originando disfunções familiares e trazendo grande prejuízo econômico à sociedade, principalmente devido à incapacidade para o trabalho, mas também pela influência que exercem no aparecimento e na dificuldade de controle de outros problemas de saúde (MURCHO *et al.*, 2016).

Apesar da grande prevalência e carga de morbidade, há importante dificuldade em identificar e diagnosticar os TMC, seja pela classificação e categorização pouco adequadas em muitos contextos, seja pela falta de capacitação dos profissionais envolvidos no cuidado ou, ainda, pelas restrições impostas pela estrutura dos serviços ou por um processo de trabalho que resulta em assistência com deficiente relação oferta / demanda. Essas barreiras se associam a dificuldades no manejo correto desses transtornos e no próprio subdiagnóstico, que, por sua vez, se desdobra em gastos com encaminhamentos e exames desnecessários (FONSECA; GUIMARÃES; VASCONCELOS, 2008).

O tratamento baseado em evidências da maior parte dos transtornos mentais, está fundamentado em dois tipos de abordagem: na terapia farmacológica (seja através de medicamentos alopáticos, homeopáticos, antroposóficos ou fitoterápicos), e na terapia não farmacológica, constituída por uma ampla gama de intervenções, desde as mais breves e leves, como técnicas de acolhimento e suporte emocional e de aconselhamento psicológico, até as mais intensivas, como a psicoterapia, por

exemplo (BRASIL, 2013). As melhores evidências disponíveis apontam as intervenções não farmacológicas como métodos de escolha para o tratamento dos transtornos leves e de grande parte dos casos moderados e, para a maioria dos casos moderados a graves, a combinação de terapias psicológicas e medicamentos é mais recomendada (SMITH *et al.*, 2019).

Considerando que os TMC são definidos como transtornos mentais leves a moderados e autolimitados, é controversa, portanto, a indicação de tratamento medicamentoso na abordagem da maioria desses casos. Especialmente nos transtornos depressivos leves, o papel dos psicofármacos não está bem estabelecido, sendo essa terapia indicada somente para os casos moderados, graves, refratários e crônicos (EISENBERG, 2016; GONÇALVES *et al.*, 2013). Uma meta-análise da base de dados da Cochrane (ARROLL *et al.*, 2009) analisou o uso de antidepressivos para o tratamento do transtorno depressivo maior em cenários de APS e concluiu que eles são apenas modestamente melhores do que o placebo, com o agravante de que alguns dos estudos analisados (todos os que testaram inibidores seletivos de receptação da serotonina) foram de curta duração e financiados por indústrias farmacêuticas. De forma semelhante ao que ocorre para os transtornos depressivos, em relação aos transtornos de ansiedade, as recomendações de alguns protocolos, como um canadense (KATZMAN *et al.*, 2014) e o do NICE (*National Institute for Health and Care Excellence*), instituto ligado ao Sistema de Saúde Nacional do Reino Unido, também são no sentido de adotar a terapia farmacológica somente em casos selecionados. Assim, recomenda-se uma abordagem escalonada, individualizada e de acordo com as preferências do paciente, que parta de intervenções não farmacológicas aplicadas progressivamente, desde as de baixa intensidade, como psicoeducação e fornecimento de material de autoajuda, até as de alta intensidade, aplicadas por profissionais especializados, como a psicoterapia, chegando à utilização da farmacoterapia e de cuidados intensivos em saúde mental nos casos de transtornos de maior gravidade (NICE, 2011a).

2.3 INTERVENÇÕES PSICOSSOCIAIS PARA TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS E A MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

A abordagem não farmacológica dos problemas de saúde mental está fundamentada principalmente em ferramentas terapêuticas oriundas de bases conceituais do campo da psicologia, podendo ser chamadas de terapias psicológicas. Essa abordagem se constitui de ferramentas que podem ser empregadas tanto no reconhecimento diagnóstico, quanto na terapêutica propriamente dita, variando desde técnicas de comunicação clínica, de expressão de empatia, de suporte emocional e outras intervenções de baixa intensidade, até as terapias psicológicas mais intensivas providas por terapeutas treinados (WONCA, 2017).

Não há na literatura um consenso nas definições dos termos, mas geralmente a psicoterapia com suas diferentes abordagens (psicanálise, comportamental, cognitiva, humanista, entre outras), é um tipo de terapia psicológica definida como um procedimento mais complexo, mais demorado e mais minucioso e aprofundado em relação a aspectos do inconsciente, da personalidade e do passado do indivíduo, sendo utilizada pelos profissionais com formação em psicologia ou em área específica. Terapias psicológicas menos complexas podem ser denominadas de “aconselhamento psicológico” ou, especialmente na literatura internacional, de “*counseling*” (em tradução livre para o português: “*aconselhamento*”). Esse tipo de abordagem compartilha vários princípios com as modalidades de psicoterapia, especialmente os cognitivos e comportamentais, mas é aplicável por uma gama maior de profissionais e para diversas outras demandas de saúde além da mental, sendo considerada mais simples, de curto prazo, menos intensa, voltada para situações mais pontuais e com foco no presente e na resolução e prevenção de problemas (SCORSOLINI-COMIN, 2014). No Brasil, “aconselhamento psicológico” é um termo pouco utilizado e se refere a uma área de atuação ainda pouco estudada, mas nos Estados Unidos, por exemplo, o *counseling* é uma especialidade com campo de atuação e pesquisa bem definidos, ligada a profissionais de diferentes áreas, como os das ciências humanas e sociais. De acordo com a Associação Americana de Aconselhamento, “*counseling*” é definido como “uma relação profissional que capacita diversos indivíduos, famílias e grupos a atingir metas de saúde mental, bem-estar, educação e carreira profissional” (KAPLAN *et al.*, 2014).

O termo “intervenção psicossocial” tem sido usado por alguns autores mais recentemente e suscita uma definição mais ampla, subjetiva e potencialmente flexível (CHASE, 2021), pode englobar as terapias psicológicas citadas (psicoterapia e aconselhamento psicológico), mas reforça a multiprofissionalidade e traz em sua essência a influência da coletividade e das relações sociais como componentes das demandas em saúde mental a serem abordadas em um indivíduo que está inserido em um contexto familiar, comunitário, ambiental, histórico, cultural, econômico e político (ALVES; FRANCISCO, 2009).

Apesar de alguns autores se referirem a “intervenção psicossocial” como apenas sinônimo de terapia psicológica de baixa intensidade e/ou aconselhamento psicológico, a definição desse termo no campo da saúde tem um sentido mais profundo e abrangente, cada vez mais se aproximando dos conceitos de clínica ampliada e de visões e estratégias da Saúde Mental Global (ALVES; FRANCISCO, 2009; CHASE, 2021; WENCESLAU; ORTEGA, 2015).

Intervenções psicossociais em saúde mental tendem a considerar menos os diagnósticos e categorizações psiquiátricas e mais a experiência de sofrimento, sendo indicadas para a maioria dos problemas de saúde mental ou para aqueles de saúde física em que haja sofrimento psíquico associado. Podem ser aplicadas por profissionais não especialistas em saúde mental na APS, como médicos, enfermeiros e outros integrantes do serviço de saúde capacitados, tanto para abordagens individuais quanto coletivas, de forma breve e objetiva, compatível com a disponibilidade da agenda desses profissionais. Devem proporcionar a superação do sofrimento através da promoção da autonomia e do empoderamento do sujeito, fortalecendo sua própria capacidade de resiliência com recursos do próprio território onde vivem. São abordagens com grande potencial de suprir as lacunas de cuidado em saúde mental em locais com menos recursos, por contribuírem para aumentar o acesso e reduzir o estigma relacionado aos problemas de saúde mental. (GONÇALVES *et al.*, 2013).

Adotaremos neste estudo o termo “intervenções psicossociais” (IP) para nos referirmos a ferramentas não farmacológicas para abordagem de TMC por médicos de família e comunidade na APS por considerarmos que ele contempla em sua definição os princípios fundamentais para esse tipo de abordagem.

Huibers e colaboradores (2009) descrevem em sua metanálise que diversos estudos da década de 90 e início dos anos 2000 avaliaram a eficácia e a efetividade

de IP realizadas por médicos generalistas. Talvez pelas dificuldades técnicas em realizar estudos empíricos sobre o tema, dada a limitações impostas pela sua relativa subjetividade, a conclusão geral dessas revisões foi que essas intervenções parecem mais eficazes do que os cuidados usuais, mas que faltam evidências clínicas mais claras. O grau de sucesso deste tipo de abordagem depende em grande parte da relação de confiança depositada naquele que cuida. Assim, a relação do médico que atua na atenção primária com o paciente é um componente essencial nesse cuidado e, por ser pautada também na ligação com o território e com a comunidade, cria laços de vínculo, sendo propícia para uma boa resposta a essas intervenções (HUIBERS *et al.* 2009; ALBUQUERQUE; DIAS, 2019).

No que tange à formação de médicos especialistas para a atuação na APS, no Brasil a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade – SBMFC lançou em 2015 a primeira edição do Currículo Baseado em Competências para Medicina de Família e Comunidade (SBMFC, 2015). Ancorado em revisões de experiências internacionais exitosas de formação de especialistas em MFC, este documento serve de guia para os programas de residência da especialidade no país, assim como para os processos de certificação de especialistas realizados pela SBMFC. As competências “essenciais”, como denominado no documento, são definidas como o mínimo que se espera de competências para todo residente de MFC ao fim de seu processo de formação como especialista. Em relação à Saúde Mental, no campo “Atenção à Saúde”, a área de competência “Abordagem a Problemas de Saúde Mental” (SBMFC, 2015, p. 40) traz nove competências essenciais e, dentre elas, pelo menos três são relacionadas a ferramentas de intervenção psicossocial direcionadas à identificação e ao manejo de TMC: “conhece ferramentas mínimas de abordagem familiar”; “faz o diagnóstico diferencial das principais síndromes e distúrbios de humor, fóbico-ansiosos e demência” e “maneja a terapia farmacológica e não farmacológica para os problemas mais frequentes de saúde mental”. Além disso, em diversos outros campos do documento, em especial o de “Abordagem a problemas gerais e inespecíficos” (SBMFC, 2015, p. 34) e o de “Habilidades de comunicação” (SBMFC, 2015, p. 23), aparecem competências essenciais associadas à abordagem e comunicação clínica centradas na pessoa (STEWART *et al.*, 2017), fundamental no manejo de transtornos mentais, mas também de qualquer problema de saúde, como empregar técnicas de escuta ativa e adotar postura e atitudes empáticas de comunicação através da utilização de linguagem verbal e não verbal e,

ainda, “explorar apropriadamente as ideias do paciente (...), preocupações relacionadas aos problemas identificados e expectativas”.

A Organização Mundial dos Médicos de Família - WONCA (sigla, em inglês, para: “*World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians*”), através do seu “Grupo de Trabalho em Saúde Mental”, em documento intitulado *Core Competencies of Family Doctors in Primary Mental Health Care* (em português: Competências Essenciais dos Médicos de Família nos Cuidados Primários em Saúde Mental), publicado em 2018, descreve as competências essenciais esperadas de todos os médicos de família treinados e qualificados, que trabalham em unidades básicas de saúde em qualquer parte do mundo, ao cuidarem de pessoas com problemas de saúde mental. O documento cita seis campos de competências essenciais dos médicos de família: “valores” (considerar a grande importância da saúde mental na sua prática); “habilidades de comunicação”; “avaliação” (identificação e diagnóstico dos problemas de saúde mental); “gerenciamento” (manejo, tratamento); “colaboração e encaminhamento” (abordagem interprofissional e manejo efetivo dos recursos disponíveis) e “prática reflexiva” (autocuidado da própria saúde física e mental) (WONCA, 2018).

Em todos os campos do documento aparecem descritas competências relacionadas a intervenções psicossociais, mas nos campos das “habilidades de comunicação” e do “gerenciamento”, essas competências aparecem de forma mais explícita e direta. Está descrita como essencial a competência em realizar encontros clínicos conduzidos com habilidades de comunicação que utilizem a abordagem centrada na pessoa e a escuta ativa, que primam pelo respeito e pelo não julgamento e que expressam empatia e compaixão pelo sofrimento dos pacientes. Esta abordagem pode ser considerada uma potente intervenção psicossocial. A psicoeducação, habilidade em fornecer informações adequadas e efetivas sobre o problema de saúde mental do paciente, é outra intervenção descrita. No campo do gerenciamento são consideradas competências essenciais a aplicação de intervenções comportamentais e cognitivas, trazendo como exemplo a psicoeducação, a entrevista motivacional, técnicas de manejo do estresse, a ativação comportamental, a terapia de resolução de problemas e *mindfulness* (WONCA, 2018).

Cerca de três meses antes, em outubro de 2017, o mesmo Grupo de Trabalho em Saúde Mental da WONCA, havia reunido evidências da literatura e publicado um

documento, em formato de guia, com recomendações sobre o papel dos médicos de família em prover intervenções não farmacológicas baseadas em evidências para o tratamento de transtornos mentais comuns na atenção primária. Esse trabalho teve como objetivo ajudar na conscientização sobre o importante papel das intervenções não farmacológicas na abordagem de TMC e incentivar os médicos de família a incorporar essa abordagem em sua prática de rotina (WONCA, 2017). Ele recomenda que os médicos de família devem ter conhecimentos e habilidades em:

I - Comunicação clínica interpessoal:

- Demonstrar atenção, cordialidade, interesse, respeito, empatia e suporte sem julgamento: praticar técnicas de escuta ativa de apoio narrativo, como por exemplo: linguagem corporal atenta (contato visual, expressões faciais e gestos que demonstrem engajamento); a utilização de perguntas abertas para estimular que o paciente conte a sua história e técnicas reflexivas para esclarecer o que foi dito (repetir, parafrasear, usar o silêncio atento e refletir sentimentos percebidos);
- Explorar efetivamente do status psicossocial do paciente e sua experiência de adoecimento, utilizando, por exemplo, a técnica “BATHE” (em inglês: *Background, Affect, Trouble, Handling, Empathy*; em português: *contexto, afeto, efeito, manejo, empatia*).

II – Na aplicação de IP de baixa intensidade: terapias baseadas em evidências, modificadas e adaptadas para serem breves e aplicáveis por profissionais não especialistas em saúde mental em consultas clínicas de rotina:

- **Psicoeducação:** educação em saúde mental sobre depressão, ansiedade e ataques de pânico, voltada ao paciente (e seus familiares), realizada face-a-face, em atividades grupais ou ainda através de material autoeducativo de apoio, como livros, folhetos e sites de internet, informando e esclarecendo, sob demanda, todos os aspectos que envolvem seu problema de saúde mental (incluindo fisiopatologia orientações sobre higiene do sono e seus ciclos) e promovendo suporte e autonomia para que ele possa cuidar melhor da sua saúde;

- **Técnicas de relaxamento e manejo do stress:** ensino, promoção e suporte aos pacientes na prática guiada de exercícios de respiração e relaxamento muscular progressivo e intervenções baseadas em meditação guiada e/ou *mindfulness*;
 - **Ativação comportamental:** pactuação de um plano de atividades centrado no paciente, que contemple, além das suas atividades diárias essenciais, a promoção do fortalecimento, retomada ou aquisição de fontes de resiliência e bem-estar, como a prática de atividades físicas, a inserção em atividades que levem ao fortalecimento da rede social e familiar de apoio, o engajamento em atividades prazerosas, como hábitos de lazer, de autocuidado, atividades religiosas/espirituais, entre outras, que possam ajudar a melhorar o humor e a qualidade de vida e proporcionar sensação de autoestima e autoeficácia.
- **Terapias psicológicas baseadas na internet:** por exemplo, terapia cognitivo-comportamentais baseadas em internet terapia cognitivo-comportamental, realizada com o uso de aplicativos ou *sites* de internet, em que o profissional atua somente com apoio, orientação e acompanhamento.
- **Terapia de Solução de Problemas (TSP):** também chamada de terapia de resolução ou de manejo de problemas, uma intervenção de base cognitivo-comportamental que consiste em aprender e treinar habilidades básicas de resolver problemas associados com sintomas psicológicos ou somáticos; pode ser dividida em sete estágios (explicação e racionalização; definição dos problemas e focalização; estabelecimento de metas alcançáveis; levantamento de soluções; eleição de uma solução; implementação da solução, avaliação e repetição do ciclo), mas uma versão mais breve foi desenvolvida para uso na atenção primária em quatro a seis consultas de 15 a 30 minutos.

Através do *Mental Health Gap Action Programme* – mhGAP (em português: Programa de Ação para as Lacunas na Saúde Mental) da OMS, foi publicado em 2010 um manual com orientações técnicas objetivas e ferramentas voltadas a profissionais da atenção básica para a abordagem integrada de problemas de saúde mental de

relevância mundial. O programa promoveu sessões de treinamento por meio de uma rede de instrutores e multiplicadores, com base em evidências, para capacitar melhor os profissionais de serviços primários e expandir e qualificar o cuidado em saúde mental nesses serviços, especialmente em países e locais com poucos recursos, estimulando integração desse cuidado em todos os níveis de atenção (WHO, 2010). No manual de intervenções elaborado para o programa, o tratamento recomendado para os TMC sempre contempla a realização de intervenções como a psicoeducação, a ativação comportamental, a terapia de solução de problemas, a terapia interpessoal, a terapia cognitivo-comportamental, técnicas de relaxamento e a abordagem familiar, associadas ou não ao tratamento farmacológico.

A Terapia Comunitária Sistêmica Integrativa (TC), uma abordagem terapêutica realizada em grupos e direcionada a qualquer pessoa com sofrimento físico ou mental, independentemente do seu diagnóstico vem sendo considerada uma potente intervenção psicossocial com forte presença em cenários de assistência à saúde no Brasil, principalmente na APS, com a qual compartilha diversos princípios, objetivos e valores (GONÇALVES *et al.*, 2013). A TC foi criada pelo médico psiquiatra e professor brasileiro Adalberto de Paula Barreto como uma modalidade de intervenção que procura acolher e prevenir o sofrimento psicossocial, através da promoção de redes de apoio, convivência e solidariedade, sobretudo, valorizando as heranças culturais, bem como o saber produzido pela experiência de vida de cada um e estimulando o grupo a usar de sua criatividade e ressignificando o presente e futuro a partir de seus próprios recursos. Seus alicerces teóricos são o pensamento sistêmico, a teoria da comunicação, a antropologia cultural, a pedagogia de Paulo Freire e a resiliência (MENDONÇA, 2012). Sua utilização tem sido descrita com relatos de sucesso no Brasil, em outros países da América do Sul, na Europa e na África, porém sua eficácia ainda não foi comprovada através de estudos clínicos mais específicos. Pode ser aplicada por profissional de saúde da comunidade, líder comunitário ou qualquer pessoa capacitada e treinada na técnica. (MENDONÇA, 2012; GONÇALVES *et al.*, 2013).

Apesar de não estar inserida no rol de competências em saúde mental citadas pelo currículo da SBMFC e pela WONCA, um capítulo inteiro é dedicado a ela na primeira edição do tratado de MFC (MENDONÇA, 2012) e, em 2010, no relatório final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental-Intersectorial, foi apontada como uma das estratégias prioritárias a serem fortalecidas para a abordagem à saúde mental na

atenção básica no Brasil (SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, 2010). Dada a notória relevância dessa modalidade terapêutica e sua reconhecida aplicabilidade aos TMC optou-se por incluí-la como uma das IP de referência neste estudo.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar as percepções de médicos residentes do segundo ano de programas de residência em Medicina de Família e Comunidade do estado de Minas Gerais sobre o uso de intervenções psicossociais, a aprendizagem dessas intervenções e as demandas formativas em torno delas, na abordagem a transtornos mentais comuns.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar em que medida os residentes referem conhecer, utilizar e possuir competências sobre ferramentas de intervenção psicossocial na abordagem a transtornos mentais comuns.
- Avaliar se a formação profissional dos residentes contribuiu, e de que forma, no desenvolvimento de competências em intervenções psicossociais para a abordagem de transtornos mentais comuns.
- Investigar quais as demandas formativas percebidas pelos residentes em relação à aplicação de intervenções psicossociais na abordagem a transtornos mentais comuns.

4 MÉTODO

A seguir, a descrição do método desta pesquisa incluindo o desenho e a população do estudo; coleta e análise dos dados e aspectos éticos.

4.1 DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo transversal de abordagem quantitativa que tem como cenário os programas de residência médica em MFC (PRMMFC) do estado de Minas Gerais e visa analisar as percepções e demandas formativas de médicos residentes do segundo ano (R2) desses programas sobre o uso de intervenções psicossociais na abordagem a TMC.

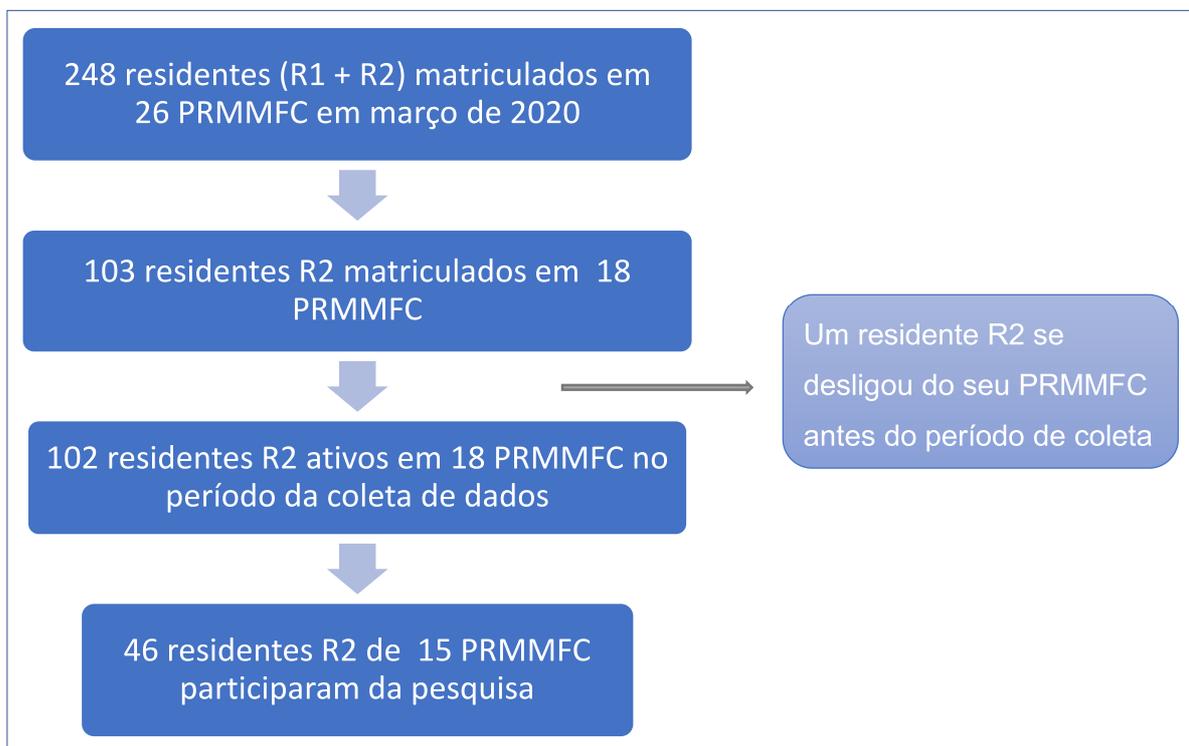
4.2 POPULAÇÃO DO ESTUDO

É composta de médicos residentes devidamente matriculados e atuantes no segundo ano dos programas de residência em MFC de instituições públicas e privadas situadas no estado de Minas Gerais. Dados coletados a partir do Sistema da Comissão Nacional de Residência Médica – SisCNRM (BRASIL, 2020) indicaram que, no ano de 2020, estavam ativos no estado um total de 248 médicos residentes em MFC, distribuídos em 26 PRMMFC, e que, desses 248 residentes, 103 eram residentes R2 e estavam distribuídos em 18 PRMMFC.

Durante a divulgação estudo, através de contatos com os supervisores dos programas e com as respectivas Comissões de Residência Médica (COREME) das instituições, conforme detalhado em tópico específico, foi identificada a desistência de um dos residentes em momento anterior a esse período, totalizando assim 102 residentes R2 em atividade em 18 programas no período da coleta de dados. Desses 102 residentes R2, 46 participaram do estudo, após aceite do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), representando 15 programas de residência do estado. O fluxograma 1 a seguir sistematiza tais informações.

Os dois únicos critérios de exclusão foram: ser desligado do programa de residência antes do início do período de coleta de dados ou estar afastado das atividades curriculares por qualquer motivo durante o mesmo período.

Fluxograma 1 – População do estudo



Fonte: Elaborado pelo autor (2020)

4.3 COLETA DE DADOS

Com o objetivo de coletar dados que permitissem identificar elementos do perfil sociodemográfico; da trajetória acadêmica dos residentes; explorar seu conhecimento e suas percepções sobre os aspectos práticos do uso de IP na abordagem de TMC em seu cenário de atuação, assim como obter informações sobre o seu processo formativo e demandas de capacitação em relação ao tema, foi elaborado pelo pesquisador um questionário semiestruturado (Apêndice II), para ser aplicado aos residentes R2 de MFC através de plataforma digital on-line (*Google Formulários*).

Devido à ausência de um instrumento validado na literatura que atendesse aos objetivos deste estudo, o questionário foi concebido de maneira empírica e estruturado em três partes principais (I a III), a partir de sete eixos de investigação (A a G), dando origem, assim, às variáveis de interesse (quadro 1).

Quadro 1 – Estrutura e componentes do instrumento de coleta de dados

Partes	Eixos	Variáveis	
I – Características sociodemográficas e da trajetória acadêmica	A - Perfil sociodemográfico e acadêmico dos residentes	Idade, gênero, instituição de graduação e residência, tempo de formado, outra especialização.	
II – TMC e sua abordagem não farmacológica (Apresentação da definição de TMC)	B - Atitude sobre a abordagem de TMC e percepção de eficácia de sua prática	Realiza abordagem não farmacológica de TMC?	
		Quais intervenções não farmacológicas “utiliza”?	
		Frequência com a qual “aplica” intervenções não farmacológicas para TMC.	
		Efeitos das intervenções não farmacológicas que “aplica” nos seus pacientes com TMC.	
III – IP para TMC (Apresentação das 13 IP de referência)	C - Contato teórico mínimo e utilização de IP específicas	Conhece quais IP?	
		Utiliza quais IP?	
	D - Dificuldades na utilização de IP	Sobre o conjunto de IP recomendadas: motivos de conhecer e não utilizar; presença de dificuldade ao utilizar, fatores que contribuem para a dificuldade e respectivos comentários.	
		E - Nível competência percebido sobre o uso de IP para TMC	Nível de competência autorreferido em cada intervenção psicossocial específica de referência

	F - Método e cenário de aprendizagem sobre o tema	Meios de aprendizagem mais importantes
		Contribuição da residência na aquisição de competência e respectivo comentário
	G - Demanda de capacitação em IP	Desejo de capacitação sobre cada intervenção psicossocial específica recomendada e respectivo comentário

Fonte: Elaborado pelo autor (2021).

A primeira parte do questionário visou coletar os dados do perfil sociodemográfico e da trajetória acadêmica dos participantes, tendo como variáveis: nome, idade e gênero com o qual se identificam; instituição de graduação e ano de sua conclusão; instituição do programa de residência e ano de ingresso no mesmo e presença de alguma outra residência ou título de especialização médica *lato sensu*.

Na segunda parte do questionário, buscou-se investigar se o residente utiliza intervenções psicossociais ou abordagens não farmacológicas no manejo de casos de TMC. Para evitar vieses relacionados à divergência de conceitos sobre esses transtornos mentais, foi inicialmente apresentada uma definição de TMC, segundo a OMS (WHO, 2017). Além disso, optou-se por especificar nesta parte o significado do termo “intervenções psicossociais” como sendo “abordagens não farmacológicas”, uma vez que não há na literatura um consenso sobre a denominação destas abordagens, havendo outros termos equivalentes, conforme abordado no referencial teórico deste trabalho, o que poderia gerar interferência nas respostas e desviar o foco do real objeto de investigação.

Ao residente que respondeu positivamente à utilização de IP ou abordagens não farmacológicas, foi solicitado que citasse qual ou quais ele utiliza. Importante destacar que, até este momento do questionário, não foi especificado se essa utilização se referia à aplicação dessas intervenções por ele mesmo. Assim, a partir da análise das intervenções citadas, seria possível avaliar o quanto os encaminhamentos e a indicação do envolvimento de outros profissionais no cuidado são considerados por esse residente como parte da conduta médica na abordagem

aos TMC. Já nos itens seguintes, foi solicitado que, considerando somente intervenções aplicadas por ele, apontasse qual a frequência em que as aplica (“poucos casos”, “metade”, “mais de metade” ou “todos os casos de TMC”) e qual o efeito percebido sobre o quadro de TMC dos pacientes (“pouco ou nenhum efeito”, “melhora”, “piora”, “não se há algum efeito” ou “outros efeitos”).

Devido à já mencionada ausência de consenso na literatura sobre a denominação “intervenção psicossocial” e a possível não familiaridade de alguns com esse termo, o residente que respondeu que não utiliza IP ou abordagem não farmacológica para o manejo de casos de TMC foi direcionado automaticamente para a terceira parte do questionário.

Na terceira e última parte do questionário, foi inicialmente apresentada uma descrição sumária de 13 IP, selecionadas a partir da literatura de referência deste trabalho (WONCA, 2018; 2017; SBMFC, 2015; GONÇALVES *et al.*, 2013; GUSSO; LOPES, 2012; EGENER; GILLIGAN, 2016). As perguntas que se seguiram deveriam ser respondidas tomando como referência as IP descritas. Assim, foi solicitado que o residente assinalasse qual ou quais daquelas intervenções ele conhece e, em seguida, foi questionado qual ou quais ele utiliza para a abordagem de TMC. As perguntas subsequentes exploraram, de forma geral em relação a todas as IP, questões como: quais os motivos que justificam o fato, caso presente, de conhecer alguma intervenção e não a utilizar na prática; se existem e quais são as dificuldades na utilização das IP; quais os principais meios de aprendizagem sobre o uso de IP para TMC e qual a contribuição da residência médica nessa aprendizagem.

Ainda na terceira parte do instrumento, uma das perguntas questionou, de forma específica para cada intervenção descrita, quão competente (DREYFUS; DREYFUS, 1986; 2014) o residente se percebe sobre a utilização dessas intervenções para TMC. Para isso, foi solicitado que ele atribuísse um número (de 1 a 5), conforme o nível de competência que melhor descrevesse os seus conhecimentos e habilidades na utilização de cada intervenção, sendo:

- 1 - não sei como fazer ou não conheço;
- 2 - novato (sei como fazer, mas não tenho experiência prática);
- 3 - iniciante (sei como fazer, mas tenho pouca experiência prática);
- 4 - competente (tenho experiência prática significativa) e
- 5 - proficiente (tenho habilidades avançadas).

Por fim, foi questionado em qual ou quais das IP o residente deseja ser mais capacitado. Também foram abertos espaços para que se pudesse citar alguma outra intervenção para abordagem de TMC que não havia sido citada anteriormente e, nos itens sobre a contribuição da residência e as necessidades de capacitação também se pudesse apresentar justificativas e comentários sobre as respostas objetivas.

Foi realizado o pré-teste do questionário em uma amostra de cinco médicos de família e comunidade convidados, recém-egressos, do programa de residência em MFC da Universidade Federal de Viçosa e do Hospital Metropolitano Odilon Bherens. Uma vez aceito o convite em participar do estudo, foi enviado por aplicativo de mensagens (*WhatsApp*) um link contendo o TCLE e o questionário on-line. Foi proposto aos médicos que cronometrassem o tempo de preenchimento do questionário e que, após o seu término, pudessem expor suas impressões sobre o seu teor, sua estruturação e sobre eventuais ambiguidades no texto, dificuldades de entendimento ou desconforto durante o preenchimento, além de suas potenciais sugestões ou críticas sobre o instrumento, enviando por mensagem de texto essas observações. Todos os cinco convidados responderam completamente o questionário e o tempo de preenchimento relatado esteve próximo da média prevista, de 10 a 15min. Os dados coletados foram tabulados e analisados, sendo observada a coerência das respostas com o que se queria investigar e, ao combinar a análise acima com o relato dos participantes, foi possível avaliar a praticidade, a viabilidade e a assimilação do instrumento de coleta, evidenciar falhas e realizar ajustes. Uma nova versão do instrumento foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF).

A divulgação do questionário foi realizada por meio de contatos telefônicos, mensagens de texto e áudio e por e-mail, realizados com supervisores, preceptores, alguns residentes e com as secretarias das Comissões de Residência Médica dos programas identificados no levantamento realizado. Os números de telefone e e-mails foram conseguidos por meio da colaboração de colegas, dos próprios contatados, que forneceram os contatos de outras pessoas de interesse, e também através de pesquisa em sites de instituições e municípios sedes de programas de residência em MFC. Na ocasião dos contatos, foi apresentada a pesquisa, realizado o convite para a participação e enviado o link com o TCLE e o questionário, solicitando a gentileza da ampla divulgação aos residentes em aulas, encontros, cenários de prática, grupos e listas de contatos em e-mails e aplicativos de mensagens. Foram realizados

contatos em duas ou mais oportunidades com cada instituição / supervisor, com intervalos de três a quatro semanas entre eles, com o objetivo de promover sensibilização à participação e divulgação da pesquisa. A coleta de dados ocorreu de 04 de outubro a 14 de dezembro de 2020.

4.4 ANÁLISE

As respostas coletadas a partir dos itens objetivos do questionário eletrônico foram tabuladas em planilhas do programa Microsoft Excel 2016. Foi realizada análise estatística descritiva univariada e bivariada dos dados. Na análise bivariada, utilizou-se o Programa R versão 4.0.4 para a execução do teste qui-quadrado de Pearson, adotando como nível de significância estatística o valor de $p < 0,05$. Uma análise comparativa foi realizada entre o grupo de residentes que se declaram mais competentes sobre o tema (nível de competência “iniciante” ou maior em sete ou mais das 13 IP) e o restante da amostra, buscando identificar diferenças em suas características.

Os dados obtidos a partir das questões abertas, receberam dois tipos de tratamento. No item que solicitou aos participantes que citassem as intervenções psicossociais ou não farmacológicas que utilizavam em sua prática clínica, de caráter obrigatório, os termos citados foram tabulados, agrupados em categorias de intervenções identificadas, conforme o referencial teórico deste trabalho e critérios propostos pelo pesquisador e, posteriormente, analisados através de estatística descritiva univariada. Nas outras perguntas abertas, todas optativas, que solicitaram aos residentes que comentassem ou justificassem suas respostas aos itens sobre a contribuição da residência no aprendizado sobre o tema e sobre a sua necessidade de capacitação, as respostas discursivas foram utilizadas apenas de forma ilustrativa, não sendo aplicados métodos de análise mais específicos, por não se tratar do foco principal de análise do estudo.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

De acordo com os princípios norteadores da ética em pesquisa, estabelecidos na Resolução nº 466/12 e na Norma Operacional nº 001/2013, ambas do Conselho Nacional de Saúde, a pesquisa teve início após aprovação do projeto pelo Comitê de

Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Juiz de Fora, conforme parecer 4.314.462 em 01 de outubro de 2020.

5 RESULTADOS

Dos 102 residentes R2 identificados durante o período de coleta de dados, 46 participaram da pesquisa, o que representou 45,1% do total. Os residentes que participaram da pesquisa pertencem a 15 dos 18 PRMMFC com residentes R2 no estado, correspondendo a uma cobertura de 83,3% desses programas. Importante destacar que um dos programas participantes era responsável por 38,2% de todos os residentes R2 de MFC em atividade no estado e, desse programa, 38,5% dos residentes R2 responderam ao questionário.

5.1 A PRIMEIRA PARTE DO QUESTIONÁRIO: PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E TRAJETÓRIA ACADÊMICA DOS RESIDENTES

O perfil dos residentes participantes do estudo variou em relação a idade, de 25 a 43 anos, com mediana de 29, média de 30,3 e desvio padrão de 4,8. Em relação ao gênero, 67,4% se identificam como mulher cisgênero e 32,6% como homem cisgênero. Entre as mulheres, a maioria (61,3%) tem de 29 a 43 anos e, entre os homens, mais de dois terços (66,7%) tem de 25 a 28 anos (tabela 1).

Quanto à graduação em Medicina, a maioria dos residentes (62,2%) concluiu sua graduação em instituições particulares e 86,7% se graduaram em instituições localizadas no próprio estado de Minas Gerais. Três residentes se graduaram no estado de São Paulo (6,7%) e os outros três se graduaram nos estados do Amazonas, do Rio de Janeiro e do Espírito Santo. Um residente não especificou a instituição de graduação. O ano de conclusão da graduação variou de 2012 a 2019, o que, considerando que a colação de grau ocorre no meio ou no fim do ano, definiu uma variação do tempo de formado de, aproximadamente, 1,5 a 8 anos, com média de 2,9. A grande maioria dos residentes pesquisados (82,7%) tem até 3 anos de formado aproximadamente.

Tabela 1 – Características sociodemográficas e da trajetória acadêmica dos residentes R2 dos PRMMFC de MG

Faixa etária	n	%	Média (anos)
Até 26	7	15,2	30,3
27-29	20	43,5	
30-32	10	21,7	
33 ou mais	9	19,6	
Gênero	n	%	
Homem cis	15	32,6	
Mulher cis	31	67,4	
Natureza da instituição de graduação	n	%	
Pública	17	37,8	
Privada ou filantrópica	28	62,2	
Tempo aproximado desde a conclusão da graduação (anos)	n	%	Média (anos)
Até 2	24	52,2	2,9
3 – 5	17	36,9	
6 ou mais	5	10,9	
Natureza da instituição do PRMMFC	n	%	
Pública	39	84,8	
Privada ou filantrópica	7	15,2	

Fonte: Elaborada pelo autor (2021).

A maioria dos residentes (84,4%) são de programas de residência de instituições públicas, sendo que, dos 15 programas representados, nove (60%) são de instituições públicas, sendo seis universidades federais, uma universidade estadual, uma secretaria municipal de saúde e um hospital municipal.

Apenas três residentes (6,5%) relataram possuir outra residência ou especialização (latu senso) na área médica, sendo elas: Medicina do Trabalho, dois residentes, e Nutrologia.

5.2 A SEGUNDA PARTE DO QUESTIONÁRIO: ANTES DA APRESENTAÇÃO DAS IP DE REFERÊNCIA

Na segunda parte do questionário, após serem referenciados à definição de TMC proposta pela OMS (WHO, 2017), ao serem questionados se utilizam intervenções psicossociais ou abordagens não farmacológicas para o manejo de casos de TMC, 43 residentes (93,5%) assinalaram “sim” e três residentes (6,5%), “não”. Dos 43 residentes que responderam positivamente, 42 (97,7%) citaram pelo menos uma intervenção que utilizam, contabilizando um total de 128 citações. O quadro 1 apresenta as categorias e os termos utilizados pelos participantes ao citarem as intervenções que utilizam para o manejo de casos de TMC, acompanhados de suas respectivas frequências e proporção de residentes que as citaram.

Ao realizar o agrupamento das intervenções citadas, foram identificadas categorias relacionadas ao referencial teórico deste trabalho, sendo elas: técnicas e habilidades clínicas de comunicação interpessoal; psicoeducação; exercícios de respiração para controle da ansiedade; técnicas de meditação guiada e/ou *mindfulness*; terapia de solução de problemas; terapia interpessoal, técnicas de abordagem familiar e entrevista motivacional. As demais categorias de intervenções identificadas, propostas pelo autor, foram as seguintes: encaminhamento à terapia psicológica; Práticas Integrativas Complementares em Saúde (PICS); aconselhamento sobre prática de atividade física; atividades em grupo; matriciamento e abordagem multi e/ou interprofissional; abordagem da espiritualidade; outros tipos de aconselhamento; método clínico centrado na pessoa – (MCCP), expressões artísticas e artesanais. Foram identificados também intervenções e termos com significado muito amplo, que não puderam ser agrupados em uma única categoria, assim como intervenções que foram citadas somente uma vez ou que não se enquadram em classificação relevante para este estudo (Quadro 1).

Quadro 1 – Termos utilizados pelos residentes ao citarem intervenções para abordagem de TMC, agrupados por categorias e em ordem decrescente de frequências das citações

Categorias [frequência]	% das citações (n=128)	% dos residentes (n=43)	Termos utilizados pelos residentes [frequência]
Técnicas e habilidades clínicas de comunicação interpessoal [17]	13,3%	44,2%	<i>Escuta ativa [7]</i> <i>Escuta terapêutica [3]</i> <i>Escuta terapêutica / ativa</i> <i>Escuta qualificada</i> <i>Escuta empática e compassiva</i> <i>Escuta terapêutica com a perspectiva do método clínico centrado na pessoa</i> <i>Escuta</i> <i>Habilidades de comunicação</i> <i>Comunicação interpessoal</i>
Encaminhamento à terapia psicológica [10]	7,8%	23,2%	<i>Psicoterapia [8]</i> <i>Encaminhamento a psicoterapia</i> <i>Atendimento psicológico</i>
Meditação e <i>mindfulness</i> [10]	7,8%	23,2%	<i>Meditação [6]</i> <i>Mindfulness [2]</i> <i>Meditação (orientação)</i> <i>Orientações gerais sobre meditação e mindfulness</i>

Aconselhamento sobre prática de atividade física [9]	7,0%	20,1%	<p><i>Atividade física [5]</i></p> <p><i>Oriento atividade física (pilates, academia ...)</i></p> <p><i>Pilates</i></p> <p><i>Estímulo a atividade física</i></p> <p><i>Exercícios físicos</i></p>
PICS* [9]	7%	18,6%	<p><i>Auriculoterapia [3]</i></p> <p><i>Acupuntura [2]</i></p> <p><i>Métodos de autoconhecimento e terapias holísticas caso a pessoa tenha acesso (acupuntura, massagem, reike...)</i></p> <p><i>“Medicina Integrativas” (sic)</i></p> <p><i>Percepção da vivência dos sentimentos e sensações sob o ponto de vista da medicina tradicional chinesa</i></p> <p><i>Chás</i></p>
Atividades em grupo [6]	4,7%	13,9%	<p><i>Grupos de apoio [2]</i></p> <p><i>Grupos de tratamento psicoterápico</i></p> <p><i>Grupos de convivência</i></p> <p><i>Grupos</i></p> <p><i>Grupo operativo</i></p>

Abordagem da Espiritualidade [6]	4,7%	13,9%	<p><i>Abordagem da espiritualidade [2]</i></p> <p><i>Estimulo à espiritualidade</i></p> <p><i>Oriento a aprofundar a religiosidade (seja ela qual for)</i></p> <p><i>Espiritual de acordo com a religião do paciente</i></p> <p><i>Anamnese espiritual</i></p>
Técnicas de Abordagem Familiar [6]	4,7%	11,6%	<p><i>Genograma</i></p> <p><i>Abordagem familiar</i></p> <p><i>Ferramentas de abordagem familiar</i></p> <p><i>Instrumentos de abordagem familiar (ecomapa, genograma)</i></p> <p><i>Conferência familiar</i></p> <p><i>Ecomapa e com estímulo a fortalecimento aos vínculos junto às pessoas da rede de apoio</i></p>
Matriciamento e abordagem multi e/ou interprofissional [6]	4,7%	11,6%	<p><i>Multidisciplinaridade</i></p> <p><i>Interconsultas</i></p> <p><i>NASF</i></p> <p><i>Avaliações rápidas psicológicas intercaladas entre médicos e psicólogos</i></p> <p><i>Projeto terapêutico compartilhado</i></p> <p><i>Abordagem multiprofissional com psicólogo</i></p>

Outros tipos de aconselhamento [5]	3,9%	9,3%	<i>Ajuda com administração financeira</i> <i>Orientação jurídica em casos que se faz necessário.</i> <i>Orientações quanto a gerenciamento de atividades</i> <i>Orientações [sobre] estilo de vida e alimentação.</i> <i>Melhora da alimentação</i>
Método Clínico Centrado na Pessoa [3]	2,3%	7%	<i>Método clínico centrado na pessoa [2]</i> <i>Prática de decisão compartilhada</i>
Entrevista Motivacional [3]	2,3%	7%	<i>Entrevista motivacional [3]</i>
Técnicas de relaxamento físico e exercícios de respiração [3]	2,3%	7%	<i>Respiração</i> <i>Exercícios respiratórios para ansiedade</i> <i>Técnicas de respiração</i>
Expressões artísticas e artesanais [2]	1,6%	4,6%	<i>Expressões artísticas como pintura, dança, música/canto, poesia.</i> <i>Atividades artísticas (desenho, canto, dança, crochê, etc)</i>
TSP [2]	1,6%	4,6%	<i>Terapia de resolução de problemas</i> <i>Resolução de problemas</i>
TIP [2]	1,6%	4,6%	<i>Terapia interpessoal breve</i> <i>Confronto e gestão de conflitos pessoais e familiares</i>
Psicoeducação [1]	0,8%	2,3%	<i>Higiene do sono</i>
Total	82%	-	-

* Práticas Integrativas Complementares em Saúde conforme a Política de Nacional Práticas Integrativas Complementares no SUS – PNPIC do Ministério da Saúde, 2006.

Fonte: Elaborado pelo autor (2021).

A maior parte das respostas se referem às intervenções ou aos termos não categorizados, que representaram 18% das citações (Quadro 2).

As categorias de intervenções mais citadas foram: técnicas e habilidades clínicas de comunicação interpessoal (13,3%), encaminhamentos à terapia psicológica (7,8%), meditação e *mindfulness* (7,8%), aconselhamentos sobre prática de atividade física (7,0%) e PICS (7,0%). As categorias menos frequentes, representando somente 8,7% das intervenções citadas, foram as seguintes: psicoeducação (0,8%), TIP (1,6%), TSP (1,6%), expressões artísticas e artesanais (1,6%); técnicas de relaxamento físico e exercícios de respiração (2,3%) e entrevista motivacional (2,3%).

Entre as 13 intervenções consideradas como referência neste trabalho, pelo menos uma delas esteve presente nas respostas de 58,1% dos residentes e, dessas respostas, em mais de um terço (36%) as técnicas e habilidades clínicas de comunicação interpessoal foi a única intervenção de referência citada.

Importante destacar que intervenções que geralmente envolvem encaminhamentos e/ou a participação de outros profissionais, como “encaminhamento à terapia psicológica”, “PICS” e “matriciamento e abordagem multi e/ou interprofissional” e algumas intervenções não categorizadas (“sessões individuais com terapeuta” e “conversar com pessoa de confiança ou profissionais”) estiveram presentes nas respostas de 43,5% dos residentes. Além disso 13,9% dos residentes mencionaram intervenções baseadas em grupos, cuja execução pode envolver ou ser delegada a outros integrantes da equipe de saúde e, até mesmo, nem contar com a participação do profissional médico.

Quadro 2 – Termos pouco específicos, com mais de uma possível classificação e outras intervenções citadas [frequência]

<i>Empatia [2]</i>
<i>Aromaterapia [2]</i>
<i>Musicoterapia</i>
<i>Sessões individuais com terapeuta</i>
<i>Envolvimento familiar e religioso da comunidade</i>
<i>Ferramentas que ajudam no autoconhecimento</i>
<i>Incentivo a autonomia e autocuidado</i>
<i>Buscar a se conhecer e a compreender as causas dos próprios problemas</i>
<i>Treinamento e organização do tempo</i>
<i>Manejo de situações de estresse</i>
<i>Interesse</i>
<i>Psicologia</i>
<i>Reavaliação frequente</i>
<i>Conversar com pessoa de confiança ou profissionais</i>
<i>Intervenções breves com enfoque na terapia cognitivo comportamental</i>
<i>Terapia cognitivo comportamental</i>
<i>Mapa astral e numerológico</i>
<i>Comunicação não violenta (CNV)</i>
<i>Mapas mentais da situação de vida atual e da vivência com o TMC</i>
<i>Exercício do espelho de autoamor</i>
<i>Diário de sentimentos</i>
<i>Supervisão e treinamento para administração de medicamentos</i>
<i>Exposição a luz solar</i>
<i>Mentalização</i>
Total: 23 citações (18%)

Fonte: Elaborado pelo autor (2021).

Aos residentes que afirmaram utilizar IP ou abordagem não farmacológica para os casos de TMC foi questionada qual a frequência aproximada com que eles mesmos as aplicam (não considerando encaminhamentos para outros profissionais) e 53,4%

relataram aplicar em mais da metade ou todos os casos (tabela 2). Uma menor proporção (18,6%) assinalou aplicar em poucos casos de TMC.

Tabela 2 – Frequência de aplicação de intervenções não farmacológicas pelos residentes nos casos de TMC (n=43)

Frequência de aplicação	Residentes
Mais da metade dos casos	32,5%
Metade dos casos	27,9%
Todos os casos	20,9%
Poucos casos	18,6%

Fonte: Elaborado pelo autor (2021).

Os mesmos 43 residentes responderam o item seguinte, sobre os efeitos percebidos da utilização das IP no tratamento dos pacientes, também considerando somente intervenções aplicadas por eles, e a maioria (81,4%) respondeu que nota melhora do quadro de TMC dos pacientes; cinco residentes (11,6%) notam pouco ou nenhum efeito sobre o quadro de TMC dos pacientes e três (7%) responderam que não sabem se há algum efeito. Nenhum residente assinalou que nota piora (tabela 3).

Tabela 3 – Efeitos da aplicação de intervenções não farmacológicas percebidos pelos residentes sobre o quadro de TMC dos pacientes (n=43)

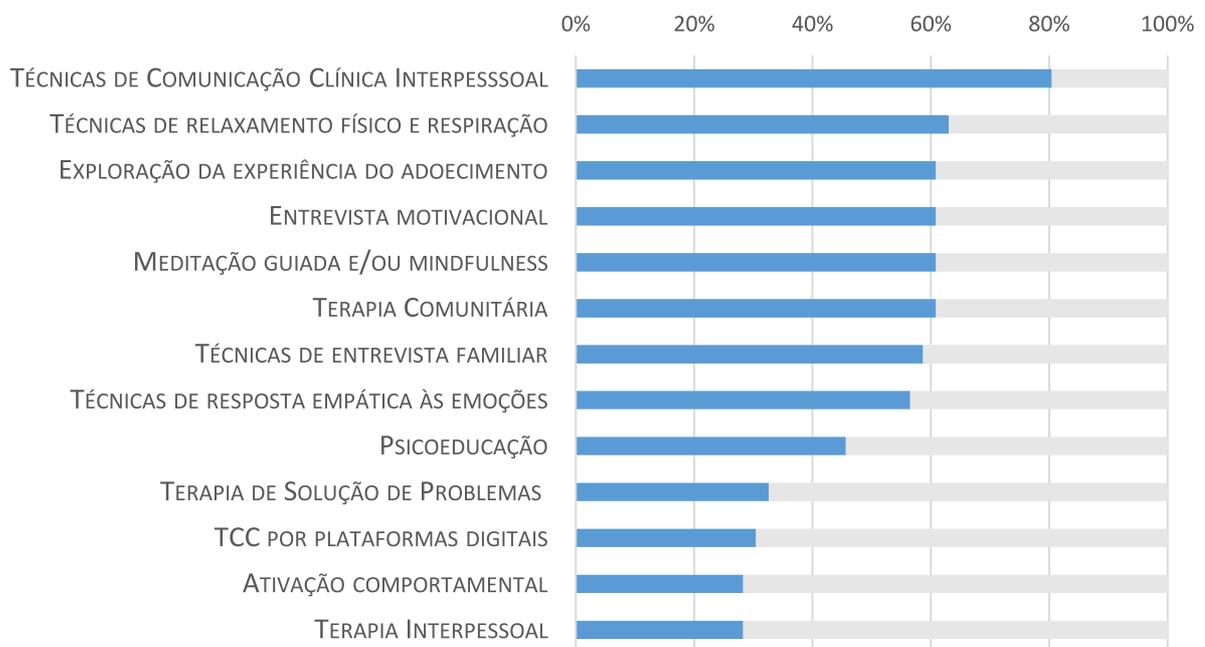
Efeito nos pacientes com TMC	Residentes
Noto melhora	81,4%
Noto pouco ou nenhum efeito	11,6%
Não sei se há algum efeito	7%
Noto piora	0%

Fonte: Elaborado pelo autor (2021).

5.3 A TERCEIRA PARTE DO QUESTIONÁRIO: APÓS A APRESENTAÇÃO DAS IP DE REFERÊNCIA

As porcentagens de residentes que afirmaram **conhecer** cada intervenção psicossocial de referência descrita estão apresentadas no gráfico 1. As duas IP conhecidas por mais de 60% dos residentes foram: técnicas de comunicação clínica interpessoal (80,4%); técnicas de relaxamento físico e exercícios de respiração (63%) e, empatadas em terceiro lugar, com 60,9%, meditação guiada e/ou *mindfulness*, técnicas de exploração da experiência de adoecimento, terapia comunitária e entrevista motivacional.

Gráfico 1 – Proporção de residentes que conhece cada IP descrita



Fonte: Elaborado pelo autor (2021).

Quanto ao número de IP **conhecidas** por cada residente (tabela 4), metade dos residentes afirmou conhecer sete ou mais das 13 IP de referência descritas, sendo que, desses, dois (4,3%) afirmaram conhecer todas elas. Cerca de um terço dos residentes (34,8%) conhece de 4 a 6 e 15,2% afirmaram conhecer até três das IP descritas.

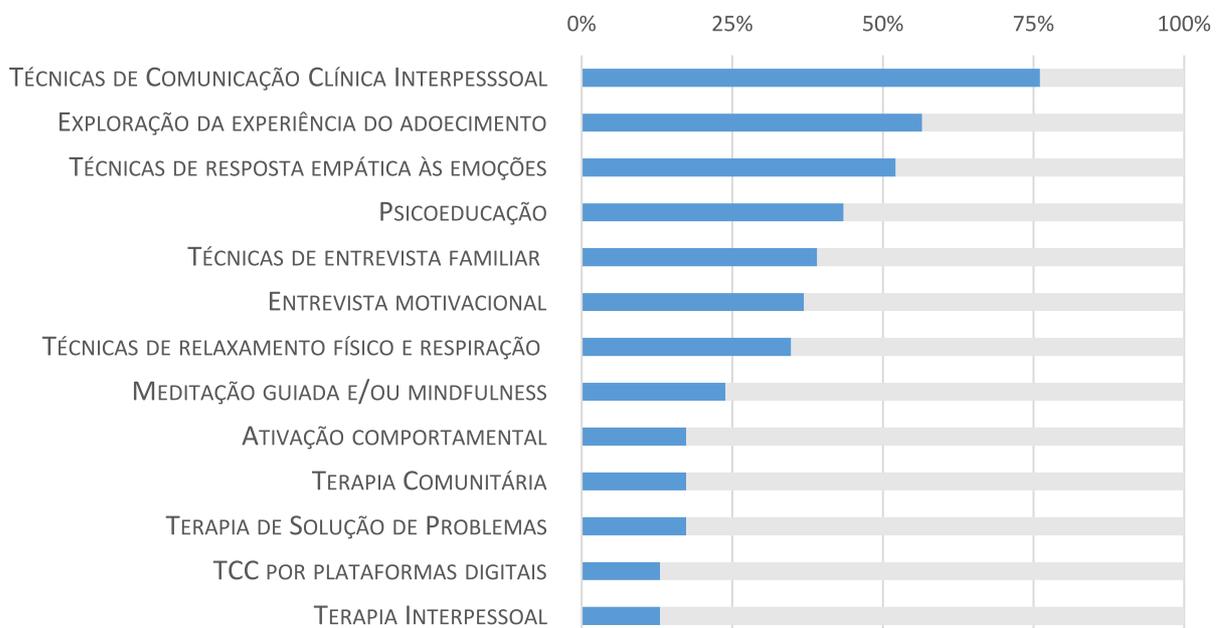
Tabela 4 – Número de IP conhecidas pelos residentes, dentre as 13 de referência descritas

Número de IP conhecidas	Residentes n (%)
0	3 (6,5)
1 a 3	4 (8,7)
4 a 6	16 (34,8)
7 ou mais	23 (50,0)
Total	46 (100)

Fonte: Elaborado pelo autor (2021).

Quando perguntados sobre a utilização, nos casos de TMC, das IP descritas, somente três das IP descritas são utilizadas por mais da metade dos residentes que as conhecem: técnicas de comunicação clínica interpessoal (76,1%); exploração da experiência do adoecimento (56,5%) e técnicas de resposta empática às emoções (54,5%) (gráfico 2).

Gráfico 2 – Proporção de residentes que conhece e utiliza cada IP descrita



Fonte: Elaborado pelo autor (2021).

As IP menos **utilizadas**, por menos de um terço dos residentes foram: TCC através de plataformas digitais e terapia interpessoal com 13%; ativação

comportamental; terapia comunitária e terapia de solução de problemas com 17,4% e meditação guiada ou *mindfulness* (23,9%).

Quanto ao número de IP **conhecidas e utilizadas** por cada residente, somente 10 deles (21,7%) afirmaram conhecer e utilizar 7 ou mais das IP descritas e 37%, até três. Apenas um residente (2,2%) assinalou conhecer e utilizar todas as 13 IP descritas e 4 (8,7%) não assinalaram nenhuma das IP descritas como de sua utilização na prática clínica (tabela 5).

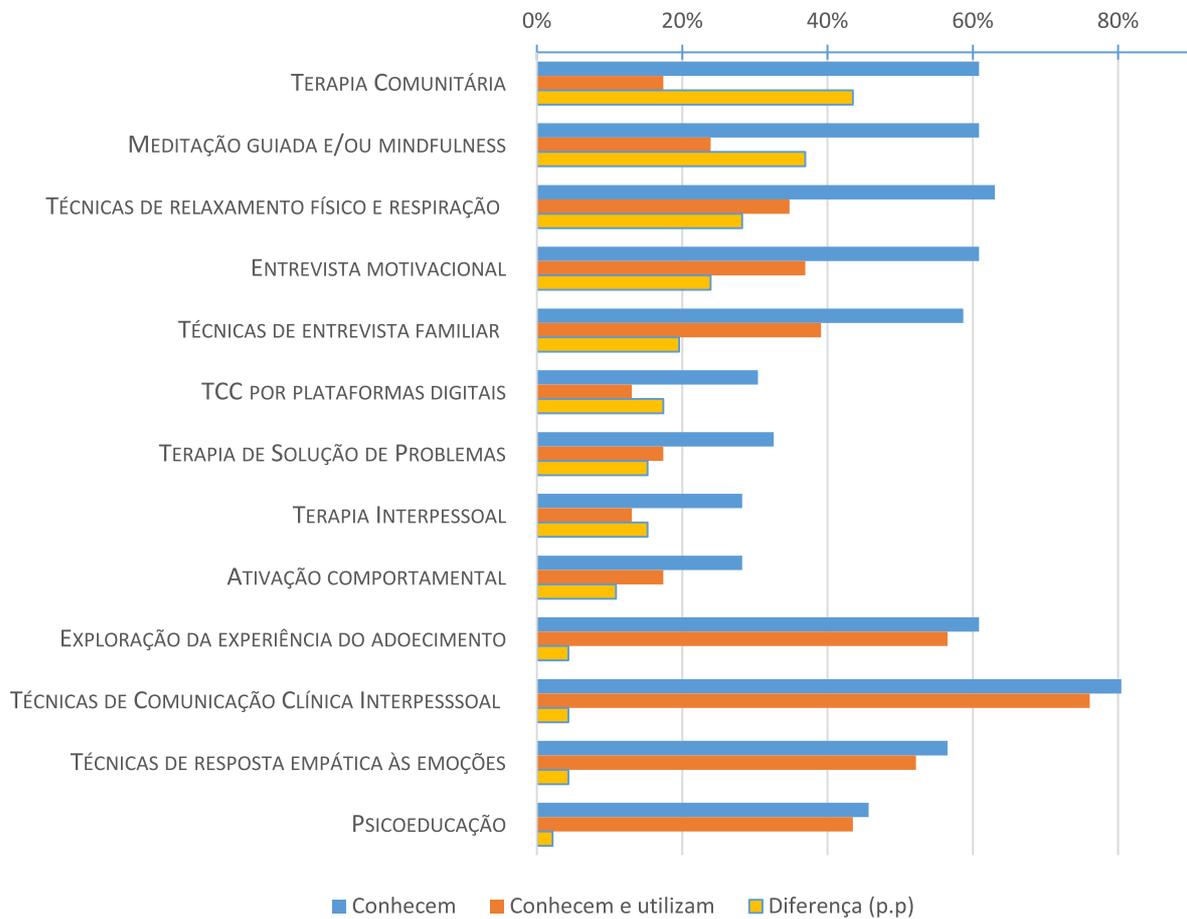
Tabela 5 – Número de IP conhecidas e utilizadas pelos residentes, dentre as 13 de referência descritas

Número de IP	Residentes n (%)
0	4 (8,7)
1 a 3	13 (28,3)
4 a 6	19 (41,3)
7 ou mais	10 (21,7)
Total	46 (100)

Fonte: Elaborado pelo autor (2021).

O gráfico 3 ilustra a diferença em pontos percentuais (p.p) entre as proporções dos residentes que referem **apenas conhecer** e dos que referem **conhecer e utilizar** cada IP descrita. Terapia comunitária (43,5 p.p.), meditação guiada e/ou *mindfulness* (37 p.p) e técnicas de relaxamento físico e respiração (28,3 p.p) são as intervenções em que há um maior déficit na utilização em relação ao conhecimento. Por outro lado, algumas intervenções com até 4,3 p.p. como a psicoeducação, as técnicas de comunicação clínica interpessoal, as técnicas de resposta empática às emoções e a exploração da experiência do adoecimento, são IP as quais os residentes afirmam utilizar quase na mesma proporção em que as conhecem.

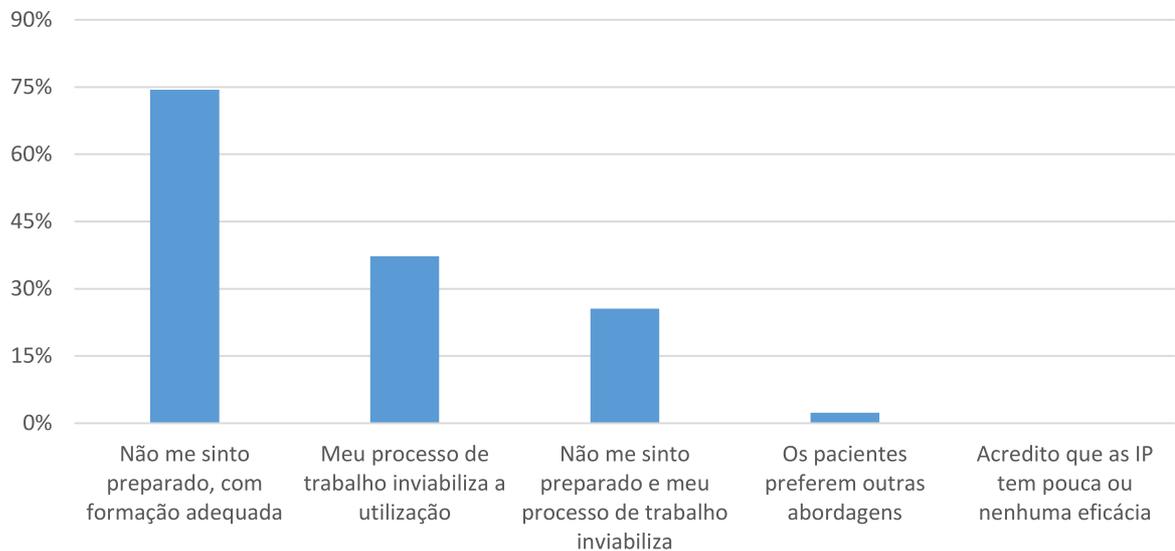
Gráfico 3 – Diferenças entre as proporções dos residentes que conhecem e dos que conhecem e utilizam cada IP descrita



Fonte: Elaborado pelo autor (2021).

Sobre os motivos de os residentes **conhecerem alguma intervenção e não a utilizarem**, dos 43 residentes que afirmaram **conhecer pelo menos uma** das IP descritas, a resposta mais frequente, apontada por 32 deles (74,4%), foi que não se sentem preparados, com formação adequada, para aplicar as intervenções. O gráfico 4 ilustra a distribuição das respostas.

Gráfico 4 – Motivos apontados pelos residentes para justificar o fato de conhecer alguma IP descrita, mas não a utilizar na prática clínica (n=43)

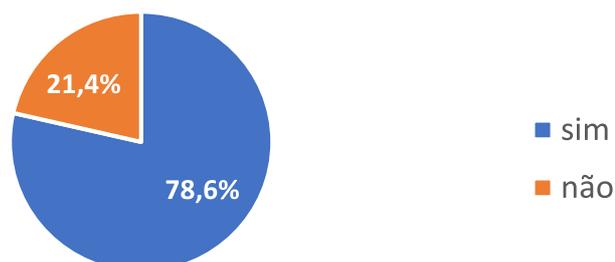


Fonte: Elaborado pelo autor (2021).

A segunda resposta mais frequente foi escolhida por 16 residentes (37,2%), que afirmaram que seu processo de trabalho inviabiliza a utilização dessas intervenções. Onze residentes (25,6%) assinalaram pelo menos dois motivos: além de não se sentirem preparados, com formação adequada, seu processo de trabalho inviabiliza a utilização dessas intervenções.

Dentre os 42 residentes que afirmaram **utilizar pelo menos uma** das IP descritas, a maioria (78,6%) afirmou que sente dificuldade para utilizar alguma intervenção (gráfico 5).

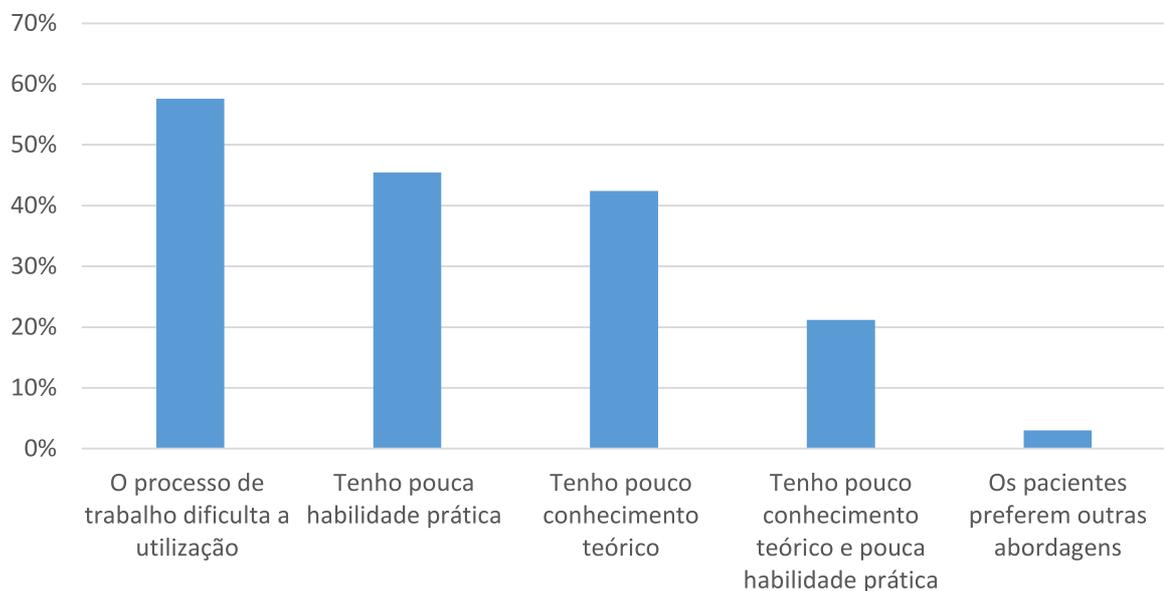
Gráfico 5 – Respostas dos residentes para a pergunta: “você sente dificuldade em utilizar alguma das IP descritas?”



Fonte: Elaborado pelo autor (2021).

Dos 33 residentes que **utilizam e referem sentir dificuldade** em utilizar as IP, a maioria (87,9%) afirma que o que mais contribui para a dificuldade em utiliza-las é o fato de possuírem pouco conhecimento teórico ou pouca habilidade prática. Mais da metade (57,6%) apontou que o processo de trabalho dificulta a utilização das IP (gráfico 6). Sete residentes (21,2%) afirmaram que a dificuldade está relacionada em, ao mesmo tempo, ter pouco conhecimento teórico e pouca habilidade prática.

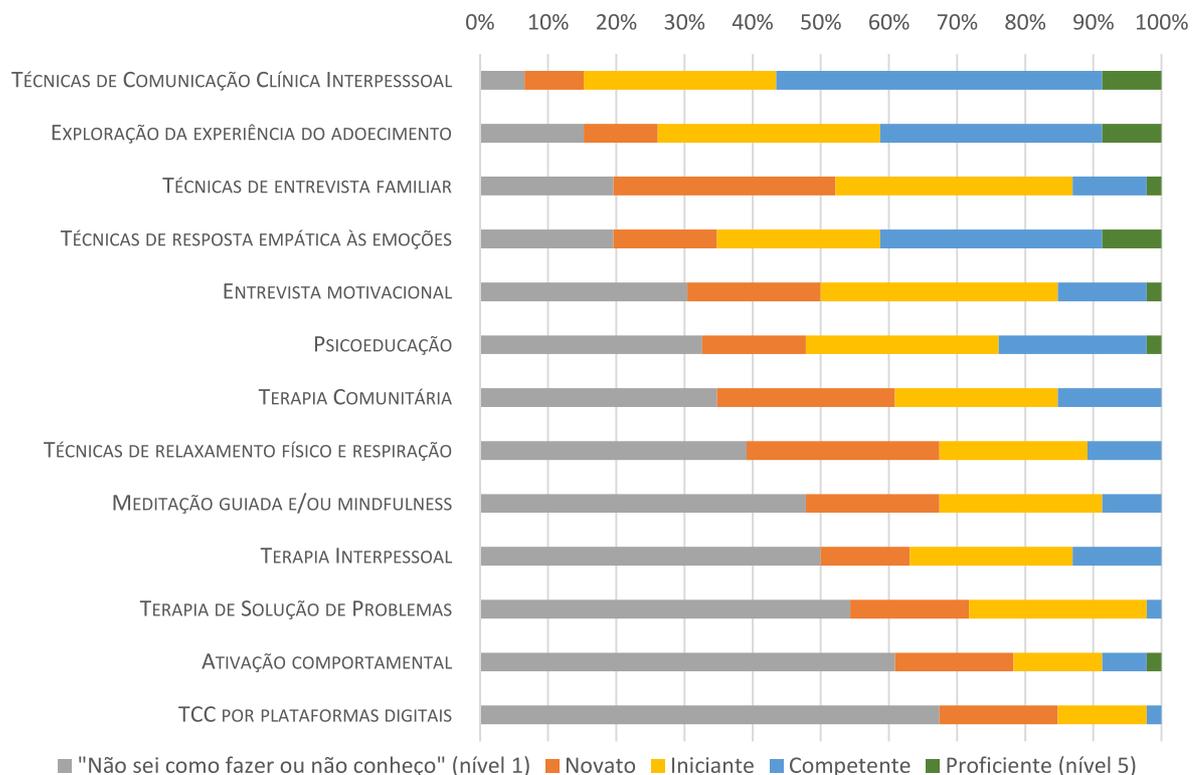
Gráfico 6 – Motivos que contribuem para a dificuldade dos residentes em utilizar alguma intervenção psicossocial (n=33)



Fonte: Elaborado pelo autor (2021).

Em relação ao nível de competência relatado pelos residentes em relação a cada intervenção descrita (gráfico 7), as intervenções com as maiores proporções de níveis de competência “iniciante” (nível 3) ou superior foram, em ordem decrescente, técnicas de comunicação clínica interpessoal (84,8%); técnicas de exploração da experiência de adoecimento (73,9%); técnicas de resposta empática às emoções (65,2%) e entrevista motivacional (50%). As técnicas de entrevista familiar foram a intervenção sobre a qual os residentes mais se consideraram novatos (32,6%), enquanto outros 47,8% se declararam iniciantes, competentes ou proficientes nesse tipo de abordagem.

Gráfico 7 – Proporção de residentes em relação ao nível de competência referido para cada IP descrita, em ordem crescente de proporções do “nível 1”

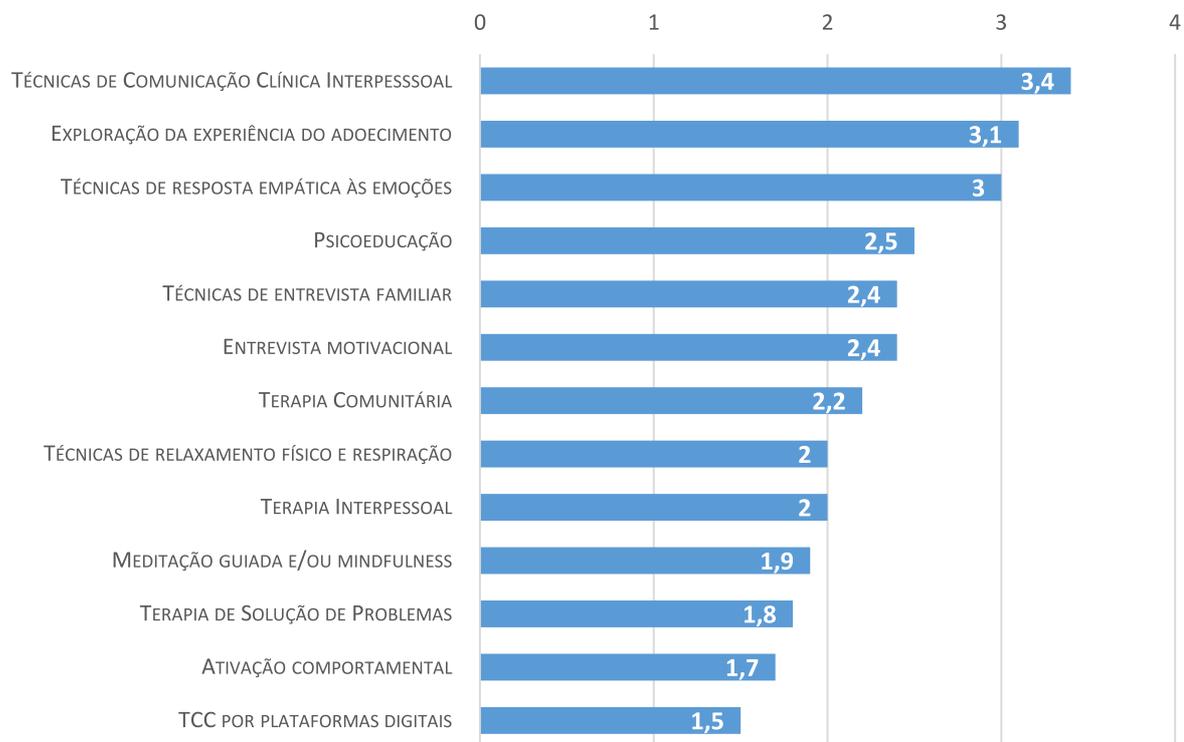


Fonte: Elaborado pelo autor (2021).

TCC por plataformas digitais, ativação comportamental, terapia de solução de problemas e terapia interpessoal foram as intervenções com as menores proporções de residentes que se consideram com alguma habilidade prática na utilização das mesmas.

Ao calcular a média aritmética dos níveis de competência atribuídos para cada intervenção, as melhores médias foram alcançadas pelas seguintes IP: técnicas de comunicação clínica interpessoal (3,4); técnicas de exploração da experiência de adoecimento (3,1) e técnicas de resposta empática às emoções (3,0) (gráfico 8). As intervenções nas quais os residentes se sentem menos competentes, com médias até 2,0, foram, em ordem crescente: TCC baseada em plataformas digitais (1,5); ativação comportamental (1,7); terapia de solução de problemas (1,8); meditação guiada e/ou *mindfulness* (1,9); terapia interpessoal (2,0) e técnicas de relaxamento físico e respiração (2,0).

Gráfico 8 – Médias dos níveis de competência relatados pelos residentes em relação à cada IP descrita



Fonte: Elaborado pelo autor (2021).

Dezenove residentes (41,3%) atribuíram nível de competência “iniciante”, “competente” ou “proficiente” para sete ou mais IP e, do restante, a maioria (37%) atribuiu um desses níveis para quatro a seis das IP descritas (tabela 6).

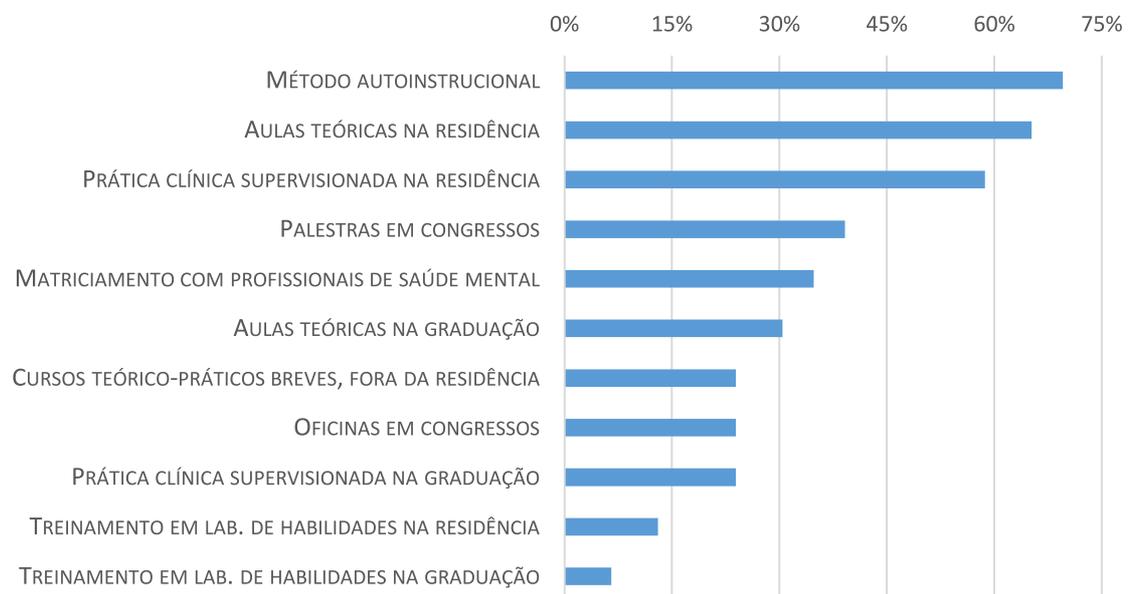
Tabela 6 – Proporção dos residentes em relação número de IP, cujo nível de competência atribuído foi “iniciante” ou superior (nível 3 ou maior)

Número de IP cuja competência atribuída foi “iniciante” ou superior	Residentes n (%)
0	3 (6,5)
1 a 3	7 (15,2)
4 a 6	17 (37)
7 ou mais	19 (41,3)
Total	46 (100)

Fonte: Elaborado pelo autor (2021).

O gráfico 9 ilustra os meios que mais contribuíram para o aprendizado dos residentes sobre intervenções psicossociais para abordagem de TMC. Os meios de aprendizagem assinalados com maior frequência, em ordem decrescente foram: método autoinstrucional (69,6%); aulas teóricas na residência (65,2%) e prática clínica supervisionada na residência (58,7%). O meio de aprendizagem assinalado com menor frequência foi o treinamento em laboratório de habilidades, tanto na graduação (6,5%), quanto na residência (13%).

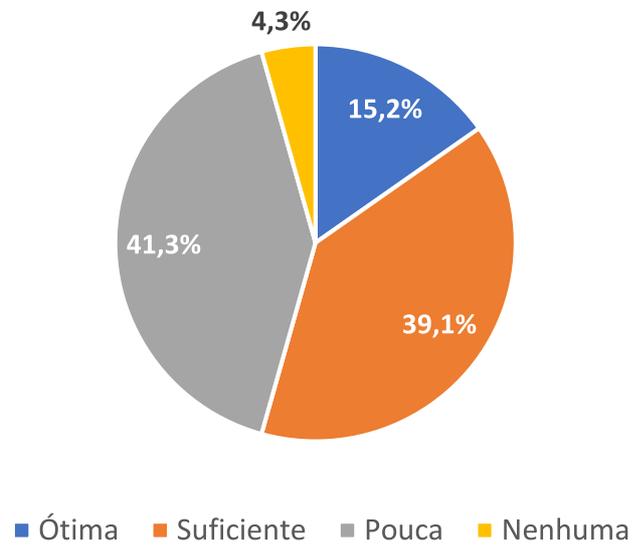
Gráfico 9 – Meios que mais contribuíram para o aprendizado dos residentes sobre IP para abordagem TMC



Fonte: Elaborado pelo autor (2021).

Para 41,3% dos residentes R2 de MFC que participaram desta pesquisa é “pouca” a contribuição da residência para a aquisição de conhecimentos e habilidades em IP para a abordagem de TMC. Para outros 39,1% é “suficiente” a palavra que melhor descreve a contribuição da residência. Sete residentes (15,2%) consideraram “ótima” a contribuição da residência e dois residentes (4,3%) afirmaram que a contribuição da residência foi “nenhuma”. Ou seja, pouco mais da metade dos residentes (54,4%) consideram que a residência contribuiu de maneira suficiente ou ótima para o seu aprendizado nesse tema. O gráfico 10 ilustra esses achados:

Gráfico 10 – Proporção das respostas dos residentes para a pergunta: “qual a contribuição da residência para a sua aquisição de competências em intervenções psicossociais para a abordagem de TMC?”



Fonte: Elaborado pelo autor (2021).

Oito residentes fizeram comentários sobre a contribuição da residência para a aquisição de competências sobre o tema. Os comentários, assim como as suas respostas sobre a contribuição da residência estão apresentadas no quadro 4.

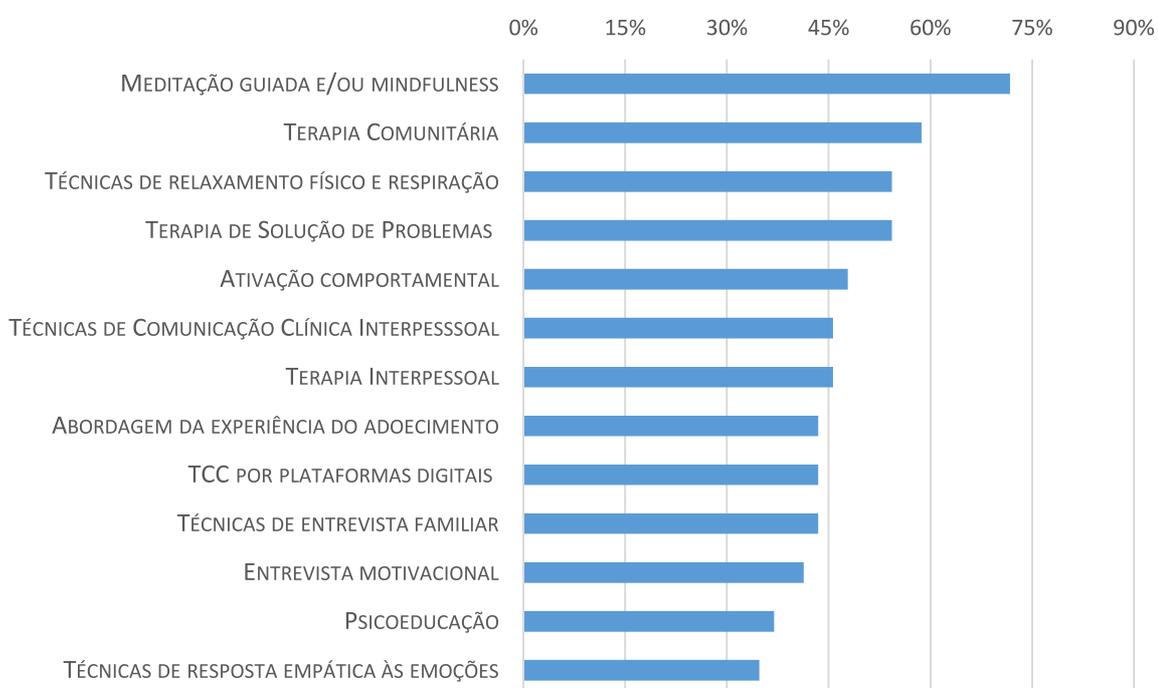
Quadro 4 – Comentários dos participantes sobre a contribuição da residência para a aquisição de competências em intervenções psicossociais para a abordagem de TMC

Participante	Contribuição da residência	Comentário
P10	Ótima	“Os pontos fortes da residência de MFC da [instituição] nesse assunto, além da carga teórica, são os treinamentos de habilidades com vide feedbacks dos atendimentos dos residentes, treinamento de habilidades das intervenções psicossociais, com algumas simulações de consultas, e o grupo Balint mensal”
P31		“Preceptores com boa formação e competências avançadas nos itens acima”
P2	Suficiente	“Para ser ótima, falta um acompanhamento supervisionado longitudinal dos casos. As supervisões são pontuais. Na maior parte, o conhecimento é adquirido em aula e laboratório de habilidades”
P33		“Conseguimos ter coordenação voltada pra medicina da família este ano, mas teve o covid e impediu a nossa participação em serviços de saúde mental”
P9	Pouca	“Muitas dessas técnicas nunca foi comentada durante a residência”
P37		“Deveria ser temas mais abordados durante a residência”
P39		“Na residência em [instituição] a gente fica muito serviço, temos mais que cumprir metas e pouco tempo para aprendizagem”
P44		“Fui apresentada sobre o as diversas técnicas, mas pouca instrução para aperfeiçoamento”

Fonte: Elaborado pelo autor (2021).

Ao serem questionados sobre quais IP gostariam de ter mais capacitação, as intervenções assinaladas por mais da metade dos residentes foram, em ordem decrescente: meditação guiada e/ou *mindfulness* (71,7%); terapia comunitária (58,7%); técnicas de relaxamento físico e exercícios de respiração (54,3%) e terapia de solução de problemas (54,3%). Apontadas por pouco mais de um terço dos residentes, a psicoeducação (37%) e as técnicas de resposta empática às emoções (34,8%) foram as menos assinaladas (gráfico 11).

Gráfico 11 – Respostas dos residentes sobre quais IP eles gostariam de ter mais capacitação



Fonte: Elaborado pelo autor (2021).

Alguns residentes comentaram sobre as suas demandas de capacitação sobre o tema. As respostas obtidas estão apresentadas no quadro 5.

Quadro 5 – Comentários dos participantes em relação a necessidade de capacitação sobre intervenções psicossociais para a abordagem de TMC

Participante	Resposta
P10	“Principalmente terapia comunitária eu gostaria que fosse mais acessível o seu treinamento”
P33	“Todas são de extrema importância”
P43	“Penso que o MFC deve compreender e aplicar em sua prática profissional todas as intervenções psicossociais descritas acima, porém a carga de trabalho e exigência de números inviabiliza sua aplicabilidade”

Fonte: Elaborado pelo autor (2021).

5.4 ANÁLISES COMPLEMENTARES

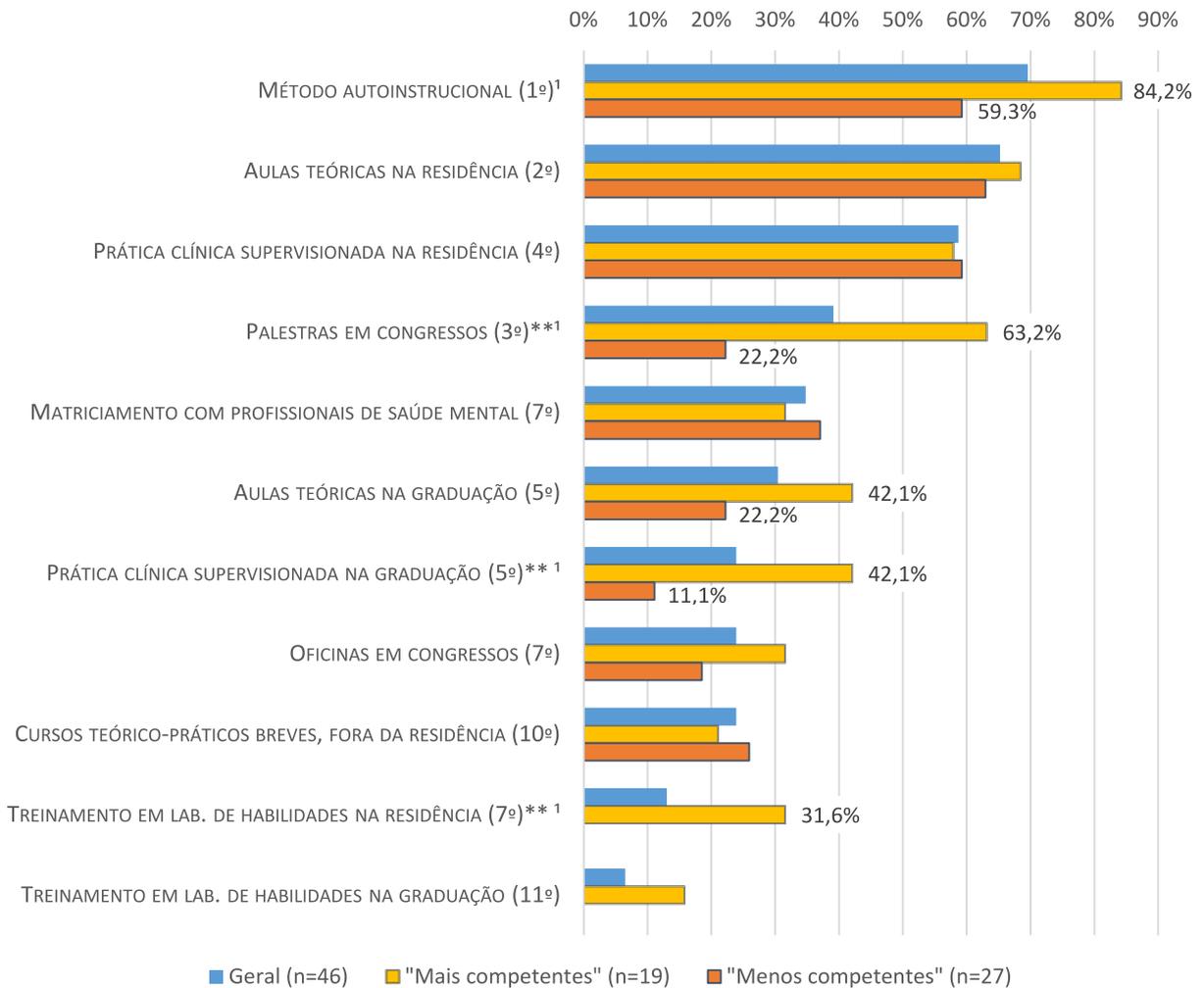
Ao comparar as características do grupo dos residentes que se declaram mais competentes (nível de competência “iniciante” ou maior em sete ou mais das IP descritas) em relação ao restante da amostra (grupo “menos competente”), não foram observadas diferenças relevantes entre as variáveis sociodemográficas e de trajetória acadêmica dos dois grupos. Por outro lado, os residentes que se autoavaliaram mais competentes tendem a utilizar um maior número de intervenções e com maior frequência: 47,4% ($p < 0,0006$) deles utilizam sete ou mais das IP descritas, contra 3,7% do grupo “menos competente” e 73,7% ($p < 0,002$) deles utilizam em mais da metade ou todos os casos de TMC, contra 37,5% do grupo “menos competente”.

Em relação aos meios de aprendizagem que mais contribuíram para a aquisição de competência sobre o tema, o grupo “mais competente”, quando comparado ao restante, relata aprender mais por meio de método autoinstrucional, palestras em congressos ($p < 0,006$), prática clínica supervisionada na graduação ($p < 0,04$) e treinamento em laboratório de habilidades na residência ($p < 0,003$) (gráfico 12).

Sobre as dificuldades relatadas, o grupo “menos competente” comparativamente ao “mais competente” considera em muito maior proporção (64,7%

contra 18,8%; $p < 0,008$) que o pouco conhecimento teórico é o principal motivo que dificulta a utilização de IP na abordagem a TMC (gráfico 13).

Gráfico 12 – Respostas de três grupos de residentes sobre quais meios de aprendizagem mais contribuíram para o seu aprendizado sobre o tema, em ordem decrescente das proporções do grupo geral*



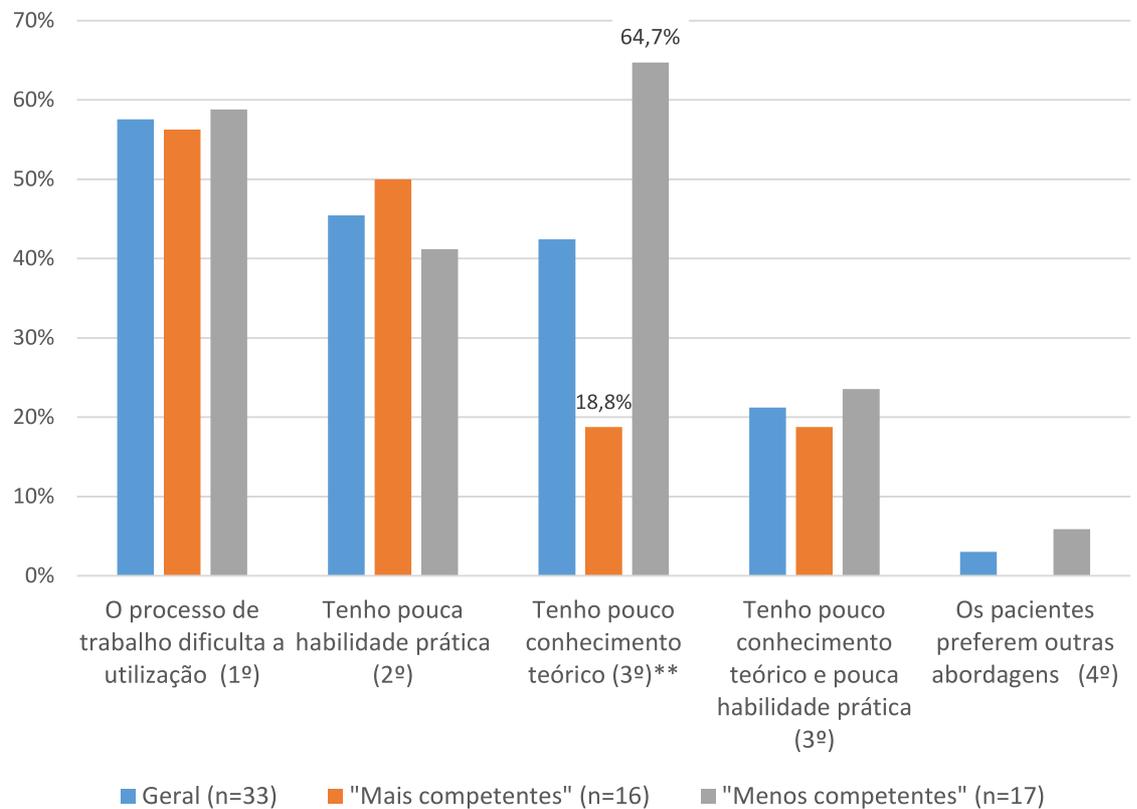
*Entre parênteses, a ordenação das proporções das respostas do grupo "mais competente"

** $p < 0,05$

¹ Diferença entre o grupo "mais competente" e o "menos competente" maior do que 20 p.p

Fonte: Elaborado pelo autor (2021).

Gráfico 13 – Respostas de três grupos de residentes sobre os motivos que contribuem para a sua dificuldade em utilizar alguma intervenção psicossocial em ordem decrescente das proporções do grupo geral*



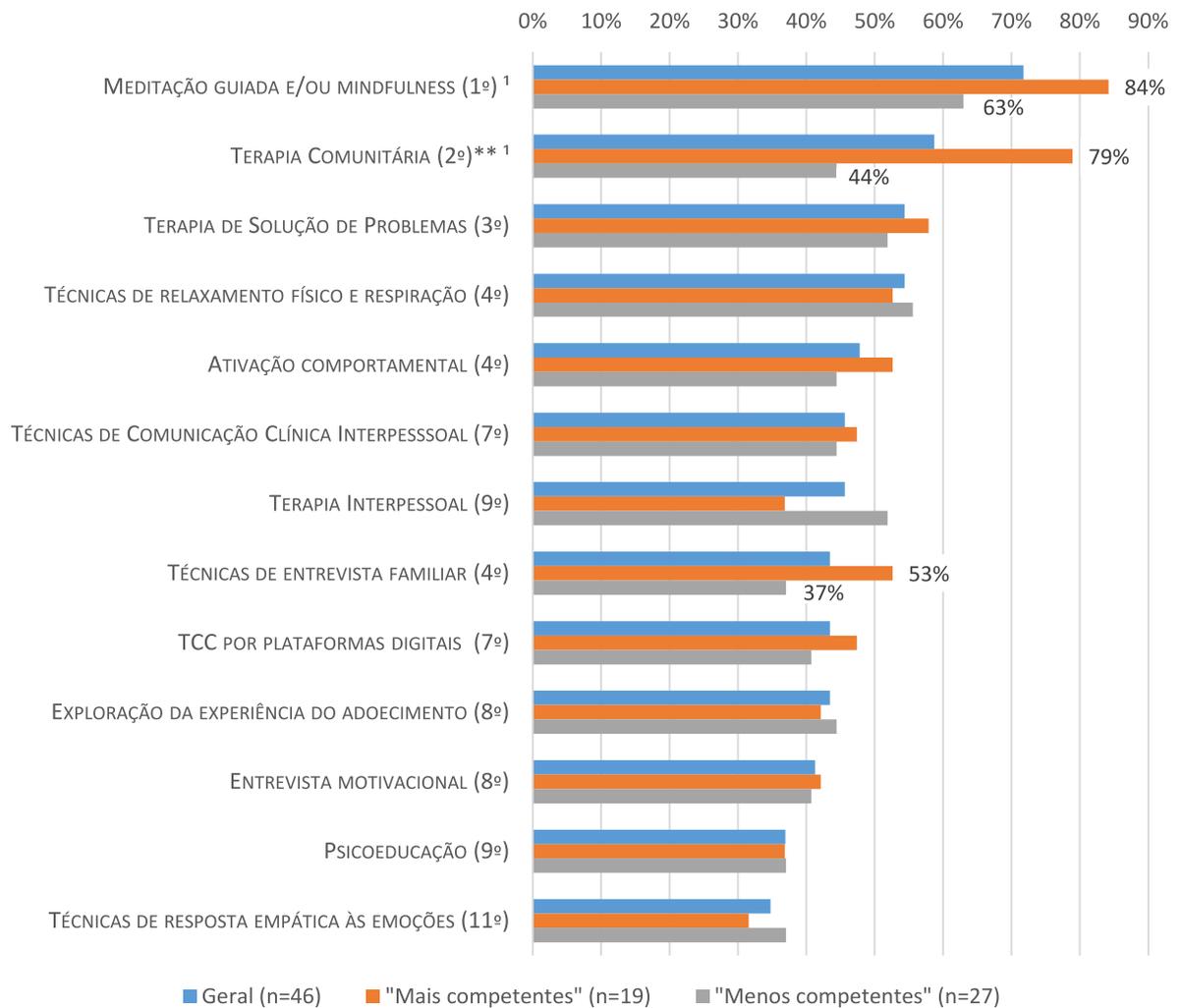
*Entre parênteses, a ordenação das proporções de respostas do grupo mais competente

** $p < 0,05$

Fonte: Elaborado pelo autor (2021).

Por fim, ao comparar os dois grupos, sobre quais IP eles gostariam de ter mais capacitação, os residentes do grupo "mais competente", em relação aos demais, assinalaram interesse proporcionalmente maior em meditação guiada e/ou *mindfulness* (84% contra 43%; $p=0,11$) e em terapia comunitária (79% contra 44%; $p<0,02$) (gráfico 14).

Gráfico 14 – Respostas de três grupos de residentes sobre quais IP eles gostariam de ter mais capacitação em ordem decrescente das proporções de respostas do grupo geral*



*Entre parênteses, a ordenação das proporções de respostas do grupo "mais competente"

** $p < 0,05$

¹ Diferença entre o grupo "mais competente" e o "menos competente" maior do que 20 p.p

Fonte: Elaborado pelo autor (2021).

6 DISCUSSÃO

Buscando identificar lacunas que apontem caminhos para o aprimoramento da formação em MFC sobre a abordagem não farmacológica de problemas de saúde mental e diante da escassez de estudos sobre o tema, especialmente no Brasil, este trabalho investigou, no estado de Minas Gerais, 83,3% dos programas de residência da especialidade que possuíam residentes R2 matriculados e 45,1% de todos esses residentes, em seu último semestre do curso. Para tanto, procedeu-se uma análise de como os futuros médicos de família e comunidade têm vivenciado em sua formação a abordagem de TMC, especialmente no que diz respeito a competências sobre o uso de IP.

6.1 O PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E A TRAJETÓRIA ACADÊMICA

Refletindo a tendência recente à feminilização da medicina no Brasil e o fato de a MFC ser a oitava especialidade com a maior proporção de mulheres no país, conforme o estudo “Demografia Médica no Brasil 2020” (SCHEFFER *et al.*, 2020), mais de dois terços dos residentes pesquisados se declara mulher cisgênero e, entre elas, mais de 60% tem idade acima da mediana geral de 29 anos.

O fato de a maioria dos residentes terem se graduado em medicina no próprio estado de Minas Gerais (86,7%) e em instituições privadas (62,2%), pode corroborar a tendência do médico de família e comunidade em se fixar na região onde se graduou (RODRIGUES *et al.*, 2017) e parece refletir também a recente expansão das vagas em cursos de medicina de instituições privadas e o aumento acentuado no número de profissionais da especialidade egressos dessas instituições ocorrido no Brasil a partir de 2008 (SCHEFFER *et al.*, 2020; SARTI *et al.*, 2021). Além disso, Minas Gerais é o segundo estado em número de vagas em escolas médicas no país, sendo que, dentre os estados da região sudeste, é o que apresenta a maior proporção de vagas cuja instituição é de natureza pública, porém, ainda assim, apenas 29% das vagas no estado são em escolas médicas públicas (SCHEFFER *et al.*, 2020).

Apesar de a maioria dos residentes deste estudo ter se formado em escolas médicas privadas, o ingresso na residência em MFC ocorreu principalmente em instituições de natureza pública (84,4%), em programas ligados a universidades federais e estaduais, hospitais públicos e prefeituras. Não há estudos disponíveis

sobre qual a natureza administrativa das instituições de residência em MFC no Brasil, mas, apesar da notável expansão da atuação e da formação em MFC nos serviços de saúde privados, infere-se que atualmente a maioria das instituições dos PRMMFC no estado e no país seja de natureza pública, principalmente pela formação na especialidade estar fundamentada na APS.

Qualquer apontamento ou conclusão que envolva os médicos residentes de MFC de Minas Gerais, precisa levar em conta que dos 26 PRMMFC ativos no estado em 2020, somente em 18 deles (69,2%) havia residentes R2 matriculados, sendo que um desses programas reuniu 38,2% de todos os residentes R2 (BRASIL, 2020). Isso está bem representado na amostra deste estudo, em que 32,6% dos participantes pertencem a esse programa. Importante considerar que em um programa tão extenso, que abrange inclusive diferentes municípios, apesar de as características do seu ensino teórico poderem guardar homogeneidade e isso potencialmente influenciar os resultados desta pesquisa, cada um dos diversos cenários de prática que o integram pode apresentar diferentes peculiaridades locais, relacionadas ao território, às políticas públicas, ao serviço de saúde, à comunidade, à preceptoria, entre outros fatores.

6.2 COMO OS RESIDENTES ABORDAM OS CASOS DE TMC?

Em convergência com o fato de o tratamento não farmacológico ser o método de primeira linha, baseado em evidências, para o manejo dos problemas de saúde mental leves a moderados (DOWRICK; LAM, 2020; NETO; FREITAS, 2019; SILVA, 2019; NICE, 2011a), a quase totalidade dos residentes (93,5%) afirma utilizar intervenções psicossociais ou não farmacológicas na abordagem de TMC. Porém, essa “utilização” parece não ocorrer conforme as principais recomendações. Entre os que declaram utilizar essas ferramentas, apesar de a maioria (81,4%) relatar que nota melhora nos casos de TMC dos pacientes, somente 53,5% afirmam aplicar eles mesmos essas intervenções em mais da metade ou em todos os casos de TMC. Há um contraste evidenciado entre “utilizar” e “aplicar” que revela a percepção dos residentes sobre o envolvimento de outros profissionais nesse cuidado, o que, conforme as intervenções citadas por eles, foi considerado, por importante parcela, como parte da conduta médica nos casos de TMC. Intervenções citadas que geralmente compreendem a participação de outros profissionais no manejo desses problemas, categorizadas como “encaminhamento à terapia psicológica”, “PICS”, “matriciamento e abordagem multi e/ou interprofissional”, assim como algumas intervenções não categorizadas (“sessões individuais com terapeuta” e “conversar com pessoa de confiança ou profissionais”), estão presentes nas respostas de 43,5% dos residentes. E esse percentual não inclui intervenções baseadas em grupos, que foram mencionadas por 13,9% dos residentes e também, geralmente, envolvem outros integrantes da equipe de saúde, podendo, inclusive, o médico nem estar presente no momento de sua realização.

Oyama e colaboradores (2012) encontraram resultados que também retratam essa tendência de pouca aplicação de intervenções não farmacológicas e de encaminhamento de pacientes a outros profissionais. Eles pesquisaram as percepções de preceptores e residentes de programas de residência de medicina de família no estado da Flórida, Estados Unidos, sobre a utilização de “*brief office counseling*” (em português: aconselhamento breve no consultório), definido como a utilização de técnicas de aconselhamento (técnicas cognitivo-comportamentais, técnicas de terapia interpessoal, aconselhamento suportivo), em consultas ambulatoriais de pacientes com problemas de saúde mental. Dos 160 residentes pesquisados no estudo, 26,8% afirmaram que encaminham a outros profissionais a

maioria dos pacientes que se apresentam na consulta com transtornos mentais e 25,9% afirmaram que a frequência em que utilizam *brief office counseling* era “nunca ou raramente”. Mesmo que não tenha sido especificado nesse estudo a quais transtornos mentais eles se referiam, encaminhar “a maioria” das pessoas com esses problemas está em desacordo com as melhores práticas e com a preferência dos próprios pacientes (WUN *et al.*, 2011).

O mesmo grupo de pesquisa do trabalho citado anteriormente publicou um novo estudo alguns anos mais tarde (FRASER *et al.*, 2015) visando compreender melhor em que medida e como os médicos de família fornecem aconselhamento psicológico específico para as necessidades de saúde mental de seus pacientes. Nesse estudo, apesar de a maioria (63%) dos 230 preceptores e residentes de medicina de família pesquisados terem concordado que “aconselhamento psicológico para problemas comuns de saúde mental poder ser feito de forma efetiva em consultas regulares”, 22,2% discordaram dessa afirmação, o que não deixa de ser um número significativo frente às recomendações de tratamento atuais sobre o tema. Além disso, apenas pouco mais da metade dos respondentes (52,6%) discordaram que “é melhor deixar para profissionais de saúde mental o aconselhamento psicológico direcionado a depressão e ansiedade” e quase um terço (29,4%) permaneceu neutro nessa questão. Esses dados convergem com os achados deste trabalho e pode também estar refletindo barreiras em torno no uso de IP na prática clínica desses profissionais.

Considerando a escassez global de profissionais de saúde mental integrados aos serviços de APS e a necessidade de capacitação adequada de profissionais desses serviços para a abordagem aos TMC, as percepções observadas dos residentes pesquisados e entre os médicos e residentes de serviços primários dos estudos citados acima sobre o papel dos demais integrantes da equipe de saúde nesse manejo se distanciam das recomendações atuais e devem ser discutidas com cuidado e levar em conta o contexto de cada cenário. Diversas fontes de referência da especialidade recomendam que o médico de família deve prover aos pacientes com transtornos mentais leves a moderados, tratamento não farmacológico por meio de intervenções psicológicas breves baseadas em evidências (WONCA, 2017; GONÇALVES *et al.*, 2013). Apesar de esse tipo de intervenção também poder ser realizada por outros profissionais treinados (GONÇALVES *et al.*, 2013; MENEZES, 2012; WHO, 2010), nos casos em que médicos e enfermeiros da atenção primária estão aptos a aplicar essa abordagem, não é essencial a participação de outros

profissionais, principalmente se a disponibilidade deles for restrita, o que é a realidade da maioria dos serviços de APS, especialmente no Brasil. O tratamento escalonado que inclui cuidados colaborativos e apoio matricial integrados é recomendado para a assistência em saúde mental, especialmente na atenção primária, porém a abordagem multiprofissional deve ser melhor direcionada para os casos mais complexos, refratários, de problemas moderados a graves ou ainda para abordagens em grupos (SARAIVA; ZEPEDA; LIRIA, 2020; NICE, 2011b).

Se por um lado, há real possibilidade de déficits de aprendizagem estarem contribuindo para a referida decisão de encaminhar esses pacientes, deve-se levar em conta, entretanto, que isso também pode ser explicado pelas dificuldades que os residentes relataram para aplicar IP para TMC, o que será abordado mais adiante. Por ora, é importante mencionar que essas dificuldades podem interferir diretamente na atitude de encaminhar ou de delegar a outros profissionais a aplicação dessas intervenções, mesmo tendo consciência de que muitas vezes, pelas restrições estruturais e por fatores ligados à própria adesão do paciente, esse cuidado acabará não sendo concretizado. De qualquer forma, os resultados evidenciados sugerem a necessidade de se avaliar objetivamente se os cenários de formação em MFC estão provendo capacitação adequada e ambientes de atuação prática protegidos o suficiente para que os residentes possam desenvolver melhor essas habilidades e superar as dificuldades relatadas.

Chama a atenção a presença das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) nas respostas dos residentes ao citarem intervenções psicossociais ou não farmacológicas para abordagem de TMC. Essas práticas tiveram sua formalização no SUS em 2006 com a criação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), que instituiu diretrizes para a implementação e incorporação, principalmente no âmbito da atenção básica, das seguintes práticas: medicina tradicional chinesa/acupuntura, homeopatia, plantas medicinais/fitoterapia, termalismo social/crenoterapia e medicina antroposófica (BRASIL, 2013). “Auriculoterapia”, “medicinas integrativas”, “chás”, “percepções das vivências dos sentimentos sob o ponto de vista da medicina tradicional chinesa” e “acupuntura” foram algumas das intervenções relacionadas às PICS citadas pelos residentes. Apesar de tais práticas poderem integrar, com evidências de benefício, o cuidado de qualquer pessoa com transtornos mentais, a maioria delas envolve procedimentos físicos, como no caso da acupuntura, da auriculoterapia e da crenoterapia, e até

mesmo intervenções medicamentosas, como é o caso das plantas medicinais / fitoterapia, da homeopatia e da medicina antroposófica, sendo abordagens com tendência de individualização dos problemas de saúde, que pouco consideram determinantes da vida social e coletiva, e não podem ser chamadas de terapias psicológicas. Uma vez que, segundo o dicionário médico (MARTIN *et al.*, 2010), “medicamento” é “uma substância administrada por via oral, aplicada no corpo ou introduzida no corpo para fins de tratamento”, a própria PNPIC e outros documentos oficiais (BRASIL, 2018; 2010) se contradizem ao se referirem a algumas modalidades de PICS como “não medicamentosas”. Desse modo, mesmo que não sejam práticas de caráter essencialmente biomédico e centrado na doença, não devem ser consideradas intervenções psicossociais, sob pena de caminharmos na direção da chamada “medicalização da vida”, ou seja, da concepção do sofrimento humano como algo individualmente anormal e da banalização do uso de medicamentos (ou procedimentos), com o objetivo de “normalizar” pessoas que muitas vezes sofrem de problemas sociais, gerando inclusive uma relação de dependência (OLIVEIRA *et al.*, 2016; CARDOSO, 2014).

Outras práticas citadas com considerável frequência pelos residentes antes da apresentação das IP de referência, estando presente nas respostas de 29,4% deles, foram as relacionadas a “orientações” sobre estilo de vida, especialmente sobre a prática de atividade física (20,1%). Ainda que a atividade física, mesmo quando recomendada de forma isolada seja considerada eficaz na melhora do sofrimento mental (SHERMAN *et al.*, 2017), as técnicas de ativação comportamental são uma intervenção mais abrangente e também viável de ser realizada em consultas regulares do médico de família. Indicada principalmente para pacientes com sintomas depressivos, ela contempla a recomendação de atividade física, porém envolve também outros comportamentos em uma forma específica de abordagem, por meio de um plano de atividades capaz de estimular e promover atividades positivas que induzem a melhora de pensamentos disfuncionais, do humor, da sensação de autoeficácia e da qualidade de vida em geral. (DOWRICK; LAM, 2020). Apesar de sua importância, na terceira parte do questionário, dentre as 13 IP descritas, a ativação comportamental aparece entre as menos conhecidas e menos utilizadas (por menos de 20% dos residentes) e tem a segunda pior média em nível de competência referido.

6.3 PERCEPÇÕES EM RELAÇÃO ÀS 13 IP DE REFERÊNCIA

Em relação às 13 IP adotadas como referência neste estudo, preocupa o fato de quase 80% dos residentes afirmarem conhecer e utilizar, para a abordagem de TMC, somente até seis delas e de quase 60% deles afirmarem possuir no máximo pouca habilidade prática também em somente até seis das intervenções. Esses dados revelam que, no geral, os residentes afirmam utilizar menos da metade dos tipos de IP recomendadas e se percebem pouco competentes para prover a maioria delas aos pacientes com TMC. Esses dados reafirmam a necessidade de se investigar objetivamente a atuação dos residentes na abordagem a esses pacientes.

Dentre as IP de referência, três 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.

Possivelmente por integrarem os princípios básicos da entrevista clínica e os fundamentos da abordagem centrada na pessoa (STEWART *et al.*, 2017) e serem amplamente mencionadas em diversos campos no currículo da SBMFC (2015), as técnicas e habilidades clínicas de comunicação e as técnicas de exploração da experiência do adoecimento foram as intervenções mais assinaladas como conhecidas e utilizadas, assim como, nas quais os residentes mais se sentem competentes na abordagem a TMC. Apesar do bom resultado relativamente às outras IP, essas modalidades apresentaram proporções de utilização e nível de competência referidos aquém do que seria recomendado, principalmente se considerarmos que elas podem ser utilizadas não apenas para TMC, mas para qualquer outra demanda de saúde nas consultas (SBMFC, 2015). A proporção de residentes que afirma conhecer e utilizar as técnicas de exploração da experiência do adoecimento, por exemplo, ficou abaixo de 60% e 58,7% se autoavaliam com no máximo pouca habilidade prática nessa técnica. Resultados piores foram relatados no estudo de Fraser e colaboradores (2015), no qual menos de 10% dos entrevistados referiram usar frequentemente a técnica BATHE, importante ferramenta para investigar o status psicossocial do paciente, e apenas 21% referiram ter sido expostos a treinamento sobre essa técnica durante sua formação. Abordar a experiência do adoecimento e avaliar aspectos do contexto psicossocial da pessoa, além de terapêutico não só do

ponto de vista do sofrimento mental, é também etapa essencial na avaliação médica efetiva de qualquer demanda em saúde, especialmente por médicos de família e comunidade (FREEMAN, 2018).

As técnicas de resposta empática às emoções fecham o grupo das três intervenções com os melhores resultados em relação às demais, ainda que, assim como ocorre com as técnicas de exploração da experiência do adoecimento, seja uma intervenção pouco assinalada como utilizada (54,5%) e se relacione a níveis de competência referidos mais baixos do que seriam os recomendados para residentes de MFC no último semestre do curso. Um fator que pode explicar os resultados piores dessa intervenção em relação as outras duas é que essa técnica não é abordada na maioria dos principais livros de referência da especialidade, especialmente os disponíveis no idioma nacional. A boa notícia é que em obra recém publicada de Dohms e Gusso (GROSSEMAN; DOHMS, 2020) há um capítulo específico que trata das habilidades em fornecer resposta empática à raiva, ao medo e à tristeza nos encontros clínicos e resgata ferramentas facilitadoras da aplicação e do ensino dessas habilidades, como os acrônimos “PEARLS” (em inglês *partnership, empathy, appreciation (apology), respect, legitimation e support*; em português, parceria, empatia, apreciação (desculpas), respeito, legitimação e suporte) e “NURS” (em inglês: *naming, understanding, respecting, supporting, [exploring]*; em português: nomeando, legitimando, respeitando, oferecendo suporte, [explorando]) (EGENER; GILLIGAN, 2016), por exemplo.

Dentre os residentes que afirmam utilizar alguma das IP descritas, 78% afirmam sentir dificuldade nessa utilização e os motivos apontados por eles como os que mais contribuem para essa dificuldade são os mesmos assinalados para justificar o fato de não utilizarem IP que conhecem. Em sua maioria, eles afirmam, em relação ao conjunto de todas as intervenções, não se sentirem preparados, com formação adequada, para aplicar as intervenções e que seu processo de trabalho inviabiliza essa aplicação. É importante destacar que cerca de um quarto dos residentes assinalou que esses dois motivos são concomitantes. Em relação às dificuldades, o processo de trabalho aparece como o principal motivo, apontado por mais de 55% desses residentes. Oyama e colaboradores (2012) também questionaram os preceptores e residentes de medicina de família sobre os motivos pelos quais eles não fornecem *brief office counseling* aos seus pacientes e a resposta mais frequente

foi que “consome muito tempo”, um motivo que também parece estar relacionado com o processo de trabalho desses profissionais.

Os comentários de alguns residentes ilustram essas e outras dificuldades na aprendizagem de IP:

“Penso que o MFC deve compreender e aplicar em sua prática profissional todas as intervenções psicossociais descritas acima, porém a carga de trabalho e exigência de números inviabiliza sua aplicabilidade” P43

“Na residência em [instituição] a gente fica muito serviço, temos mais que cumprir metas e pouco tempo para aprendizagem” P39

Um interessante estudo qualitativo conduzido por Van Rijswijk e colaboradores (2009) exploraram, através de grupos focais, as percepções de médicos de família holandeses sobre a abordagem a transtornos depressivos e ansiosos. Nesse estudo, os participantes convergiram no sentido de que o contexto psicossocial do paciente, sua individualidade em relação à experiência do adoecimento, assim como o seu empoderamento, são essenciais na abordagem desses transtornos. Os médicos pesquisados, apesar de relatarem consideráveis reservas em relação aos medicamentos antidepressivos, sentiram-se incapazes de oferecer outras modalidades de tratamento específicas que consideraram valiosas e compatíveis com a prática de sua especialidade, como a psicoeducação, o aconselhamento, a TCC e a TSP. Além do déficit relativo à capacitação para aplicar essas modalidades de tratamento, outras barreiras citadas foram as questões estruturais, como falta de tempo para entrevista detalhada e abordagens diagnósticas elaboradas e falta de remuneração adicional para investir mais tempo nas consultas. Segundo eles, o tempo disponível para uma consulta padrão é muito limitado também para prover psicoeducação extensiva e intervenções baseadas em TCC ou TSP.

Merecem destaque os resultados obtidos no presente estudo em relação à TSP, uma das intervenções com mais evidências de eficácia e indicação precisa na abordagem a transtornos mentais comuns, principalmente na depressão maior (DOWRICK; LAM, 2020; HUIBERS *et al.*, 2009). Além de citada por somente dois residentes na parte inicial do questionário, a TSP está entre as menos conhecidas (33,3%), entre as referidas como menos utilizadas (17,8%) e tem a terceira pior média de níveis de competência relatados (1,8). Por outro lado, ela está entre as principais demandas de capacitação apontadas pelos residentes. Os já mencionados desafios

da formação e treinamento adequados e do processo de trabalho dos profissionais também foram identificados em um estudo qualitativo realizado na Austrália por Pierce e Gunn (2007) sobre o uso de TSP pelos médicos generalistas, no qual foram relatadas dificuldades relacionadas a pouca habilidade e restrições de tempo. Alguns participantes desse estudo consideraram, inclusive, que técnicas como essa não fazem parte do papel do médico generalista, mas sim de outros profissionais. Outro fator que dificulta o uso de TSP, citado pelos médicos nesse estudo, especialmente aqueles que não reportaram treinamento ou experiência prévia com o uso da técnica, foi o receio de que sua utilização torne a consulta menos efetiva e cause uma evolução adversa do quadro do paciente devido a um potencial “perda do controle da consulta”. O déficit formativo parece ficar mais evidente na medida em que, em oposição relatado pelos participantes mais experientes em TSP, os que não tiveram treinamento ou experiência prévia com a técnica consideraram “essencial que o controle da consulta seja exercido pelo médico”, uma vez que “o paciente espera que ele resolva os seus problemas”, o que vai de encontro inclusive com os princípios de uma abordagem centrada na pessoa (STEWART *et al.*, 2017)

Além do processo de trabalho, e dos déficits formativos, outra barreira importante para o aprendizado e a utilização na prática clínica de intervenções psicossociais por médicos de família e outros profissionais na APS parece ser a falta de um entendimento comum quanto aos termos utilizados para denominar essas técnicas, principalmente quando são adaptadas em formatos breves para serem aplicadas em cenários de serviços primários. Grande parte das ferramentas de intervenção não farmacológica passíveis de serem utilizadas por profissionais não especialistas em saúde mental tem a mesma denominação das técnicas psicoterapêuticas que as originaram, que foram desenvolvidas para serem aplicadas por profissionais do campo da psicologia. Isso pode gerar dúvida nos médicos de família e enfermeiros, por exemplo, quanto à viabilidade do uso dessas técnicas e sobre, até mesmo, se já as utilizam naturalmente e/ou de maneira parcial em sua prática, o que dificulta a identificação de necessidades de capacitação. Para Pierce e Gunn (2007), por exemplo, é necessário definir o que é “terapia de solução de problemas” ou “resolução de problemas” no contexto do tratamento da depressão na prática do médico generalista. Eles relatam em seu estudo que parece não haver um entendimento compartilhado entre os profissionais sobre o que é e o que não é TSP na sua prática de manejo dos pacientes e que promover de forma clara essa

compreensão é um ponto de partida fundamental para avançar na incorporação dessa modalidade de abordagem nas consultas.

6.4 MEIOS DE APRENDIZAGEM SOBRE IP PARA TMC

Três meios de aprendizagem foram considerados por mais de 60% dos residentes como os mais importantes para a sua aquisição de competências em IP para TMC. Além do método autoinstrucional, apontado por 74% deles, as aulas teóricas e a prática clínica supervisionada ligadas à residência foram os principais meios assinalados. Em contraste, menos de um terço dos residentes considerou importante a participação dos meios relacionados à graduação nesse aprendizado. Se por um lado a residência, comparada aos outros cenários de aprendizagem (graduação, congressos e cursos específicos) é considerada por eles como mais importante, por outro lado, quase a metade deles (45,6%) considera que a residência até então contribuiu pouco ou nada para o conhecimento e habilidades que adquiriram sobre o tema. Diante desses dados, se considerarmos as percepções de significativas deficiências em competências sobre o tema evidenciadas neste estudo, é possível inferir que os programas de residência pesquisados em geral não têm cumprido adequadamente o seu papel na formação sobre intervenções não farmacológicas para abordagem de TMC, apesar de terem se destacado em relação a outros cenários de aprendizagem.

A relativa importância atribuída ao método autoinstrucional pela maioria dos residentes também parece corroborar a hipótese de uma insuficiência, não apenas da residência, mas também da graduação, para a aprendizagem sobre o tema, que, dada sua relevância no contexto da saúde pública, deve ser tratado como uma das prioridades na formação médica no país. O estudo de Fraser e colaboradores (2015) também evidenciou uma percepção de baixa contribuição da formação em medicina de família no aprendizado de ferramentas de abordagem não farmacológica para pacientes com transtornos mentais. Apenas 59,5% dos preceptores e residentes de medicina de família pesquisados nesse estudo concordaram que “receberam conhecimento básico durante a sua formação sobre que é necessário para prover aconselhamento psicológico para esses pacientes”.

Alguns residentes que consideram pouca a contribuição da residência nas suas competências em IP para TMC, comentaram sobre esse fato:

“Muitas dessas técnicas nunca foi comentada durante a residência” P39

“Deveriam ser temas mais abordados durante a residência” P37

“Fui apresentada sobre as diversas técnicas, mas pouca instrução para aperfeiçoamento” P44

Poucos residentes consideraram o treinamento em laboratório de habilidades, tanto na graduação quanto na residência, como meio importante na construção de suas competências sobre o tema. A pouca contribuição desse método, especialmente na residência, na aprendizagem de um tema que envolve essencialmente habilidades práticas é um fato a ser discutido. Alguns residentes que afirmaram ter sido “ótima” ou “suficiente” a contribuição da residência em sua aquisição de competências, comentaram que os treinamentos de habilidades em laboratórios, com simulações de consultas, e também através de “vídeo feedbacks” dos atendimentos foram importantes nesse processo. Fraser e colaboradores (2015) também exploraram entre preceptores e residentes de medicina de família a exposição a meios de treinamento em aconselhamento psicológico, apesar de não terem incluído cenários de prática simulada no seu questionário. Entre seis tipos de modalidades investigadas nesse estudo, a observação da atuação de um profissional em aconselhamento (77,8%) e o atendimento compartilhado com esse tipo de profissional (64,3%) foram as mais vivenciadas pelos respondentes. Possivelmente devido a peculiaridades do contexto do cenário dessa pesquisa, métodos relacionados à prática clínica supervisionada em que o residente conduz o atendimento, assim como métodos de vídeo feedback de consultas reais, foram vivenciadas por menos da metade dos participantes. Estudos que avaliem de forma objetiva e prática o processo de aprendizagem dos residentes e a eficácia dos treinamentos em laboratório de habilidades para a aprendizagem de habilidades em IP são necessários para ajudar a validar as hipóteses levantadas e interpretar os déficits formativos apontados no presente trabalho.

A compreensão de que a terapia comunitária e as técnicas de meditação são viáveis de serem utilizadas na APS para pacientes com TMC e deveriam ser contempladas nos cenários de formação parece estar presente na percepção dos residentes, uma vez que a meditação guiada e/ou *mindfulness* é a IP sobre a qual o maior número de residentes deseja ser mais capacitado (71,7%), sendo seguida pela terapia comunitária (58,7%). Essas intervenções foram significativamente assinaladas como conhecidas (em torno de 60%), porém estão entre as que os residentes menos referem utilizar (terapia comunitária, 17,8% e meditação guiada/*mindfulness*, 23,9%)

e as que se relacionam a limitados níveis competência, dados que parecem, inclusive, justificar essa percepção de necessidade de aprendizagem evidenciada. O relato de baixa utilização da terapia comunitária, pode ser justificada por ser uma ferramenta de aplicação mais difícil, pela demanda de formação mais específica e por depender da mobilização de grupos, apesar de ser plenamente viável de ser realizada na atenção primária por médicos de família ou outros profissionais treinados. As intervenções baseadas em meditação guiada especialmente aquelas baseadas em *mindfulness* (em português: estar atento, ter atenção plena), por sua vez, são ferramentas mais simples e de maior praticidade, adaptáveis, breves e fáceis de aprender e aplicar e estão fundamentadas basicamente no ato de "manter a consciência ativa e focada no momento presente, evitando julgamentos de valor" (BARCELÓ-SOLER *et al.*, 2018; CAMPAYO, 2008). Elas podem ser utilizadas em abordagens individuais ou grupais e também serem indicadas para que sejam aprendidas e praticadas pelos pacientes na comunidade, tem um grande potencial de aplicação e também deveriam estar mais presentes na prática dos residentes de MFC. Programas de redução do estresse, de terapia psicológica cognitiva e de prevenção de recaídas de sofrimento emocional baseados em *mindfulness* já mostraram serem importantes ferramentas para a abordagem, prevenção de agravos e recuperação em saúde mental, não só de pacientes com diversos transtornos mas também de médicos e outros profissionais de saúde expostos a cargas de estresse no trabalho, sendo úteis inclusive nos processos formativos desses profissionais, por serem métodos com potencial para o desenvolvimento aspectos humanísticos essenciais como a empatia. (SOPEZKI *et al.*, 2020; CAMPAYO, 2008).

Somente pouco mais de um terço dos residentes deseja ser mais capacitado sobre psicoeducação e técnicas de resposta empática às emoções. Essas intervenções tiveram boas médias de níveis de competência (2,4 e 3,0 respectivamente). Porém, se considerarmos a enorme importância dessas técnicas na abordagem a pacientes com demandas em saúde mental e as proporções em que elas são conhecidas e utilizadas pelos residentes, podemos considerar que o desejo de capacitação não converge com as relativas lacunas formativas identificadas. Nesse sentido, o fato de as técnicas de comunicação clínica interpessoal, mesmo sendo referidas como a intervenção mais conhecida, mais utilizada e na qual mais residentes se sentem competentes, aparecerem relacionadas ao desejo de mais capacitação de

quase a metade (45,7%) é algo que também chama a atenção e pode estar associado à compreensão por parte deles da importância de se dominar essas técnicas.

6.5 O GRUPO “MAIS COMPETENTE” *VERSUS* O GRUPO “MENOS COMPETENTE”

Em relação à análise comparativa entre os grupos de residentes segundo os níveis de competência referidos, foram identificadas algumas tendências que podem indicar caminhos para a elaboração de estratégias de aprimoramento da formação em saúde mental na MFC.

Conforme esperado e evidenciando relativa coerência nas respostas, os residentes que se declaram mais competentes em um maior número de IP referem utilizar uma maior variedade de intervenções e com mais frequência em relação ao restante da amostra.

Foi observada também uma significativa diferença em relação aos meios de aprendizagem sobre IP para TMC entre os grupos. Se por um lado, as aulas teóricas e a prática clínica supervisionada na residência tem importância semelhante como meio de aprendizado para os dois grupos, por outro lado, uma significativa maior proporção do grupo “mais competente” considera o método autoinstrucional, as palestras em congressos, as aulas teóricas na graduação, a prática clínica supervisionada na graduação e o laboratório de habilidades na residência como meios com mais importante contribuição nesse aprendizado. É possível inferir a partir desses dados que, para o grupo “mais competente”, além do maior peso atribuído ao método autoinstrucional, a graduação (aulas teóricas e prática clínica supervisionada) aparece como um importante cenário na aquisição de suas competências sobre o tema. Outro dado interessante é que todos os residentes que assinalaram o treinamento em laboratório de habilidades na residência como um método importante são do grupo considerado “mais competente”, o que pode corroborar a hipótese de que esse método tenha um papel relevante no ensino de intervenções não farmacológicas em saúde mental.

Curiosamente, o grupo “menos competente” considera, em muito maior proporção do que o “mais competente”, o pouco conhecimento teórico como um dos principais motivos que justificam a dificuldade para utilizar IP para TMC (64,7% contra 18,8%; $p < 0,008$), enquanto as demais dificuldades foram assinaladas em proporções praticamente iguais entre os dois grupos. Esse achado parece ser difícil de explicar, principalmente se considerarmos que, além do necessário conhecimento teórico, adquirir competências em lidar com situações que envolvem tanta subjetividade quanto abordar o sofrimento emocional das pessoas e utilizar ferramentas de

comunicação clínica e aconselhamento psicológico exige também grande parcela de treinamento prático. Porém, a denominada “incompetência inconsciente”, conforme descrita por Moulton (2016) ao tratar do processo de aprendizado de habilidades de entrevista clínica, pode ajudar a compreender o fato de residentes que têm pouca formação e não aplicam ferramentas de IP apresentarem essa tendência de atribuir às suas dificuldades fatores não relevantes ou pouco adequados para tentar justificá-las. Em outras palavras, se um residente tem pouca habilidade para aplicar ferramentas de abordagem psicossocial e não as aplica, isso pode mantê-lo “inconsciente” de sua “incompetência” e fazer com que ele tenha a percepção de que o principal meio para aprender sobre ela e aplicá-la seja tão “simples” quanto adquirir conhecimento teórico, mas quando ele é estimulado e tenta aplicá-la, percebe que outros fatores, talvez até mais importantes, são determinantes para que ele se torne “competente” (MOULTON, 2016).

Por fim, ao comparar os dois grupos, sobre quais IP eles gostariam de ter mais capacitação, os residentes do grupo “mais competente” assinalaram interesse proporcionalmente maior em meditação guiada e/ou *mindfulness* e terapia comunitária ($p < 0,02$) em relação aos demais residentes, o que pode ser explicado por acreditarem que essas ferramentas sejam mais úteis e efetivas para o perfil dos pacientes e dos problemas que abordam ou para o cenário onde atuam.

6.6 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Algumas limitações importantes devem ser consideradas ao interpretar os resultados do presente estudo. Uma das principais é a imposta pelo desenho essencialmente quantitativo do estudo, que, apesar de retratar as percepções e o relato de atitude dos médicos residentes, o faz de forma restrita, não permitindo a exploração de informações adicionais processuais e explicativas, de maior amplitude, que poderiam ser consideradas importantes pelos participantes e ter relevância para uma melhor compreensão dos dados obtidos.

Outra limitação é o viés do autorrelato. Apesar de diferentes estudos mostrarem que a relação entre opiniões, atitudes referidas e o real comportamento clínico é controversa (MEREDITH *et al.*, 2007; RAMBELOMANANA *et al.*, 2006), supõe-se que uma opinião e atitude negativas ou um conhecimento insuficiente sobre determinada modalidade terapêutica pode diminuir a probabilidade de que ela seja empregada na realidade prática (DAVIS *et al.*, 2006). Ainda assim, estudos que envolvam avaliação e observação diretas da prática clínica são necessários para aumentar a validade dos achados deste estudo.

Como a participação dos residentes na pesquisa foi voluntária e não relacionada a qualquer prejuízo ou benefício ligado a essa decisão, residentes com menor interesse em saúde mental ou aqueles menos confiantes em relação a IP ou ao manejo de TMC poderiam se recusar a participar e potencialmente superestimar achados positivos em relação a competências sobre o tema. No entanto, os resultados deste estudo evidenciaram importantes deficiências relatadas pelos residentes, o que minimiza a influência do viés de não resposta.

A capacidade de generalização dos resultados deste estudo é limitada. Apesar da satisfatória taxa de resposta e de uma boa representatividade dos programas de residência do estado, 11 PRMMFC não foram representados na amostra, sendo oito deles pelo fato de não terem residentes R2 em atividade no período da pesquisa. Além disso, dado o reduzido universo amostral da população do estudo, o número de participantes alcançado foi pequeno e não permitiu uma análise estatística mais ampla. Não se pode assumir também que as percepções dos residentes pesquisados sejam compartilhadas com as de residentes de outras regiões do país ou com as de médicos de família e comunidade já formados.

Não foi encontrado na literatura um instrumento de coleta validado que atendesse aos objetivos deste estudo. A concepção do questionário semiestruturado ocorreu de modo empírico e, através da realização do pré-teste, alguns itens foram ajustados e foi definida uma versão final, não sendo possível avaliar a sua confiabilidade e realizar a sua validação.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

São escassos os estudos acerca do manejo não farmacológico de transtornos depressivos e ansiosos por médicos especialistas em APS. Os trabalhos disponíveis apresentam percursos metodológicos que dificultam comparações, contudo, apesar das recomendações sobre as competências essenciais dos médicos de família, eles têm convergido ao apontarem déficits e barreiras consideráveis na utilização de intervenções não farmacológicas para pacientes com demandas de saúde mental e aos indicarem a capacitação insuficiente e aspectos do processo de trabalho como as principais causas para esse fato. Os resultados do presente estudo, corroboram as hipóteses de importantes lacunas formativas nesse contexto e agregam dados mais detalhados sobre a percepção de competência e de necessidade de capacitação de residentes R2 sobre diferentes IP recomendadas para a abordagem de TMC. Além disso, traz dados sobre quanto, e como, esses residentes avaliam que o seu processo formativo contribui na aquisição dessas competências.

Pelas modalidades de intervenções citadas antes da apresentação das 13 IP de referência foi possível observar que há uma percepção pelos residentes de que o encaminhamento dos pacientes com TMC a outros profissionais, assim como as PICS, têm um papel importante nos cuidados fornecidos pelo médico de família e comunidade, algo que se distancia das atuais recomendações. Além disso, dentre 13 IP de referência, a maioria dos residentes conhece, aplica e se avalia com habilidade satisfatória somente em até seis delas.

As técnicas ligadas à comunicação clínica e ao MCCP, foram as mais utilizadas e nas quais os residentes mais se avaliam competentes. Isso reflete o fato de os princípios e métodos do MCCP estarem presentes nos principais livros nacionais de referência da especialidade e serem uma importante referência teórica da formação do campo disciplinar da MFC no Brasil, destarte aparecem, e com bastante espaço, no currículo da SBMFC.

Os residentes assinalaram conhecer e utilizar pouco, além de possuir sobre elas pouca habilidade prática, intervenções com boas evidências de eficácia e de uso recomendado no tratamento de TMC, como a terapia de solução de problemas, a ativação comportamental, a meditação guiada/*mindfulness*, as técnicas de relaxamento físico e respiração e a psicoeducação. Eles afirmam que sentem dificuldade na utilização de IP e os principais motivos apontados são não se sentirem

com formação adequada, por terem pouco conhecimento teórico ou prático, e o seu processo de trabalho dificultar ou inviabilizar essa prática, corroborando achados de outros estudos.

Os principais meios de aprendizagem referidos para a aquisição de competências em IP para TMC foram o método autoinstrucional, as aulas teóricas na residência e a atuação prática em serviço, também na residência. Apesar disso, quase a metade dos residentes considera “pouca” ou “nenhuma” a contribuição da residência na aquisição de competências sobre o tema, o que, diante dos relatos de insuficiências e dificuldades evidenciados, sugere a existência de falhas em relação ao aprendizado dessas competências nesse cenário de formação. Além disso, foram observadas diferenças entre os grupos “mais competente” e “menos competente” em relação aos meios de aprendizagem, permitindo inferir que, para o grupo “mais competente”, a graduação aparece como um importante cenário na aquisição de suas competências sobre o tema. Outro dado interessante é que todos os residentes que assinalaram o treinamento em laboratório de habilidades na residência como um método importante são do grupo considerado “mais competente”, o que pode sugerir a hipótese de que esse método tenha um papel relevante no ensino do tema.

Meditação guiada/mindfulness e terapia comunitária aparecem como as intervenções sobre as quais os residentes mais gostariam de ter mais capacitação, especialmente o grupo “mais competente”. Considerando a pouca habilidade referida por eles nessas técnicas e a hipótese de acreditarem que elas sejam viáveis em seu cenário de atuação, esse dado sugere que estratégias de capacitação que contemplem essas ferramentas têm grande potencial de êxito e benefício.

É importante destacar que cerca de um terço dos residentes R2 em MFC de Minas Gerais pertenciam a um único programa de residência, o que, diante dos achados deste estudo e da relevância quantitativa desse programa, deve ser levado em conta na priorização de estratégias de aprimoramento no estado.

Este trabalho permitiu identificar a percepção por residentes prestes a concluírem sua especialização em MFC de importantes lacunas formativas sobre o uso de IP na abordagem a TMC. Várias intervenções importantes para o manejo de problemas de saúde mental de alta prevalência na APS parecem ser pouco aplicadas e não serem dominadas por profissionais que devem ter como uma de suas competências essenciais a utilização adequada dessas técnicas. Além da percepção de pouca capacitação, outras barreiras relatadas, como o processo de trabalho nos

cenários de prática merecem ser investigadas. Além disso a residência médica, que deve ter um papel primordial nessa formação, teve uma contribuição percebida como insuficiente.

Em que pesem as limitações do método adotado, esses resultados sugerem a necessidade de que novos estudos, assim como cada cenário de formação, avaliem de forma objetiva a atuação prática dos residentes sobre o uso de IP na abordagem aos TMC e, caso sejam confirmadas as insuficiências apontadas neste estudo, que se busque estratégias para o aprimoramento dos processos formativos. A inclusão de forma específica e detalhada, no Currículo Baseado em Competências para MFC, um documento que serve de guia para os atuais e futuros programas de residência na especialidade, das competências em ferramentas de intervenção psicossocial referidas neste estudo, pode representar um passo importante para se alcançar êxito nessa jornada.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, M. A. C.; DIAS, L. C. Abordagem em saúde mental pelo médico de família e comunidade. In: GUSSO, G; LOPES, J. M. C.; DIAS, L. C. **Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019. p. 315-339.

ALVES, E. 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.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais [recurso eletrônico]: DSM-5**. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ARROLL, B. et al. Antidepressants versus placebo for depression in primary care. **Cochrane Database Syst Rev**, Oxford, v. 3, n. 1, p. 1-10, 2009.

BARCELÓ-SOLER, A. et al. Mindfulness aplicado a la atención primaria. **FMC**, Barcelona, v. 25, n. 10, p. 564-573, 2018.

BRASIL. Ministério Da Educação. **Sistema da Comissão Nacional de Residência Médica**. Disponível em: <http://siscnrm.mec.gov.br/login/login>. Acessado em maio de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da IV conferência nacional de saúde mental [Internet]**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2010. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_final_IVcnsmi_cns.pdf. Acessado em: abril 2020.

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: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Uso de Medicamentos e Medicalização da Vida: recomendações e estratégias**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

CAMPAYO, J. G. La práctica del «estar atento» (mindfulness) en medicina. Impacto en pacientes y profesionales. **Atencion Primaria**, Barcelona, v. 40, n. 1, p. 363-366, 2008.

CARDOSO, R. V. **Medicalização e o Cuidado em Saúde na Estratégia de Saúde da Família**. 2014. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva). Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2014.

CHASE L. E. Psychosocialisation in Nepal Notes on translation from the frontlines of Global Mental Health. **Medicine Anthropology Theory**, Edimburgo, v. 8, n. 1, p. 1–29, 2021.

COUTINHO, E. S. F. et al. 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. 1, p. 246-256, 1999.

DAVIS, D. A. et al. Accuracy of physician self-assessment compared to observed measures of competence: a systematic review. **JAMA**, Chicago, v. 296, n. 9, p. 1094-1102, 2006.

DOWRICK, C.; LAM, C. **Core competencies of family doctors in primary mental health care**. Global Primary Mental Health Care. 1. ed. Abingdon: Routledge, 2020.

DOWRICK, C. Suffering and hope: Helen Lester memorial lecture. **BJGP Open**, London, v. 1, n. 1, p. 1-6, 2017.

DREYFUS, H; DREYFUS, S. **Mind Over Machine: The Power of Human Intuition and Expertise in the Era of the Computer**. New York: The Free Press, 1986.

DREYFUS, H. L.; DREYFUS, S. E. What is Moral Maturity? A Phenomenological Account of the Development of Ethical Expertise (1992). In DREYFUS, H. L.; WRATHALL M. A. **Skillful coping: essays on the phenomenology of everyday perception and action**. Oxford University Press, 2014. p. 138-174.

EGENER, B.; GILLIGAN, T. **Responding to strong emotions: sadness, anger, fear**. DocCom module #13. 1 vídeo (45 min) [Philadelphia]: Drexel University College of Medicine, 2016. Disponível em: <https://webcampus.drexelmed.edu/doccom/db/readDocComDemo.aspx?m=13>. Acessado em: março de 2020.

EISENBERG, J. N. **Nonpharmacological Versus Pharmacological Treatment for Patients With Major Depressive Disorder: Current State of the Evidence**. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US), 2016.

FONSECA, M. L. G.; GUIMARÃES, M. B. L.; VASCONCELOS, E. M. Sofrimento difuso e transtornos mentais comuns: uma revisão bibliográfica. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 11, n. 3, p. 285–294, 2008.

FORTES, S.; VILLANO, L. A. B.; LOPES, C. S. Nosological profile and prevalence of common mental disorders of patients seen at the Family Health Program (FHP) units in Petrópolis, Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 30, n. 1, p. 32–37, 2008.

FRASER, K. et al. Counseling by Family Physicians: Implications for Training. **Fam Med**, Kansas, v. 47, n. 7, p. 517-523, 2015. PMID: 26562638.

FREEMAN, T. R. **Manual de medicina de família e comunidade de**

McWhinney [recurso eletrônico]. Tradução: ISLABÃO, A. G.; BURMEISTER, A. T. Revisão técnica: Lopes, J. M. C.; CURRA, L. C. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2018. e-PUB.

GOLDBERG, D.; HUXLEY, P. **Common mental disorders: a bio-social model**. London: Routledge, 1992.

GONÇALVES, D. A. et al. Brazilian multicentre study of common mental disorders in primary care: rates and related social and demographic factors. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 3, p. 623–632, 2014.

GONÇALVES, D. A. et al. Intervenções Psicossociais na Atenção Primária à Saúde. In: DUNCAN, B.B. et al. **Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 4.ed. Porto Alegre: Artmed, 2013. p. 98-106.

GROSSEMAN, S.; DOHMS, M. Comunicação com emoções fortes: resposta empática à raiva, ao medo e à tristeza no cuidado à saúde. In: DOHMS, M; GUSSO, G. **Comunicação Clínica: Aperfeiçoando os Encontros em Saúde**. Artmed Editora. Ed. do Kindle, 2020. p. 172-191.

GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. **Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática** /Organizadores, GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. Porto Alegre: Artmed, 2012

HUIBERS, M. et al. Psychosocial interventions by general practitioners. **Cochrane Database of Syst Rev**, Oxford, v. 1, n. 3, p. 36-48, 2009.

IHME (Institute for Health Metrics and Evaluation). **GBD Results Tool Data Visualization**. Seattle, WA: IHME, University of Washington, 2020.

KAPLAN D. M. et al. 20/20: A Vision for the Future of Counseling: The New Consensus Definition of Counseling. **Journal of Counseling & Development**, [s. l.], v. 92, n. 1, p. 366-372, 2014.

KATZMAN, M. A. et al. Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. **BMC Psychiatry**, London, v. 14, n. 1, p. 1-83, 2014.

LANCETTI, A.; AMARANTE, P. Saúde mental e saúde coletiva. In: CAMPOS, G.W.S. et al. (Orgs.). **Tratado de saúde coletiva**. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2008. p.615-34.

MARTIN E. A. *et al.* **Oxford concise medical dictionary**. 8.ed. Londres: Oxford University Press, 2010.

MENDONÇA M. E. Abordagem comunitária: terapia comunitária. In GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. (Org.). **Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2012. P. 274-287.

MENEZES, A. L. do 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, Rio de Janeiro, 2012.

MEREDITH, L. S. et al. Factors associated with primary care clinicians' choice of a watchful waiting approach to managing depression. **Psychiatr Serv**, Thorofare, v. 58, n. 1, p. 72-78, 2007.

MOULTON, L. **The Naked Consultation: A Practical Guide to Primary Care Consultation Skills**. 2.ed. Florida: CRC Press. 2016.

MURCHO, N. et al. Transtornos Mentais Comuns nos Cuidados de Saúde Primários: um estudo de revisão. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, [s. l.], v. 1, n. 15, p. 1-12, jun. 2016.

NETO, P. P.; FREITAS, F. L. F. Tristeza, sensação de depressão e perturbações depressivas. In: GUSSO, G.; LOPES, J. M. C.; DIAS, L. C. **Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019. p. 346-388.

NICE (National Collaborating Centre for Mental Health). **Common Mental Health Disorders: The NICE Guideline on Identification and Pathways to Care**. London: The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists, 2011a.

NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence). **Generalised anxiety disorder and panic disorder in adults: management**. London: Clinical guideline [CG113], 2011b.

OLIVEIRA, E. C. et al. Drogas e medicalização na escola: reflexões sobre um debate necessário. **Revista Teias**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 45, p. 1-13, 2016.

OYAMA, O. et al. Mental health treatment by family physicians: current practices and preferences. **Fam Med**, Kansas, v. 44, n. 10, p. 704-11, 2012. PMID: 23148002.

PIERCE, D.; GUNN, J. GPs' use of problem solving therapy for depression: a qualitative study of barriers to and enablers of evidence based care. **BMC Family Practice**, [s. l.], v. 8, n. 1, p. 1-8, 2007.

RAMBELOMANANA, S. et al. Antidepressants: general practitioners' opinions and clinical practice. **Acta Psychiatr Scand**, Copenhagen, v. 113, n. 6, p. 560-467, 2006.

RODRIGUES, E. T. et al. Perfil e Trajetória Profissional dos Egressos da Residência em Medicina de Família e Comunidade do Estado de São Paulo. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [online], 2017, v. 41, n. 4, p. 604-614, 2017.

SARAIVA, S. A. L.; ZEPEDA, J.; LIRIA, A. F. Componentes do apoio matricial e cuidados colaborativos em saúde mental: uma revisão narrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, [online], v. 25, n. 2, p. 553-565, 2020.

SARTI, T. D. et al. Onde se graduam os Médicos de Família e Comunidade do Brasil? **Rev Bras Med Fam Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 43, p. 1-10, 2021.

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/media/Curriculo%20Baseado%20em%20Competencias\(1\).pdf](http://www.sbmfc.org.br/media/Curriculo%20Baseado%20em%20Competencias(1).pdf). Acesso em: 16 abr. 2020

SCHEFFER, M. et al. **Demografia Médica no Brasil 2020**. Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP. São Paulo: Conselho Federal de Medicina, 2020.

SHERMAN, M. D. et al. Managing Behavioral Health ISSUES in Primary Care: 6 five-minute tools. **Family Practice Management**, [s. l.], v. 1, n. 1, p. 30-35, mar./apr. 2017.

SCORSOLINI-COMIN, F. Aconselhamento psicológico e psicoterapia: aproximações e distanciamentos. **Contextos Clínic**, São Leopoldo, v. 7, n. 1, p. 02-14, jun. 2014.

SILVA, F. D. Ansiedade e estresse. In: GUSSO, G.; LOPES, J. M. C.; DIAS, L. C. **Tratado de medicina de família e comunidade**: princípios, formação e prática. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019. p. 390-417.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da IV. Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial**, 27 de junho a 1 de julho de 2010. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010.

SOPEZKI, D. et al. Viabilidade e eficácia de um programa baseado em atenção plena vs. Relaxamento no tratamento de burnout em profissionais de saúde primários brasileiros: um estudo pragmático controlado com métodos mistos. **Mindfulness**, [s. l.], v. 11, n. 1, p. 2573–2588, 2020.

SMITH, R. C. et al. **Essentials of Psychiatry in Primary Care**: Behavioral Health in the Medical Setting. New York: McGraw-Hill Education, 2019.

STEEL, Z. et al. The global prevalence of common mental disorders: A systematic review and meta-analysis 1980-2013. **International Journal of Epidemiology**, London, v. 43, n. 2, p. 476–493, 2014.

STEWART, M. et. al. **Medicina centrada na pessoa**: transformando o método clínico. Tradução: BURMEISTER, A.; ROSA, S. M. M. Revisão técnica: LOPES, J. M. C. L. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017. e-PUB.

VAN RIJSWIJK, E. et al. Barriers in recognising, diagnosing and managing depressive and anxiety disorders as experienced by Family Physicians; A focus group study. **BMC Family Practice**, [s. l.], v. 10, n. 1, p. 1–7, 2009.

WENCESLAU, L. D.; ORTEGA, F. Saúde mental na atenção primária e Saúde Mental Global: Perspectivas internacionais e cenário brasileiro. **Interface: Communication, Health, Education**, Botucatu, v. 19, n. 55, p. 1121–1132, 2015.

WHO. **Depression and other common mental disorders: global health estimates**. Geneva: WHO, 2017.

WHO. **Mental Health**. [s. l.], 2021. Disponível em: https://www.who.int/health-topics/mental-health#tab=tab_2. Acesso em: 20 jun. 2021.

WHO. **Mental health atlas 2017**. Geneva: WHO, 2018b.

WHO. **MI-GAP Manual de intervenções para transtornos mentais, neurológicos e por uso de álcool e outras drogas na rede de atenção básica à saúde**. Versão 1.0. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2010.

WHO. **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: Organização Pan-Americana da Saúde, 2018a. Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

WHO; WONCA. **Integrating mental health into primary care: a global perspective**. Geneva: WHO/ WONCA, 2008.

WONCA - World Organization of Family Doctors. **Core competencies of family doctors in primary mental health care**. Geneva: WONCA, jan. 2018. Disponível em: <http://www.globalfamilydoctor.com/site/DefaultSite/filesystem/documents/Groups/Mental%20Health/Core%20competencies%20January%202018.pdf>. Acesso em: 16 abr. 2020.

WONCA - World Organization of Family Doctors. **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: <http://www.globalfamilydoctor.com/site/DefaultSite/filesystem/documents/Groups/Mental%20Health/WPMH%20role%20of%20FPs%20in%20non%20drug%20interventions.pdf>. Acesso em: 16 abr. 2020.

WUN, Y. T. et al. Reasons for preferring a primary care physician for care if depressed. **Family Medicine**, v. 43, n. 5, p. 344-350, 2011.

APÊNDICE I – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa “Intervenções psicossociais para transtornos mentais comuns: percepções e demandas formativas na Medicina de Família e Comunidade”. O motivo que nos leva a realizar esta pesquisa é que, diante da alta prevalência de queixas de saúde mental e, principalmente, de transtornos mentais comuns (TMC) em serviços de Atenção Primária a Saúde no Brasil e no mundo e, sabendo que as entidades e associações mundialmente representativas da Medicina de Família e Comunidade (MFC) indicam como competências essenciais dos médicos de família o uso de abordagens não farmacológicas para o manejo de transtornos mentais, vimos a necessidade de investigar como tem sido percebida a utilização de intervenções psicossociais na abordagem de TMC no contexto dos cenários de formação em MFC.

Caso você seja médico(a) residente do segundo ano de um programa de residência em MFC e concorde em participar da pesquisa, você poderá responder a um questionário online, no Google Forms, que poderá ser completado em aproximadamente 10 a 15 minutos. Com os dados obtidos a partir deste questionário, pretendemos realizar um levantamento sobre o conhecimento, as experiências práticas e as necessidades de aprendizagem de médicos residentes em MFC acerca do uso de intervenções psicossociais para abordagem de TMC 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 Básica.

Esta pesquisa tem alguns riscos, que são: risco mínimo inerente a qualquer pesquisa envolvendo seres humanos, por exemplo, constrangimento ou desconforto durante a aplicação do questionário. Mas, para diminuir a chance desses riscos acontecerem, será garantido o anonimato, com padrões profissionais de sigilo sobre a sua identificação e informações referentes à sua participação, atendendo a legislação brasileira em vigor. As informações relacionadas ao estudo somente poderão ser acessadas pelos pesquisadores e serão utilizadas somente para os fins acadêmicos e científicos. Seu nome não será divulgado sem sua permissão.

Qualquer informação divulgada em relatório ou publicação não aparecerá com seu nome ou o nome da sua instituição, sendo a identificação feita de forma codificada, para que a sua identidade seja preservada e mantida sua confidencialidade. Apesar disso, se você tiver algum problema causado por atividades que fizemos 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.

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 voltar atrás e parar de participar a qualquer momento que achar conveniente, sem prejuízo algum, sendo seu nome ou dados retirados da pesquisa.

Para participar deste estudo você não vai ter nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira.

Os dados obtidos deste questionário serão utilizados unicamente para essa pesquisa e serão apagados do servidor on-line (Google Forms) ao término do estudo, dentro de aproximadamente 12 (doze) meses. Os dados ficarão arquivados off-line sob responsabilidade do pesquisador por 5 (cinco) anos e, decorrido este tempo, seguirão para 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.

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. Este termo de consentimento estará registrado no servidor online contendo a sua concordância em participar da pesquisa.

Sugerimos que você salve uma cópia deste termo para caso necessite consultar posteriormente. Em caso de dúvidas sobre esta pesquisa, você poderá consultar:

Pesquisador Responsável:

Flaviano Diego Meirelles Mendes

Campus Universitário - UFJF / NATES — Núcleo de Assessoria, Treinamento e Estudos em Saúde.

Tel: (32)98821-6268 ou (32) 2102-3830

E-mail: flaviano.mendes@ufv.br ou ppg.saudecoletiva@ufjf.edu.br

CEP/UFJF - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFJF Campus Universitário - UFJF / Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa. Tel: (32) 2102- 3788

E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br

APÊNDICE II – Instrumento de coleta de dados

Pesquisa: "Intervenções psicossociais para transtornos mentais comuns: percepções e demandas formativas na Medicina de Família e Comunidade"

Prezad@ colega,

Considerando a importância da Saúde Mental no contexto atual da atenção à saúde no Brasil e no mundo, esta pesquisa tem como objetivo investigar como a abordagem de transtornos mentais comuns tem sido percebida por médicos(as) residentes de Medicina de Família e Comunidade (MFC). Com isso, buscamos identificar suas demandas sobre o tema e realizar propostas para o aprimoramento dos processos formativos na especialidade, contribuindo, assim, para melhorar a qualidade da atenção à saúde mental na Atenção Básica.

Caso você seja médico(a) residente do segundo ano de um programa de MFC e queiraparticipar desta pesquisa, poderá responder a este questionário, que leva de 10 a 15 minutos para ser completamente respondido.

Nesta pesquisa será garantido o total sigilo das informações. Seu nome e o nome da sua instituição não serão associados ou divulgados.

Contamos com a sua preciosa contribuição para termos a oportunidade de aprimorar a formação em MFC e melhorar a qualidade do cuidado em saúde mental da nossa população!

Abaixo encontra-se o termo de consentimento livre e esclarecido para a sua apreciação. Este formulário ficará disponível até 14 de dezembro de 2020.

Seja bem vind@ à nossa pesquisa!

*** Obrigatório**

Após ler o TCLE acima e esclarecer as suas dúvidas, indique uma opção para prosseguir: *

Marcar apenas uma opção.

- Declaro que concordo com o TCLE e desejo participar desta pesquisa.
- Não desejo participar desta pesquisa.

I - Identificação

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

1. Nome *

2. Quantos anos você tem? *

3. Com qual gênero você se identifica? *

Marcar apenas uma opção.

- Homem cis
- Homem trans
- Mulher cis
- Mulher trans
- Não binário
- Prefiro não responder
- Outro: _____

Sobre a sua graduação em Medicina:

4. Em qual instituição você se graduou? *

(Se preferir, você pode colocar somente a sigla da instituição)

5. Qual foi o ano de conclusão da graduação? *

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

6. Qual a instituição da sua residência? *

(Se preferir, você pode colocar somente a sigla)

7. Qual foi o ano de ingresso na residência? *

Marcar apenas uma opção.

2019

2018

2017

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

II - Transtornos Mentais Comuns e sua abordagem

Para prosseguir no questionário, é importante que você considere a definição de Transtornos Mentais Comuns (TMC) apresentada a seguir. Os TMC, segundo a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2017), podem ser conceituados como problemas de saúde mental de intensidade leve a moderada, cujos sinais e sintomas se referem a duas principais categorias diagnósticas: (1) transtornos depressivos, incluindo depressão maior ou episódio depressivo e distímia; (2) transtornos ansiosos, incluindo transtorno de ansiedade generalizada (TAG), transtorno do pânico, fobias, transtorno da ansiedade social, transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) e transtorno de estresse pós-traumático (TEPT).

Referência: WHO. Depression and other common mental disorders: global health estimates, 2017

9. Sobre a abordagem que você realiza nos casos de TMC, responda: você utiliza intervenções psicossociais (abordagens não farmacológicas) para o manejo desses casos? *

Marcar apenas uma opção.

- Não *(Pular para a pergunta 14)*
- Sim

10. Cite a(s) intervenção(ões) psicossocial(is) (abordagens não farmacológicas) que você costuma utilizar com os pacientes que se apresentam com TMC. *

11. Com que frequência você realiza intervenções psicossociais para o manejo de pacientes com TMC? *

Considere somente as que você mesmo(a) aplica aos pacientes. Não considere encaminhamentos para outros profissionais.

Marcar apenas uma opção.

- Em poucos casos
- Em cerca de metade dos casos
- Em mais da metade dos casos
- Em todos os casos

12. Dentre os pacientes com TMC nos quais você aplica intervenções psicossociais, qual a sua percepção sobre o efeito da utilização dessas intervenções no tratamento destes seus pacientes? *

Considere somente as que você mesmo(a) aplica aos pacientes. Não considere encaminhamentos para outros profissionais.

Marcar apenas uma opção.

- Noto pouco ou nenhum efeito sobre o quadro de TMC dos pacientes.
- Noto melhora do quadro de TMC dos pacientes.
- Noto piora do quadro de TMC dos pacientes.
- Não sei se há algum efeito sobre o quadro de TMC dos pacientes.
- Percebo outro(s) efeito(s).

13. Caso tenha assinalado, no item anterior, "percebo outro(s) efeito(s)", indique qual(is):

III - As intervenções psicossociais

Nesta seção, as respostas dos próximos itens deverão ter como referência as definições apresentadas a seguir. Realize uma leitura atenta de uma descrição sumária, baseada em documentos oficiais da Organização Mundial dos Médicos de Família (WONCA, 2018, 2017), no currículo baseado em competências para MFC da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (2015) e em dois livros- texto referências da especialidade no Brasil (GONÇALVES et al., 2013; GUSSO, 2019), das seguintes intervenções psicossociais:

a) Técnicas de comunicação clínica interpessoal (habilidades clínicas interpessoais de escuta ativa e reflexiva e de apoio narrativo):

Utilização de linguagem corporal atenta (contato visual, expressões faciais e gestos que demonstrem engajamento e interesse); utilização de perguntas abertas; utilização de técnicas reflexivas (repetir, parafrasear, usar o silêncio atento e refletir sentimentos).

b) Técnicas de exploração da experiência do adoecimento e do contexto psicossocial do paciente:

Técnica "BATHE" (em inglês: Background, Affect, Trouble, Handling, Empathy; em português: contexto, afeto, efeito, manejo, empatia); técnica "ICE" (em inglês: Ideas, Concerns, Expectations; em português: ideias, preocupações, expectativas); técnica "SIFE" — Sentimentos, Ideias, Funcionalidade, Expectativas; entre outras.

c) Técnicas de resposta empática às emoções:

Técnica "NURS[E]" (em inglês: naming, understanding, respecting, supporting, [exploring]; em português: nomeando, legitimando, respeitando, oferecendo suporte, [explorando]); entre outras.

d) Psicoeducação:

Educação em saúde mental voltada ao paciente, informando e esclarecendo, sob demanda, todos os aspectos que envolvem seu problema de saúde mental, incluindo orientações sobre o sono (higiene e ciclos). Pode ser realizada face-a-face, em atividades grupais ou ainda através de material autoeducativo de apoio (livros, folhetos, sites, etc);

e) Técnicas de relaxamento físico e exercícios de respiração:

Ensino, promoção e suporte aos pacientes na prática guiada de exercícios de respiração e relaxamento muscular progressivo;

f) Técnicas de meditação guiada e/ou mindfulness:

Intervenções baseadas em meditação e/ou atenção plena, individuais ou em grupo.

g) Ativação comportamental:

Pactuação de um plano de atividades centrado no paciente que contemple, além das suas atividades diárias essenciais, a promoção do fortalecimento, retomada ou aquisição de fontes de resiliência e bem-estar, como a prática de atividades físicas, a inserção em atividades que levem ao fortalecimento da rede social e familiar de apoio, o engajamento em atividades prazerosas, como hábitos de lazer, de autocuidado, atividades religiosas/espirituais, entre outras, que possam melhorar a sensação de autoestima e autoeficácia.

h) Intervenções cognitivo-comportamentais baseadas em plataformas digitais e/ou internet:

Terapia cognitivo-comportamental "computadorizada", realizada com o uso de aplicativos ou sites de internet, em que o profissional atua somente com apoio, orientação e acompanhamento.

i) Terapia de Solução de Problemas (terapia de resolução/solução/manejo de problemas):

Intervenção de base cognitivo-comportamental que consiste em fazer com que o paciente aprenda e treine habilidades básicas de resolver problemas. Pode ser dividida em sete estágios: explicação e racionalização; definição dos problemas e focalização; estabelecimento de metas alcançáveis; levantamento de soluções; eleição de uma solução; implementação da solução, avaliação e repetição do ciclo.

j) Terapia interpessoal:

Intervenção que atua sobre a conexão entre os sintomas e os problemas interpessoais pelos quais a pessoa possa estar passando. Indicada para o manejo de problemas e sintomas ligados a relações interpessoais disfuncionais envolvendo luto, disputas, mudanças de vida e solidão ou isolamento social;

l) Entrevista motivacional:

Técnica psicoterapêutica centrada nas necessidades da pessoa e em suas experiências, que tem como objetivo principal promover a mudança de comportamento a partir do trabalho com a motivação. Composta por cinco princípios básicos: expressar empatia, desenvolver discrepância, evitar discussões, dissipar resistências e estimular a autoeficácia;

m) Técnicas de entrevista familiar:

Etapas da entrevista familiar e ferramentas de comunicação para uma abordagem sistêmica da família. Abordagem dos ciclos vitais familiares, crises familiares e violência familiar. Manejo do papel da família no processo saúde-doença e no suporte ao paciente. Pode incluir

a terapia familiar.

n) **Terapia Comunitária (terapia comunitária integrativa ou terapia comunitária sistêmica integrativa):**

Intervenção de base sistêmica realizada em grupo, apoiada na construção de redes sociais solidárias, que mobilizam os recursos e as competências dos indivíduos, das famílias e das comunidades. Espaço de partilha e comunhão de experiências de vida, saberes, desafios, dificuldades, sofrimentos, dores, conflitos, problemas, autossoluções e aprendizagens.

REFERÊNCIAS:

GONÇALVES, D. A. et al. Intervenções Psicossociais na Atenção Primária à Saúde. In: DUNCAN, B.B. et al. Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4.ed. Porto Alegre: Artmed, 2013. p. 98-106.

GUSSO G.; LOPES, J. M. C. (Org.). Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed, 2012.

SBMFC – Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Currículo baseado em competências para Medicina de Família e Comunidade; 2015.

WONCA – World Organization of Family Doctors. Core competencies of family doctors in primary mental health care. 2018.

WONCA — World Organization Of Family Doctors. Working party for mental health guidance paper: Family doctors' role in providing non-drug interventions (NDIs) for common mental health disorders in primary care. 2017

14. Se você já conhecia alguma das intervenções psicossociais descritas acima, assinale aquela(s) que você conhece. *

Marque todas que se aplicam.

- Técnicas de comunicação clínica interpessoal (habilidades clínicas interpessoais de escuta ativa e reflexiva e de apoio narrativo).
- Técnicas de exploração da experiência do adoecimento e do contexto psicossocial do paciente
- Técnicas de resposta empática às emoções.
- Psicoeducação .
- Técnicas de relaxamento físico.
- Técnicas de meditação guiada e/ou mindfulness.
- Ativação comportamental.
- Intervenções cognitivo-comportamentais baseadas em plataformas digitais e/ou

internet.

- Terapia de Solução de Problemas (terapia de resolução/solução/manejo de problemas).
- Terapia interpessoal.
- Entrevista motivacional .
- Técnicas de entrevista familiar.
- Terapia Comunitária (terapia comunitária integrativa ou terapia comunitária sistêmica integrativa).
- Não conhecia nenhuma das intervenções descritas acima para abordagem de TMC.

15. Se você conhece alguma outra intervenção psicossocial para abordagem de TMC, que não esteja descrita acima e que você não tenha citado na seção anterior do questionário, pode citar agora:
-
-

16. Se você utiliza na sua prática clínica alguma das intervenções psicossociais descritas acima para abordagem de pacientes com TMC, assinale aquela(s) que você utiliza: *

Considere somente as técnicas que você mesmo(a) aplica aos pacientes. Se você não utiliza nenhuma, por favor marque a última opção.

Marque todas que se aplicam.

- Técnicas de comunicação clínica interpessoal (habilidades clínicas interpessoais de escuta ativa e reflexiva e de apoio narrativo).
- Técnicas de exploração da experiência do adoecimento e do contexto psicossocial do paciente
- Técnicas de resposta empática às emoções.
- Psicoeducação .
- Técnicas de relaxamento físico.
- Técnicas de meditação guiada e/ou mindfulness.
- Ativação comportamental.
- Intervenções cognitivo-comportamentais baseadas em plataformas digitais e/ou internet.
- Terapia de Solução de Problemas (terapia de resolução/solução/manejo de problemas).
- Terapia interpessoal.
-

- Entrevista motivacional .
Técnicas de entrevista familiar.
- Terapia Comunitária (terapia comunitária integrativa ou terapia comunitária sistêmica integrativa).
- Não utilizo nenhuma das intervenções descritas acima para abordagem de TMC.

17. Se houver alguma intervenção psicossocial, dentre as descritas acima, que você assinalou que **conhece**, mas **não utiliza** na sua prática para abordagem de TMC, assinale um ou mais motivos que melhor justifiquem o fato de, apesar de conhecê-la(s), não utilizá-la(s):

Marque todas que se aplicam.

- Não me sinto preparado, com formação adequada, para aplicá-la(s).
- Meu processo de trabalho inviabiliza a utilização dessa(s) intervenção(ões).
- Acredito que ela(s) tem pouca ou nenhuma eficácia.
- Os pacientes preferem outras abordagens
- Outro(s) motivo(s)

18. Se você assinalou "outro(s) motivo(s)" no item anterior, por favor, indique qual(is):

19. Dentre as intervenções psicossociais que você utiliza em sua prática, há alguma em que você sente dificuldade para utilizar?

Se você não utiliza nenhuma intervenção psicossocial, passe para o item 22

Marcar apenas uma opção.

- Sim
- Não

20. Se você assinalou "sim" no item anterior, assinale um ou mais motivos que contribuem para sua dificuldade em utilizar alguma intervenção psicossocial:

Marque todas que se aplicam.

- Tenho pouco conhecimento teórico sobre essa(s) intervenção(ões).
- Tenho pouca habilidade prática para essa(s) intervenção(s).
- Apesar de conhecer bem a teoria, tenho pouca habilidade prática para essa(s) intervenção(ões).
- O processo de trabalho dificulta a utilização dessa(s) intervenção(ões).
- Os pacientes preferem outras abordagens.
- Outro(s) motivo(s)

21. Se você assinalou "outro(s) motivo(s)" no item anterior, por favor, indique qual(is):

Você pode, se desejar, comentar ou justificar a escolha das outras opções do item anterior.

22. Para responder aos itens "a)" a "n)" abaixo, considere os seguintes níveis de competência:

- 1 - Não sei como fazer ou não conheço.
- 2 - Novato (sei como fazer, mas não tenho experiência prática).
- 3 - Iniciante (sei como fazer, mas tenho pouca experiência prática).
- 4 - Competente (tenho experiência prática significativa).
- 5 - Proficiente (tenho habilidades avançadas).

A seguir, para cada intervenção apresentada abaixo, selecione o nível de competência que melhor descreve a sua habilidade na utilização dessas intervenções:

a) Técnicas de comunicação clínica interpessoal (habilidades clínicas interpessoais de escuta ativa e reflexiva e de apoio narrativo): *

Marcar apenas uma opção.

- Não sei como fazer ou não conheço
- Novato (sei como fazer, mas não tenho experiência prática)
- Iniciante (sei como fazer, mas tenho pouca experiência prática)
- Competente (tenho experiência prática significativa)
- Proficiente (tenho habilidades avançadas)

b) Técnicas de exploração da experiência do adoecimento e do contexto psicossocial do paciente *

Marcar apenas uma opção.

- Não sei como fazer ou não conheço
- Novato (sei como fazer, mas não tenho experiência prática)
- Iniciante (sei como fazer, mas tenho pouca experiência prática)
- Competente (tenho experiência prática significativa)
- Proficiente (tenho habilidades avançadas)

c) Técnicas de resposta empática às emoções: *

Marcar apenas uma opção.

- Não sei como fazer ou não conheço
- Novato (sei como fazer, mas não tenho experiência prática)
- Iniciante (sei como fazer, mas tenho pouca experiência prática)
- Competente (tenho experiência prática significativa)
- Proficiente (tenho habilidades avançadas)

d) Psicoeducação: *

Marcar apenas uma opção.

- Não sei como fazer ou não conheço
- Novato (sei como fazer, mas não tenho experiência prática)
- Iniciante (sei como fazer, mas tenho pouca experiência prática)
- Competente (tenho experiência prática significativa)
- Proficiente (tenho habilidades avançadas)

e) Técnicas de relaxamento físico: *

Marcar apenas uma opção.

- Não sei como fazer ou não conheço
- Novato (sei como fazer, mas não tenho experiência prática)
- Iniciante (sei como fazer, mas tenho pouca experiência prática)
- Competente (tenho experiência prática significativa)
- Proficiente (tenho habilidades avançadas)

f) Técnicas de meditação guiada e/ou mindfulness: *

Marcar apenas uma opção.

- Não sei como fazer ou não conheço
- Novato (sei como fazer, mas não tenho experiência prática)
- Iniciante (sei como fazer, mas tenho pouca experiência prática)
- Competente (tenho experiência prática significativa)
- Proficiente (tenho habilidades avançadas)

h) Intervenções cognitivo-comportamentais baseadas em plataformas digitais e/ou internet: *

Marcar apenas uma opção.

- Não sei como fazer ou não conheço
- Novato (sei como fazer, mas não tenho experiência prática)
- Iniciante (sei como fazer, mas tenho pouca experiência prática)
- Competente (tenho experiência prática significativa)
- Proficiente (tenho habilidades avançadas)

i) Terapia de Solução de Problemas (terapia de resolução/solução/manejo de problemas): *

Marcar apenas uma opção.

- Não sei como fazer ou não conheço
- Novato (sei como fazer, mas não tenho experiência prática)
- Iniciante (sei como fazer, mas tenho pouca experiência prática)
- Competente (tenho experiência prática significativa)
- Proficiente (tenho habilidades avançadas)

j) Terapia interpessoal: *

Marcar apenas uma opção.

- Não sei como fazer ou não conheço
- Novato (sei como fazer, mas não tenho experiência prática)
- Iniciante (sei como fazer, mas tenho pouca experiência prática)
- Competente (tenho experiência prática significativa)
- Proficiente (tenho habilidades avançadas)

l) Entrevista motivacional: *

Marcar apenas uma opção.

- Não sei como fazer ou não conheço
- Novato (sei como fazer, mas não tenho experiência prática)
- Iniciante (sei como fazer, mas tenho pouca experiência prática)
- Competente (tenho experiência prática significativa)
-

Proficiente (tenho habilidades avançadas)

m) Técnicas de entrevista familiar. *

Marcar apenas uma opção.

- Não sei como fazer ou não conheço
- Novato (sei como fazer, mas não tenho experiência prática)
- Iniciante (sei como fazer, mas tenho pouca experiência prática)
- Competente (tenho experiência prática significativa)
- Proficiente (tenho habilidades avançadas)

n) Terapia Comunitária (terapia comunitária integrativa ou terapia comunitária sistêmica integrativa): *

Marcar apenas uma opção.

- Não sei como fazer ou não conheço
- Novato (sei como fazer, mas não tenho experiência prática)
- Iniciante (sei como fazer, mas tenho pouca experiência prática)
- Competente (tenho experiência prática significativa)
- Proficiente (tenho habilidades avançadas)

23. Assinale uma ou mais alternativas que descrevem os meios que mais contribuíram para o seu aprendizado sobre intervenções psicossociais para abordagem TMC: *

Marque todas que se aplicam.

- Método autoinstrucional (sozinho).
- Aulas teóricas na graduação.
- Aulas teóricas na residência.
- Palestras em congressos.
- Oficinas em congressos.
- Treinamento em laboratório de habilidades na graduação.
- Treinamento em laboratório de habilidades na residência.
- Prática clínica supervisionada na graduação (em serviço, com o auxílio de um

- preceptor).
- Prática clínica supervisionada na residência (em serviço, com o auxílio de um preceptor).
- Cursos teórico-práticos de curta duração, fora da residência.
- Matriciamento com profissionais de saúde mental
- Outro: _____

24. Falando especificamente da sua residência em MFC, assinale a alternativa que melhor descreve como você avalia a contribuição da residência para a sua aquisição de conhecimentos e habilidades em intervenções psicossociais para abordagem de TMC. *

Marcar apenas uma opção.

- Nenhuma contribuição.
- Pouca contribuição.
- Contribuição suficiente.
- Ótima contribuição.

25. Caso deseje, você pode comentar ou justificar aqui a sua resposta ao item anterior.

26. Assinale uma ou mais intervenções psicossociais, dentre as descritas abaixo, sobre a(s) qual(is) você gostaria de ter mais capacitação: *

Marque todas que se aplicam.

- Técnicas de comunicação clínica interpessoal (habilidades clínicas interpessoais de escuta ativa e reflexiva e de apoio narrativo).
- Técnicas de exploração da experiência do adoecimento e do contexto psicossocial do paciente
- Técnicas de resposta empática às emoções.
- Psicoeducação .
- Técnicas de relaxamento físico.
- Técnicas de meditação guiada e/ou mindfulness.
-

Ativação comportamental.

- Intervenções cognitivo-comportamentais baseadas em plataformas digitais e/ou internet.
- Terapia de Solução de Problemas (terapia de resolução/solução/manejo de problemas).
- Terapia interpessoal.
- Entrevista motivacional .
- Técnicas de entrevista familiar.
- Terapia Comunitária (terapia comunitária integrativa ou terapia comunitária sistêmica integrativa).

27. Caso deseje, você pode comentar ou justificar aqui a sua resposta ao item anterior.

28. Agradecemos a sua contribuição nesta pesquisa! Caso deseje receber futuramente informações sobre este estudo, deixe aqui o seu e-mail!

ANEXO I – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da UFJF



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Intervenções psicossociais para Transtornos Mentais Comuns: percepções e demandas formativas na Medicina de Família e Comunidade

Pesquisador: FLAVIANO D M MENDES

Área Temática:

Versão: 5

CAAE: 29905220.4.0000.5147

Instituição Proponente: NATES - NÚCLEO DE ACESSORIA, TREINAMENTO E ESTUDOS EM SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.314.462

Apresentação do Projeto:

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.

"Estudo descritivo de abordagens qualitativa e quantitativa. A população do estudo será composta por médicos residentes do segundo ano (R2) de programas de residência em Medicina de Família e Comunidade (MFC) do Brasil. O componente quantitativo buscará coletar e analisar dados obtidos pela aplicação de um questionário semiestruturado direcionado a um universo total estimado de 3.587 residentes. O componente qualitativo

utilizará como método de coleta de dados a técnica de grupo focal (GF). Serão realizados, pelo menos, três grupos focais, os quais contarão com a participação de médicos residentes de MFC, do segundo ano do curso, representantes de três programas de residência participantes da pesquisa, escolhidos aleatoriamente. Cada GF representará um dos três programas, com a participação de 4 a 12 residentes (KRUEGER, 2008), definindo

uma amostra de 12 a 36 participantes. Os grupos focais serão realizados nas dependências das instituições cujos programas aceitarem participar da pesquisa."

Objetivo da Pesquisa:

"Objetivo Primário: Analisar as percepções e demandas formativas de médicos residentes do segundo ano de Medicina de Família e Comunidade do estado de Minas Gerais em torno do uso de

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
 Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA
 Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 4.314.462

intervenções psicossociais na abordagem a Transtornos Mentais Comuns.".

"Objetivo Secundário: • Identificar aspectos do perfil sociodemográfico dos residentes e analisar se eles conhecem, utilizam e como utilizam ferramentas de intervenção psicossocial na abordagem a Transtornos Mentais Comuns. • Explorar as percepções dos residentes sobre os aspectos práticos do uso de intervenções psicossociais na abordagem a Transtornos Mentais Comuns em seu cenário de atuação. • Analisar como os participantes avaliam a influência de sua formação profissional no desenvolvimento de competências em intervenções psicossociais para a abordagem a Transtornos Mentais Comuns. • Identificar quais as demandas formativas percebidas pelos residentes em relação à aplicação de intervenções psicossociais na abordagem a Transtornos Mentais Comuns.".

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Risco mínimo inerente a qualquer pesquisa envolvendo seres humanos, por exemplo, constrangimento, desconforto ou cansaço durante a aplicação do questionário ou durante a participação nos grupos focais. Há também o risco de identificação das respostas, das falas dos participantes e das instituições às quais estejam vinculados. Para a minimização desses riscos, será garantido o anonimato, com padrões profissionais de sigilo sobre a identificação e dados dos participantes, atendendo a legislação brasileira em vigor. As informações relacionadas ao estudo somente poderão ser acessadas pelos pesquisadores e serão utilizadas somente para os fins acadêmicos e científicos. Qualquer informação divulgada em relatório ou publicação não aparecerá com o nome do participante ou o nome da respectiva instituição, sendo a identificação feita de forma codificada, para que a identidade seja preservada e mantida a confidencialidade. Apesar disso, se houver algum problema causado aos participantes por atividades relacionadas à pesquisa, além do direito a indenização, será oferecida a assistência integral e gratuita devido a danos imediatos ou tardios, diretos ou indiretos, que será prestada pelo tempo que for necessário, assegurada pelo pesquisador responsável e pela legislação em vigor. • Ser um espaço aberto e imparcial para os médicos residentes relatarem suas experiências tanto de atuação profissional quanto de seu processo aprendizagem acerca de um tema que se encontra em evidência nas discussões globais sobre Saúde. • Apresentação de um diagnóstico situacional de como tem sido percebido por especialistas em formação na Medicina de Família e Comunidade o uso de intervenções psicossociais na abordagem a Transtornos Mentais Comuns. • Identificar demandas formativas para, através delas, elaborar propostas para o aprimoramento dos processos formativos na Medicina de Família e Comunidade. • Contribuir para melhorar a qualidade da atenção à Saúde Mental na Atenção Básica.

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
 Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA
 Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 4.314.462

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem estruturado, delineado e fundamentado, sustenta os objetivos do estudo em sua metodologia de forma clara e objetiva, e se apresenta em consonância com os princípios éticos norteadores da ética na pesquisa científica envolvendo seres humanos elencados na resolução 466/12 do CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo de pesquisa está em configuração adequada, apresenta FOLHA DE ROSTO devidamente preenchida, com o título em português, identifica o patrocinador pela pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra a; e 3.4.1 item 16. Apresenta o TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO em linguagem clara para compreensão dos participantes, apresenta justificativa e objetivo, campo para identificação do participante, descreve de forma suficiente os procedimentos, informa que uma das vias do TCLE será entregue aos participantes, assegura a liberdade do participante recusar ou retirar o consentimento sem penalidades, garante sigilo e anonimato, explicita riscos e desconfortos esperados, ressarcimento com as despesas, indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, contato do pesquisador e do CEP e informa que os dados da pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador pelo período de cinco anos, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466 de 2012, itens: IV letra b; IV.3 letras a, b, d, e, f, g e h; IV. 5 letra d e XI.2 letra f. Apresenta o INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS de forma pertinente aos objetivos delineados e preserva os participantes da pesquisa. O Pesquisador apresenta titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas no Manual Operacional para CPES. Apresenta DECLARAÇÃO de infraestrutura e de concordância com a realização da pesquisa de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra h.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Trata-se de emenda a projeto já anteriormente aprovado, que propõe a ampliação do número de participantes mediante a seguinte justificativa em que se informa genericamente sobre essa expansão da amostra: "Dada a boa aceitação e o bom resultado obtido na realização do pré-teste do questionário, considerando o contexto atual da pandemia de Covid-19, que contribui para um aumento do engajamento e interação social por meios virtuais e considerando também a boa relação da equipe de pesquisa

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
 Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA
 Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@uff.edu.br



Continuação do Parecer: 4.314.462

com a atual direção da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade e, assim, o potencial apoio desta instituição na divulgação do questionário, optamos por ampliar a amostra da pesquisa". O que vem à tramitação é uma emenda que introduz alteração devidamente justificada sem modificação substancial na estrutura do projeto.

Diante do exposto, a emenda ao projeto está aprovada, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS. Data prevista para o término da pesquisa: março de 2021.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12 e com a Norma Operacional Nº001/2013 CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO a emenda ao protocolo de pesquisa proposto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1615349_E1.pdf	29/09/2020 17:42:57		Aceito
Folha de Rosto	FolhaDeRosto_flaviano_2.pdf	29/09/2020 17:41:41	FLAVIANO D M MENDES	Aceito
Outros	apendices_instrumentos_de_coleta_CEP_Flaviano_Mendes_versao_corrigida_3.docx	21/08/2020 09:35:23	FLAVIANO D M MENDES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_CEP_Flaviano_Mendes_versao_corrigida_3.docx	21/08/2020 09:34:49	FLAVIANO D M MENDES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_questionario_Flaviano_Mendes_versao_corrigida_3.docx	21/08/2020 09:31:10	FLAVIANO D M MENDES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_grupo_focal_Flaviano_Mendes_versao_corrigida_2.docx	13/05/2020 17:23:55	FLAVIANO D M MENDES	Aceito
Declaração de Instituição e	autorizacaoUFV.pdf	11/03/2020 11:58:58	FLAVIANO D M MENDES	Aceito

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
 Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA
 Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 4.314.462

Infraestrutura	autorizacaoUFV.pdf	11/03/2020 11:58:58	FLAVIANO D M MENDES	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AutorizacaoUFOP.pdf	11/03/2020 11:49:13	FLAVIANO D M MENDES	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AutorizacaoHMOB.pdf	11/03/2020 11:49:01	FLAVIANO D M MENDES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JUIZ DE FORA, 01 de Outubro de 2020

Assinado por:
Jubel Barreto
(Coordenador(a))