

Repertório não farmacológico para o manejo do Transtorno Mental Comum: experiências médicas na Atenção Primária à Saúde

Non pharmacological approaches for Common Mental Disorders: medical experiences in Primary Health Care

(abstract: p. 19)

Repertorio no farmacológico para el manejo del Trastorno Mental Común: experiencias médicas en la Atención Primaria de la Salud

(resumen: p. 19)

Victoria Petenati da Rovare^(a)

<vp.rovare@unesp.br> 

Eliana Goldfarb Cyrino^(b)

<eliana.goldfarb@unesp.br> 

Dulcian Medeiros Azevedo^(c)

<dulcianmedeiros@uern.br> 

Tiago Rocha Pinto^(d)

<tiago.pinto@unesp.br> 

^(a, b, d) Departamento de Saúde Pública, Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista. Avenida Professor Mário Rubens Guimarães Montenegro, s/n., Distrito de Rubião Jr. Botucatu, SP, Brasil. CEP: 18618-970.

^(c) Departamento de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio Grande do Norte. Caicó, RN, Brasil.

Transtornos Mentais Comuns (TMC) são prevalentes na Atenção Primária à Saúde (APS), resultado de sofrimento psíquico e determinantes sociais, econômicos, familiares e individuais. Manifestam-se com sintomas mentais e físicos, impactando a saúde e a qualidade de vida. Esta pesquisa buscou analisar o repertório não farmacológico de médicos da APS no manejo do TMC. Trata-se de estudo qualitativo, analítico e exploratório que utilizou entrevistas semiestruturadas com médicos da APS de um município do interior de São Paulo. Análise temática dos dados revelou que a abordagem médica tende à medicalização do sofrimento e à insuficiência dos serviços. A falta de tempo e de capacitação e a distância com equipes complementares contribuem para o uso excessivo de psicotrópicos, filas para encaminhamentos e baixa resolutividade. É crucial a capacitação contínua, por meio de apoios matricial e institucional, para fomentar o uso de intervenções psicossociais eficazes e acessíveis.

Palavras-chave: Saúde Mental. Integralidade em saúde. Intervenção psicossocial. Atenção Primária à Saúde.

Introdução

Uma em cada quatro pessoas que procuram a Atenção Primária à Saúde (APS) tem algum transtorno mental segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID-10)¹ e, quando incluimos também as que têm um sofrimento mental abaixo do limiar diagnóstico, a proporção chega a uma pessoa em sofrimento a cada duas². Além disso, as demandas por problemas relacionados à saúde mental vêm aumentando ainda mais após a pandemia da Covid-19^{3,4}, com impacto na organização dos serviços.

As formas de expressão do sofrimento na APS nem sempre são facilmente categorizadas como doenças e, no contexto social, é comum a dor somática ser uma forma culturalmente aceita de manifestação e legitimação do sofrimento^{2,5}. As apresentações podem incluir alterações mentais (nervosismo, ansiedade, tristeza, compulsões, etc.), do sono, cansaço e sintomas físicos difusos. Podem também precipitar ou agravar outras doenças, como síndromes álgicas, diabetes, hipertensão; e doenças cardíacas, gastrointestinais, de pele, alérgicas, autoimunes e outras⁶.

Não há clara definição do que é patológico e as formas de apresentação são diversas e complexas demais para caberem em poucas categorias diagnósticas. Essas formas de expressão do sofrimento repercutem na saúde geral; na adesão a tratamentos; no autocuidado; e no desempenho das funções sociais e laborais, estando fortemente associados à determinação social da saúde. Podem se agravar ao longo do tempo e têm impacto mesmo quando os sintomas são insuficientes para diagnósticos por critérios padronizados⁷.

A psiquiatria biomédica categoriza apresentações do sofrimento psíquico de acordo com manuais diagnósticos, procurando sinais e sintomas isolados do seu contexto, em vez das suas correlações e significações⁸. O modelo dimensional de classificação denominado Transtornos Mentais Comuns (TMC)⁹, em oposição ao modelo categorial, foi descrito visando compreender o *continuum* das síndromes e a comorbidade entre adoecimentos psiquiátricos não psicóticos e clínicos frequente nos serviços, propondo três eixos correlacionados correspondendo a ansiedade, depressão e somatização.

Este artigo utiliza a terminologia TMC, dada a necessidade de atenção do público médico ao conjunto heterogêneo de adoecimentos psicossociais. Nos serviços da APS brasileira, é recorrente que as pessoas sejam direcionadas para consulta médica pela frequente presença de sintomas somáticos e por muitos dos profissionais não se sentirem capacitados para o cuidado em saúde mental⁷. Apesar disso, entende-se que o termo “transtorno” pode produzir excessiva patologização e medicalização do sofrimento, o que já é prevalente¹⁰. É visando à redução dessa tendência que o artigo tratará do repertório de intervenções médicas não farmacológicas para tais adoecimentos.

É necessário que a APS possa abordar de forma eficiente o sofrimento em suas variadas formas, priorizando o cuidado integral e a promoção da saúde. Sabe-se que os TMC nem sempre são identificados e muitas vezes são minimizados ou negligenciados

pelos profissionais¹¹. Outras tantas vezes caem sob a racionalidade hegemônica altamente medicalizante^{10,12}. A implantação da Reforma Psiquiátrica incorporou a psiquiatria de base biomédica e, apesar de ter permitido a inserção de terapias não medicamentosas nas Redes de Atenção Psicossocial, o tratamento medicamentoso continua predominante e aumentou⁸, sendo descrita na APS prevalência de uso de psicofármacos de até 53%¹³.

Apesar de prevalente, cada vez mais a terapia psicofarmacológica se mostra insuficiente e até deletéria. Nos sintomas depressivos, medicamentos rotineiramente prescritos têm pouca efetividade para casos leves e moderados, apresentando maior efeito nos casos graves¹⁴. Ademais, podem ocorrer sintomas de retirada e cronificação do uso¹⁵, o que torna sua relação risco-benefício frequentemente ruim^{14,15}. Evidências apontam em direção à redução do uso dos psicofármacos em diversas situações clínicas, relativizando a hegemonia psiquiátrica biomédica a partir de evidências da sua relação com bases fisiopatológicas frouxas e com a indústria farmacêutica. Pesquisadores como a psiquiatra britânica Joanna Moncrieff, o jornalista americano Robert Whitaker e o psiquiatra brasileiro Paulo Amarante são divulgadores da ciência que embasa a desmedicalização do cuidado em saúde mental¹⁶.

Cientes da importância de abordar os TMC e das relações diretas com o ser individual e social, é preciso dispor de diferentes recursos que podem beneficiar pacientes em suas singularidades. Ao profissional médico da APS, além da formação generalista comum, cabe a ampliação do repertório terapêutico de forma a trabalhar os determinantes do processo saúde-doença e fazer escolhas terapêuticas baseadas em evidências¹⁷⁻¹⁹.

A abordagem dos TMC deve ser vista como prioridade pelos serviços da APS; como necessidade de adaptação às mudanças das dinâmicas da vida moderna; como forma de prevenção de doenças mentais e que geram incapacidade; e como forma de promoção de saúde psicossocial integral². As diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental consistem na priorização da implantação de serviços e ações de saúde mental de base comunitária, capazes de atender com resolutividade e que atuem em rede de forma humanizada e integral². Reitera-se a importância de ampliar estratégias custo-efetivas e viáveis, utilizando tecnologias leves e leve-duras^{6,12}.

Tratamentos devem ser decididos de forma compartilhada; ter a menor possibilidade de efeitos adversos e interações; e ter maiores possíveis benefícios, fazendo parte de uma abordagem que busque a compreensão do indivíduo, seu empoderamento e autonomia². Intervenções não farmacológicas (ou seja, não psicotrópicas) são aplicáveis e potencialmente benéficas, configurando-se como alternativas viáveis à sobremedicalização. Muitas são citadas em textos norteadores do cuidado em saúde mental no nível primário, mas frequentemente estão ausentes das formações médicas tradicionais^{14,18-22}.

Dado o panorama da medicalização do sofrimento, alta demanda e necessidade de ofertas de cuidado psicossocial na APS, este estudo buscou avaliar a situação atual do cuidado médico em saúde mental na APS, com foco na análise do repertório não farmacológico de médicos da APS no manejo do TMC.

Metodologia

Trata-se de um estudo qualitativo, analítico, exploratório e desenvolvido a partir do diagnóstico das práticas médicas na abordagem ao TMC na APS. As informações foram obtidas por meio de entrevistas semiestruturadas, realizadas com médicos em seu local de trabalho – unidades de Atenção Primária. O município onde se deu o estudo tem uma diversidade de serviços e profissionais que possibilita a exploração das abordagens não farmacológicas; e uma APS que pode representar a realidade brasileira por suas características.

A amostra foi escolhida de forma intencional²³, incluindo médicos atuantes nos diferentes modelos de APS do município, Estratégia de Saúde da Família (ESF), Equipes de Atenção Primária (EAP) e Centros de Saúde Escola (CSE) em diferentes regiões (central, periféricas e zona rural). Os profissionais convidados foram indicados em diálogos com dois coordenadores da APS, médico e enfermeiro, um vinculado à Secretaria Municipal de Saúde e outro, à organização gestora das ESF. Procurou-se para a seleção dos participantes obter uma diversidade no tempo de formação e atuação na APS, de gênero, de idade e de formações complementares.

Para tanto, foi realizado contato individual prévio com os participantes via mensagem, verificando o interesse em participar da pesquisa. Ao aceitar a participação, era agendada a visita da pesquisadora à unidade de saúde para a realização da entrevista com o profissional. Todas as entrevistas ocorreram no consultório do médico, durante seu período de trabalho, e iniciaram-se com a explicação sobre a pesquisa e solicitação da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O roteiro das entrevistas consistiu em três partes, sendo a primeira um questionário sociodemográfico com questões fechadas relevantes à caracterização da amostra. A segunda parte consistiu na apresentação de uma definição de TMC, seguida de questões abertas sobre as abordagens a estes praticadas pelo profissional. Na terceira parte, definiu-se o conjunto das intervenções psicossociais chamado “intervenções psicossociais”, que apresentou uma categorização deste conjunto produzida com base na pesquisa de Mendes¹⁹ com residentes de Medicina de Família e Comunidade e em intervenções citadas em textos de grande repercussão^{14,18,22}, com o intuito de organizar o universo considerado, sendo feitas perguntas abertas sobre as intervenções.

As entrevistas tiveram duração média de trinta minutos, foram gravadas em áudio e transcritas integralmente, sendo o material da análise qualitativa. Deu-se a interrupção da coleta quando foi atingida a diversidade, o aprofundamento e a abrangência nos temas pretendidos; e quando as entrevistas concluídas não trouxeram novos dados^{24,25}, totalizando seis participantes.

As informações foram obtidas nos meses de setembro a dezembro de 2023 e analisadas por meio da descrição objetiva e sistemática e da interpretação, utilizando a Análise de Conteúdo na modalidade Temática. Assim, após leitura flutuante das transcrições, os conteúdos foram organizados em núcleos de significação e sentido; confrontados; organizados; e classificados em categorias analíticas, de forma a produzir a reflexão conceitual e inferências interpretativas, descrevendo generalidades e particularidades articuladas às percepções da realidade estudada e às referências teóricas^{24,26}.

Foram determinadas sete categorias analíticas a partir do conteúdo das entrevistas, havendo repetições frequentes das unidades de registro. A amostragem foi encerrada com cerca de 10% do total de médicos, valor flutuante estimado a partir dos referidos diálogos com coordenadores da APS. Considerou-se homogeneidade da amostra em relação às condições de atuação na rede básica por tratar-se de estudo em um único município e predominância da formação não especialista.

Na discussão dos temas obtidos se produz o panorama da abordagem médica aos TMC na APS no município. Dessa forma, “a análise de conteúdo tenta compreender os jogadores ou o ambiente do jogo num momento determinado, com o contributo das partes observáveis”²⁶ (p. 43), sendo esse substrato para o desenvolvimento de reflexões o que possibilita o aprimoramento real da prática.

A participação na pesquisa foi voluntária e o sigilo foi preservado no processamento dos dados e na análise dos resultados, mantendo-se o anonimato das respostas utilizando o sistema alfanumérico para identificação dos participantes e excluindo dados que pudessem identificá-lo. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (6.500.245/2023) e são seguidas as resoluções n. 466/2012 e n. 510/2016.

Resultados e discussão

Entre os participantes, a proporção entre gêneros masculino e feminino foi de 1:1. Os entrevistados eram dois de EAP, três de ESF e 1 de CSE, sendo um médico de cobertura. Entre as formações complementares, não foram entrevistados especialistas em Medicina de Família e Comunidade, situação que é representativa da realidade brasileira conforme descrito por Anderson e Savassi²⁷, em que o número de médicos de Família e Comunidade está muito aquém do necessário para as equipes de APS.

A idade dos entrevistados variou de 29 a 64 anos e o tempo de atuação na APS, de dois até 40 anos. Em relação ao tempo de trabalho na Unidade de Saúde, também houve grande heterogeneidade, variando de nove dias até 24 anos. Dois entrevistados cursaram pós-graduação em Saúde da Família no Programa Mais Médicos, e um é médico sanitário.

As informações obtidas, no que correspondem às práticas médicas na APS ao abordar os TMC, possibilitaram a organização de três categorias analíticas: acesso e organização do cuidado; relação entre médico e equipes multidisciplinares; e uso de abordagens psicossociais. Discute-se a seguir sobre a prática, contrapondo-a às possíveis diferenças de outras localidades e confrontando-as com os referenciais teóricos adotados.

Acesso e organização do cuidado

Identificou-se alta demanda por consultas médicas por questões relacionadas à saúde mental, em concordância com as tendências descritas no Brasil e no mundo^{2,4}, em uma maioria de serviços de saúde com procura maior que a oferta. Os médicos descrevem que, dado o alto fluxo das unidades, há uma limitação de tempo, o que

prejudica o cuidado integral às pessoas com TMC; e concordam com a necessidade de consultas mais longas e retornos.

A demanda por profissionais de saúde mental na APS – equipes multiprofissionais complementares (eMulti), no município – é maior do que a capacidade das equipes, gerando tempo de espera elevado. Por não ser possível oferecer atendimento especializado a boa parte deles, esses pacientes permanecem no limbo da atenção à saúde mental, já que as equipes de referência também não têm ações direcionadas.

Eu diria que, assim, Transtorno Mental Comum, é muito difícil eu atender um paciente que não tenha algum, né? Pode ser que às vezes ele não se enquadre exatamente, ele não fecha um critério para ser um episódio depressivo, ou um transtorno de ansiedade. Mas assim, eu diria que quase todos os meus pacientes, eles têm Transtorno Mental Comum. Em algum espectro, né? (E5)

Do ponto de vista de que esses pacientes demandam mais tempo, demandam uma consulta mais demorada, mais culta, mais qualificada, e a organização na questão de a gente atender um excesso de extras desnecessariamente, que prejudicam essa possibilidade de atenção. (E2)

Nesse cenário, os médicos, em sua maioria, referem dificuldades na relação com os indivíduos com TMC, pelas limitações de tempo e recursos e pela percepção de baixa adesão às intervenções que são propostas individualmente. Metade dos entrevistados relata insatisfação e sensação de pouca ou nenhuma resolutividade no cuidado aos seus pacientes com TMC, e a outra metade sente-se satisfeita com a prática.

Eu acho que eu faço o melhor que eu posso, mas eu acho que eu não consigo resolver a grande maioria, nem ajudar. (E1)

A gente não consegue ofertar para o paciente muitas coisas que seriam fundamentais para trabalhar esses Transtornos Mentais Comuns. (E5)

Entre os profissionais que relatam maior satisfação, foi observada maior afinidade pessoal com o cuidado em saúde mental e diversidade de intervenções utilizadas.

Eu acho que sim, eu consigo manejar bastante coisa aqui e eu sei perceber o que eu não vou conseguir manejar, e aí eu sei que o que eu não vou conseguir manejar, eu vou ter que mandar para frente. Mas a maioria eu consigo manejar até que relativamente bem. (E3)

O médico, enquanto realizador de maior volume de atendimentos em que há TMC e em geral responsável por encaminhamentos dos pacientes pela rede, tem papel relevante na utilização dos recursos disponíveis. De acordo com especificidades do território; ofertas e equipamentos locais; presença e formato das equipes

complementares; e conhecimento prévio, preferências e reconhecimento dos fluxos por parte do médico da APS, este coordena o cuidado por meio dos dispositivos, profissionais e níveis de atenção¹⁸.

Os médicos participantes relatam nos TMC principalmente a utilização de medicações (psicotrópicos) disponíveis gratuitamente nas unidades, mas falam também sobre a necessidade de outros psicotrópicos e uso de fitoterápicos. Conforme discutido por Faria e Guerrini¹² e Perrusi⁸, a APS prioriza a intervenção medicamentosa em detrimento das demais à medida que dá mais acesso a ela, influenciada pela racionalidade biomédica e a retroalimentando.

A princípio, se a pessoa tem mais sintomas ansiosos e de insônia, eu opto pelos noturnos que tem de graça. (E1)

É claro, a gente vive aqui no posto uma realidade que os pacientes muitas vezes não têm condição financeira de comprar medicação, então a gente também tem essa questão dessa realidade que é importante de a gente pontuar. Então, claro, vamos dizer assim, muito paciente meu acaba fazendo uso realmente de uma fluoxetina, de uma sertralina, ou de antidepressivo tricíclico, uma amitriptilina, nortriptilina, mas eu, na prática, não uso só isso assim de medicação, né? Tem alguns pacientes também que têm condição financeira às vezes de comprar alguns fitoterápicos que eu passo. (E5)

A partir de 2010, após a Portaria do Ministério da Saúde n. 886, que instituiu a Farmácia Viva no Sistema Único de Saúde²⁸, diversos municípios passaram a possuir a dispensação de fitoterápicos, alguns úteis às situações dos TMC. No município estudado, assim como é no país, há iniciativas pontuais de disponibilização de fitoterápicos para a população, porém, não há acesso para todos. Quanto aos psicofármacos, dada a sua importância no tratamento de diversos transtornos mentais graves e outras comorbidades, são ampla e uniformemente disponíveis nas farmácias da APS²⁹. Porém, considerando a importância dos TMC e sua baixa resposta aos psicofármacos¹⁴, é necessária a ampliação das iniciativas que promovem o acesso a recursos diversificados, mais eficazes e possivelmente de custo mais baixo.

Os entrevistados concordam com o uso de Práticas Integrativas e Complementares (PICs) nos TMC, havendo acesso de alguns usuários às práticas. Contudo, são recursos indisponíveis em muitas localidades do Brasil e representam uma oportunidade de aprimoramento da utilização de terapêuticas não psicotrópicas. Dentro das unidades, foi identificada apenas uma médica que realiza grupos de auriculoterapia por iniciativa individual de profissional da equipe.

Temos grupos aqui na unidade de auriculoterapia, que também ajuda bastante nesses casos de saúde mental. (E6)

Até no sistema a gente consegue lançar homeopatia, acupuntura, algumas questões, fitoterapia, né? E eu acho que isso só na verdade é pouco conhecido, talvez, para o pessoal da saúde no geral. (E6)

O cuidado aos TMC deve estar incluso nas atividades da APS. A demanda elevada pressiona os serviços, de modo a influir na organização dos seus processos de trabalho, demonstrando a urgência de resposta institucional para atender às necessidades de cuidado dos casos de menor gravidade⁷. A sistematização dos recursos para o cuidado aos TMC permite que este não seja dependente de aptidão individual, mas sim de treinamento adequado e segurança na aplicação das intervenções pertinentes.

Isso poderia melhorar como um todo se a gente conseguisse padronizar, treinar, fazer treinamento para os profissionais, não só médicos, mas para todos. Para que a gente conseguisse equiparar o jeito, porque tem gente que tem dificuldade, é natural, porque cada um tem uma habilidade, né? (E6)

A categoria “Acesso e organização do cuidado” em TMC na APS revela um cenário desafiador, no qual a alta demanda excede a oferta de serviços e o tempo limitado de consulta compromete o cuidado integral. Os achados sublinham a urgência de uma resposta institucional para sistematizar recursos e capacitar profissionais, garantindo que o manejo dos TMC não dependa de aptidão individual, mas sim de um sistema de cuidado mais resolutivo e abrangente.

Relação entre médicos e equipes multidisciplinares

Ao falar com os médicos sobre cuidado em saúde mental, invariavelmente são citadas as equipes complementares multiprofissionais – no município estudado, são equipes eMulti. Quando tratamos dos TMC, os entrevistados descrevem que não é possível recorrer à eMulti em todos os casos, por serem muitos, e que são feitos encaminhamentos e/ou discussões em casos mais graves ou com questões agravantes que indiquem abordagem especializada.

No mundo todo, a prevalência dos TMC supera a quantidade de profissionais disponíveis, o que gera lacuna na assistência²⁰. Tal situação organiza-se com a função das equipes complementares da APS e do matriciamento ao oferecerem apoio especializado aos casos solicitados pela equipe de referência^{2,30}. Por outro lado, os médicos entendem o cuidado por profissionais de saúde mental como adequados aos pacientes com TMC e gostariam de maior acesso.

Ampliar a equipe de saúde mental e facilitar o encaminhamento [em relação a como obter melhores desfechos no cuidado a saúde mental]. (E2)

É identificada uma visão reduzida do papel desempenhado pela Psicologia na APS, restrita a psicoterapia ou realização de grupos. Os psiquiatras são descritos como pouco acessíveis nas unidades.

Com a psiquiatra eu nunca discuti diretamente, sabe? Com ela a gente discute através de encaminhamento do prontuário. (E2)

Assistentes sociais são pouco citados. O cenário é reforçado pela organização dos serviços ao não favorecer espaços de compartilhamento entre os profissionais.

Quando eu vou [à eMulti], normalmente é porque eu vi que, apesar de não ser um caso com maior gravidade, tem algum risco que eu julguei importante ou algum sinal de alarme. (E5)

A gente manda passar na eMulti, mas não tem consulta na eMulti toda semana, que é o que precisa, precisa de toda semana o psicólogo, isso não tem. [...] Não sei se fazer terapia uma vez a cada mês ajuda alguma coisa. (E1)

Na rotina dos serviços, nota-se distanciamento entre os médicos e os profissionais das equipes eMulti. Há limitação dos espaços de discussão e pouca integração das atividades dos médicos com profissionais de saúde mental. Ações citadas pelos entrevistados que são realizadas em conjunto com eMulti são discussões (todos citam em maior ou menor frequência), visitas domiciliares (citadas por dois médicos) e atendimento compartilhado com psiquiatra (citado por uma profissional). Não são citadas atividades para qualificação das equipes. A oferta de grupos é variável, mas todos os médicos negam participar de atividades coletivas em saúde mental.

Não dá tempo. O horário que eles estão fazendo esses grupos normalmente eu estou até o couro cabeludo de paciente. (E3)

A “discussão”, quando ocorre, torna-se em muitos contextos uma forma de apresentar o caso ao profissional da Psicologia para encaminhá-lo, como forma de regulação do acesso, e há pouco matriciamento efetivo.

Com o núcleo de apoio também a gente encaminha os pacientes, apesar da lista de espera bem grande também e da dificuldade em conseguir discutir os casos por conta da demanda. Mas a gente também tem essa ferramenta. (E6)

Eu faço visita também, apesar de aqui ser UBS [Unidade Básica de Saúde] eu faço visita, a parte social, parte familiar. Avisam quando precisa, faço visita junto também. (E4)

Fagundes et al.³¹ descrevem a qualificação do cuidado por meio das práticas de matriciamento, com redução de encaminhamentos desnecessários e otimização dos fluxos entre equipes de referência e apoio matricial. Com o tempo escasso das equipes, tornam-se raras as oportunidades de matriciamento e aprendizagem. A fragmentação

impede a capacitação progressiva que poderia resultar desses processos, e a cada novo paciente faz-se necessário um novo encaminhamento aos profissionais de saúde mental.

Em municípios nos quais não há eMulti e profissionais de saúde mental se arranjam em serviços fora da APS, como ambulatórios, a relação tende a ser ainda mais distante e a fragmentação maior. Aumenta-se com isso a sobrecarga e a sensação geral de baixa resolatividade³¹.

Sendo a demanda por cuidado em saúde mental tão grande e as equipes multiprofissionais limitadas e especializadas, entende-se necessária gestão dos recursos que direcione as situações de mais alto risco a esses profissionais. Nos TMC com questões complicadoras, são considerados o projeto terapêutico singular, atendimento compartilhado ou especializado e outros atendimentos com escalonamento das ações. Quanto ao cuidado de baixo risco, assim como em tantas outras doenças na APS, este deve ser de responsabilidade da equipe de referência. Esses profissionais em geral, porém, não possuem ferramentas teóricas ou práticas para oferecerem intervenções que considerem adequadas e, por isso, apresentam sentimentos de medo e impotência quanto ao sofrimento psíquico³¹.

O entendimento limitado e o pouco interesse dos médicos em atividades interdisciplinares e coletivas em saúde mental iniciam-se desde a formação médica. Todos os profissionais relatam conteúdos insuficientes sobre intervenções psicossociais em suas formações. A ausência de treinamento faz com que tenham determinadas ações terapêuticas, não as apliquem e não reconheçam a efetividade e a racionalidade destas³⁰.

Assim, intervenções não farmacológicas ficam restritas aos médicos que procuram aprender ou têm experiências pessoais com certas práticas. Com estreito repertório de intervenções em saúde mental e sem possibilidade de transferência desse cuidado de baixo risco, o médico muitas vezes se encontra com indivíduos muito afetados por esses problemas e têm que recorrer aos tão disponíveis recursos farmacológicos¹⁰.

Uso de abordagens psicossociais

Considerando o cuidado em saúde mental dos pacientes não graves feito primariamente pela equipe de referência, é imprescindível ao médico da APS dominar diferentes técnicas para abordagem embasada e eficaz. O treinamento adequado promove ampliação do escopo de atuação^{15,19}.

Todos os médicos entrevistados colocam os psicotrópicos como possibilidade considerada nos TMC, desde único recurso disponível até algo a ser considerado se há gravidade ou falha de outras intervenções. Mais da metade deles, porém, descreve percepção de insuficiência da terapia medicamentosa isolada nesses casos.

Só com sertralina e fluoxetina basicamente o nosso arsenal é bem pequeno, né?
(E4)

Também citam problemas no uso de psicotrópicos, como efeitos colaterais ou dependência, mas não mencionam a possibilidade de não benefício com o seu uso nos TMC.

Nenhum remédio vai fazer o marido parar de bater, nem quitar as dívidas [...]. O que eu dou de remédio, o eu faço para isso? Então a maior dificuldade é a vida difícil das pessoas. (E1)

Tudo que a gente puder fazer de medida não farmacológica para ajudar o paciente é válido, porque a gente sabe que remédio tem efeito colateral. Remédio, dependendo da medicação, tem questão de vício, então o que você puder fazer para ajudar o paciente, é o que eu falo, remédio é uma muleta, ele não vai resolver o problema. (E3)

A busca por outros recursos é variável entre os médicos. Com conhecimentos difusos e tempo limitado, há distanciamento da aplicação e transferência da responsabilidade por intervenções psicossociais a outros profissionais.

Porque, assim, a parte não farmacológica eu acho que o NASF [Núcleo de Apoio à Saúde da Família] consegue abordar bem, né? Pelo menos a [psicóloga], que eu trabalho com ela desde que eu entrei há 10 anos, eu gosto do trabalho dela. (E4)

Como não dominam conteúdos estruturados sobre abordagens diversas aos TMC na formação regular, os médicos relatam conhecimentos adquiridos por meio da prática nos serviços e incentivados pelo próprio interesse. A utilização individual de abordagens não farmacológicas depende do perfil e interesse em formações complementares.

Realmente foi mais questão de interesse pessoal meu, porque teve um período em que eu precisei fazer acupuntura, e aí eu fiquei encantada assim com a acupuntura. [...] E aí acho que meu conhecimento a mais sobre esse assunto foi mais por interesse pessoal e por uma experiência pessoal minha também. (E5)

Identifica-se nas entrevistas que há heterogeneidade em relação à valorização das abordagens psicológicas. Há pouco conhecimento sobre elas e, portanto, para serem utilizadas, ocorre direcionamento dos médicos aos profissionais de Psicologia.

Quase todos os médicos falam da valorização do acolhimento, da longitudinalidade e da escuta nos casos de TMC. Um deles descreve como realiza a escuta. Uma profissional apenas cita a psicoeducação como possível abordagem. Autocuidado e autonomia são citadas pelas duas médicas que mencionam a maior quantidade de intervenções em suas rotinas de atendimentos.

A escuta tanto no sentido da escuta por si, mas [também] a própria escuta terapêutica, que é aquela escuta que você devolve as questões para o paciente, tenta, né? Discute, fazer com que a sua escuta ajude a ele. Não seja só uma coisa passiva. (E2)

Eu particularmente gosto muito de atender saúde mental. Eu acho que a gente é uma porta de entrada importante disso no sistema de saúde como um todo. E acredito muito que um acolhimento bacana, um cuidado nessa linha e nesse aspecto aqui no primário é algo que melhora muito a qualidade de vida e, enfim, melhora os desfechos também no caso desses pacientes. (E6)

Uma médica cita o incentivo a atividades de lazer. Metade dos entrevistados diz buscar recursos comunitários ou coletivos. Atividade física é incentivada por meio de orientações individuais, mais vagas ou discutidas em conjunto, definição de pequenas metas, convite a grupos e busca de recursos disponíveis. A aceitação dos usuários às abordagens psicossociais é diferente entre os profissionais e varia de acordo com habilidades e conhecimentos mencionados.

Eu oriento alguns recursos da comunidade como espaços terapêuticos também. [...] Ajudo a avaliar com o paciente se ele tem um grupo de apoio, uma rede social, algumas coisas que possam ajudar. (E2)

A depender daquilo que que ele me traz, eu sempre tento também fazer uma avaliação da parte socioeconômica do paciente, pensando em que tipo de condições ele tem de vida. Se ele teria possibilidade de investimento na saúde dele para fazer uma academia, por exemplo, ou para fazer uma aula de dança, [...] que é muito importante, principalmente paciente que é extremamente ansioso. A gente percebe que eles melhoram significativamente apenas de estar fazendo uma atividade física. [...] Ver a possibilidade de [...] ser inserido no ginásio de esportes, tem algumas aulas, algumas coisas, inclusive [...] tem também atividades que são abertas para a comunidade. (E5)

Sobre as PICs, os conhecimentos variam muito, desde a existência de uma base teórica insuficiente para aplicação até treinamentos específicos. Somente uma participante descreveu uso pessoal frequente da homeopatia.

Medicações assim eu particularmente prefiro sempre entrar com homeopatia primeiro, depende do caso, esses comuns, né, mais leves a moderados. (E6)

Boa parte reconhece o valor do uso de fitoterápicos em quadros leves e relata utilizá-los quando há possibilidade. Os profissionais com conhecimento básico são capazes de identificar possibilidade de benefício; fazem encaminhamentos a serviços ambulatoriais da rede de homeopatia e acupuntura; e relatam barreiras de acesso ao não disporem

desses recursos na própria unidade. Outras PICs não são citadas como conhecidas ou utilizadas.

E eu uso sim algumas vezes alguns medicamentos, mas assim eu uso muito ainda fitoterápico, sabe? Ainda sou de tratar ansiedade, se tiver a insônia, com Valeriana, com Passiflora. (E2)

Tem alguns pacientes que a gente encaminha para acupuntura. Principalmente os pacientes que têm, além do sintoma mental, eles têm muita dor associada. Então, esses a gente até encaminha para a acupuntura também. (E3)

Entende-se dessa forma que a ausência de organização do cuidado aos TMC e de formação específica nesse sentido contribui para abordagens insuficientes e insatisfatórias. Em consenso com o observado por Molk et al.¹⁰, para suprir o cuidado em saúde dos TMC na atualidade, são necessárias práticas inovadoras e uso das tecnologias leves e leve-duras voltadas ao cuidado integral, de forma a transformar a racionalidade hegemônica. Isso pode ser atingido, segundo Fonseca⁷ e Mendes¹⁹, por meio da capacitação dos profissionais no nível da APS, ao mesmo tempo que se garante espaço e tempo para que esse cuidado seja de fato realizado.

Corroborando as observações desta pesquisa, um estudo recente de Santos et al.³² sobre saúde mental na APS brasileira destaca que, apesar dos avanços da Reforma Psiquiátrica, o modelo de cuidado ainda enfrenta desafios significativos, com um preocupante retrocesso em direção à medicalização e a uma rede de atenção fragmentada. Revela-se a necessidade urgente de investimento em educação permanente para profissionais da APS, visando à superação de barreiras e ao fomento de ações territoriais baseadas no modelo de cuidado psicossocial. Reitera-se que a integração eficaz entre a saúde mental e a APS requer não apenas o domínio de técnicas, mas também uma transformação da racionalidade hegemônica biomédica, garantindo que as intervenções psicossociais, como as PICs e o apoio matricial, sejam acessíveis e efetivamente incorporadas na rotina de cuidado.

A partir deste estudo foi produzido um material de apoio com fins didáticos, em formato de guia digital, que apresenta algumas intervenções psicossociais para médicos atuantes na APS. As práticas foram selecionadas por relevância, embasamento e aplicabilidade, visando o acesso dos profissionais a informações compiladas. O guia foi disponibilizado em biblioteca digital de acesso aberto³³.

Considerações finais

A pesquisa permitiu discutir a forma como os médicos da APS lidam com os TMC na prática diária; a utilização de intervenções diversas, tais como as medicamentosas; a interação com as equipes complementares de apoio; e as questões que permeiam a organização desse cuidado. O panorama encontrado condiz com a realidade da

medicalização do sofrimento e da insuficiência dos serviços em suprir a crescente demanda por cuidado em saúde mental.

Os resultados descrevem, com base na vivência dos médicos que atuam diretamente no cuidado de pessoas com TMC, situação de ofertas limitadas. Pouco tempo disponível, pouca capacitação para atenção à saúde mental, relação distante com as equipes complementares, pouco matriciamento efetivo, serviços ambulatoriais restritos e acesso à medicação como recurso básico geram uso excessivo de psicotrópicos e sensação de baixa resolutividade.

Uma limitação observada no desenvolvimento do trabalho foi a representatividade relativa da amostra, uma vez que são muito diversos os cenários da APS brasileira, tanto em relação aos recursos disponíveis quanto à qualificação dos médicos. O cenário representado é o mais frequentemente encontrado em relação à qualificação específica em Medicina de Família e Comunidade e capacitação para intervenções psicossociais, porém, há centros mais qualificados e outros locais mais limitados. Já em relação aos recursos disponíveis para a APS, a realidade retratada na presente pesquisa pode não representar a realidade dos municípios de pequeno porte e afastados dos grandes centros, questão considerada na discussão dos resultados.

Intervenções diversas em saúde mental – sejam de hábitos de vida, psicológicas, sociais ou integrativas, que atuem em questões pertinentes ao adoecimento de cada indivíduo – são tecnologias que devem ser conhecidas e consideradas para lidar com a pressão da demanda por saúde mental na APS. Sua utilização pelos médicos favorece o cuidado integral dos usuários no território; reduz a sobrecarga dos profissionais e o uso excessivo de medicações; e melhora a resolutividade. Para que as intervenções em saúde mental possam ser adequadamente indicadas e aplicadas, faz-se necessária a contínua capacitação dos profissionais por meio de práticas de matriciamento e de incentivo e oferta institucional, de modo a ampliar os saberes e as práticas no cuidado aos TMC.

Disponibilidade de dados

Os dados de pesquisa só estão disponíveis mediante solicitação.

Contribuição das autoras

Victoria Petenati da Rovare participou da concepção e do desenho do estudo; da obtenção, análise e interpretação de dados, da elaboração e revisão crítica do manuscrito. Eliana Goldfarb Cyrino participou da concepção e do desenho do estudo e da revisão crítica do manuscrito. Dulcian Medeiros de Azevedo participou da interpretação dos dados e da revisão crítica do manuscrito. Tiago Rocha Pinto participou da concepção e do desenho do estudo; da análise dos dados e da revisão crítica do estudo. Todos os autores aprovaram a versão final do manuscrito.

Conflito de interesse

Os autores não têm conflito de interesse a declarar.

Direitos autorais

Este artigo está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR).



Editor

Erotildes Maria Leal 

Editor associado

Robert Filipe dos Passos 

Submetido em

30/08/25

Aprovado em

03/05/26

Referências

1. Wells RHC, Bay-Nielsen H, Braun R, Israel RA, Laurenti R, Maguin P, et al. CID-10: classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. São Paulo: EDUSP; 2011.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde Mental. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013. (Cadernos de Atenção Básica; n. 34).
3. Miranda TS, Soares GFG, Araujo BE, Fagundes GHA, Amaral HLP, Soares HC, et al. Incidência dos casos de transtornos mentais durante a pandemia da Covid-19. *Rev Eletron Acervo Cient*. 2020; 17:e4873. doi: 10.25248/reac.e4873.2020.
4. World Health Organization. World mental health report: transforming mental health for all. Geneva: WHO; 2022.
5. Senicato C, Azevedo RCS, Barros MBA. Transtorno mental comum em mulheres adultas: identificando os segmentos mais vulneráveis. *Cienc Saude Colet*. 2018; 23(8):2543-54. doi: 10.1590/1413-81232018238.13652016.
6. World Health Organization, World Organization of Family Doctors. Integrating mental health into primary care: a global perspective. Geneva, Brussels: WHO, WONCA; 2008.
7. Fonseca MLG. Sofrimento difuso, transtornos mentais comuns e problema de nervos: uma revisão bibliográfica a respeito das expressões de mal-estar nas classes populares [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2007.
8. Perrusi A. Sofrimento psíquico, individualismo e uso de psicotrópicos: Saúde mental e individualidade contemporânea. *Tempo Soc*. 2015; 27(1):139-59. doi: 10.1590/0103-20702015017.
9. Goldberg D, Huxley P. Common mental disorders: a bio-social model. London: Routledge; 1992.
10. Molck BV, Barbosa GC, Domingos TS. Psicotrópicos e Atenção Primária à Saúde: a subordinação da produção de cuidado à medicalização no contexto da Saúde da Família. *Interface (Botucatu)*. 2021; 25:e200129. doi: 10.1590/interface.200129.
11. Figueirêdo AAF. “O problema é como você olha”: de um conjunto amorfo de sintomas não-psicóticos ao nascimento de diagnósticos clínico-psiquiátricos. Rio de Janeiro: Autografia; 2021.
12. Faria MLVC, Guerrini IA. Limitações do paradigma científico hegemônico no acolhimento ao sofrimento psíquico na atenção básica. *Interface (Botucatu)*. 2012; 16(42):779-92. doi: 10.1590/S1414-32832012000300015.
13. Alves EO, Vieira PDA, Oliveira RAS, Rodrigues RF, Silva SC, Martins TP, et al. Prevalência do uso de psicotrópicos na Atenção Primária à Saúde em um município do interior de Minas Gerais. *Rev Med Minas Gerais*. 2020; 30 Suppl 4:S61-8. doi: 10.5935/2238-3182.v30supl.4.09.
14. 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. Brussels: Wonca; 2017.
15. Pereira MTCG, Souza FAM, Cardoso FM. Tratamento medicamentoso para depressão e prevenção quaternária. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2021; 16(43):2568. doi: 10.5712/rbmfc16(43)2568.

16. Amarante P, Whitaker R. Desmedicar: A luta global contra a medicalização da vida. São Paulo: Zagodoni; 2024.
17. Lermen-Junior N. Currículo Baseado em Competências para Medicina de Família e Comunidade. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade; 2015.
18. Gusso G, Lopes JMC. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed; 2018.
19. Mendes FDM. Intervenções psicossociais para transtornos mentais comuns: percepções e demandas formativas na Medicina de Família e Comunidade [dissertação]. Juiz de Fora (MG): Universidade Federal de Juiz de Fora; 2021.
20. Menezes ALA. Intervenções psicossociais para Transtornos Mentais Comuns na Atenção Primária à Saúde [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2012.
21. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 3/2014. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação de Medicina. Diário Oficial da União. 23 Jun. 2014; Sec. 1, p. 8-11.
22. Organização Pan-Americana da Saúde. MI-mhGAP Manual de intervenções para transtornos mentais, neurológicos e por uso de álcool e outras drogas na rede de atenção básica à saúde. (Versão 2.0.). Brasília, DF: OPAS; 2018.
23. Ritchie J, Lewis J. Qualitative research practice: a guide for social science students and researchers. London: SAGE Publications; 2003.
24. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10a ed. São Paulo: Hucitec; 2007.
25. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. Cad Saude Publica. 2008; 24(1):17-27. doi: 10.1590/S0102-311X2008000100003.
26. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1988.
27. Anderson MIP, Savassi LCM. Formação, Ensino e Pesquisa na Medicina de Família e Comunidade e na Atenção Primária à Saúde no Brasil: situação atual, desafios e perspectivas. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2021; 16 Suppl 1:18-27. doi: 10.5712/rbmfc16(1)3249.
28. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Práticas integrativas e complementares: plantas medicinais e fitoterapia na Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012. (Cadernos de Atenção Básica; n. 31).
29. Brasil. Ministério da Saúde. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais Rename 2022. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2022.
30. Chiaverini DH, Gonçalves DA, Ballester D, Tófoli LF, Chazan LF, Almeida N, et al. Guia prático de matriciamento em saúde mental. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva; 2011.
31. Fagundes GS, Campos MR, Fortes SLCL. Matriciamento em Saúde Mental: análise do cuidado às pessoas em sofrimento psíquico na Atenção Básica. Cienc Saude Colet. 2021; 26(6):2311-22. doi: 10.1590/1413-81232021266.20032019.
32. Santos JCG, Cavalcante DS, Vieira CAL, Quinderé PHD. Medicalização do sofrimento psíquico na Atenção Primária à Saúde em um município do interior do Ceará. Physis. 2023; 33:e33010. doi: 10.1590/S0103-7331202333010.



33. Rovare VP, Pinto TR. Guia de intervenções psicossociais para transtornos mentais comuns: para médicos da Atenção Primária à Saúde. Botucatu: Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista (Unesp); 2024 [citado 28 Maio 2026]. Disponível em: <https://hdl.handle.net/11449/324539>

Common Mental Disorders (CMD), frequent in Primary Health Care (PHC) consultations, are conditions related to mental suffering involving social, economic, familial, and individual determinants. They present as a range of mental and physical symptoms, impacting health and quality of life. This research aimed to analyze non pharmacological therapeutic repertoire used by PHC physicians when managing CMD. Qualitative, analytical, exploratory study was developed through semi-structured interviews with PHC physicians in a mid-sized municipality in São Paulo state, Brazil. Thematic analysis of data revealed that current medical approaches often lean towards medicalization of suffering and reflect insufficiency of health services. Factors such as limited time, inadequate training and disconnection from multidisciplinary teams contribute to excessive use of psychotropics, long waits for referral and perceived low care resolution. Continuous professional training is crucial to subsidize the practice of effective, accessible psychosocial interventions.

Keywords: Mental health. Integrality in health. Psychosocial intervention. Primary Health Care.

Los Trastornos Mentales Comunes (TMC) son prevalentes en la Atención Primaria de la Salud (APS), como resultado de sufrimiento psíquico y de factores determinantes sociales, económicos, familiares e individuales. Se manifiestan por medio de síntomas mentales y físicos, impactando la salud y la calidad de vida. El objetivo de esta investigación fue analizar el repertorio no farmacológico de médicos de la APS en el manejo del TMC. Se trata de un estudio cualitativo, analítico y exploratorio que utilizó entrevistas semiestructuradas con médicos de la APS de un municipio del interior del Estado de São Paulo. El análisis temático de los datos reveló que el abordaje médico tiende a la medicalización del sufrimiento y a la insuficiencia de los servicios. La falta de tiempo, de capacitación y la distancia con equipos complementarios contribuyen al uso excesivo de psicotrópicos, filas para derivación y baja capacidad de resolución. Es crucial la capacitación continua, por medio de apoyo matricial e institucional, para fomentar el uso de intervenciones psicosociales eficaces y accesibles.

Palabras clave: Salud Mental. Integralidad en salud. Intervención psicosocial. Atención Primaria de la Salud.