

Intervenções psicossociais para transtornos mentais comuns: percepções e demandas formativas na medicina de família e comunidade

Psychosocial interventions for common mental disorders: perceptions and training demands in family and community medicine

Flaviano Diego Meirelles Mendes¹, Estela Márcia Saraiva Campos², Leandro David Wenceslau³

ARTIGO ORIGINAL – Recebido: agosto de 2021 – Aceito: outubro de 2021

RESUMO

Intervenções psicossociais (IPs) são recomendadas para abordagem de transtornos mentais comuns (TMC) por médicos de família e comunidade. São necessários estudos que ampliem o diagnóstico do uso de IPs por esses profissionais em cenários de Atenção Primária à Saúde (APS). Este trabalho objetivou investigar como tem sido percebida por residentes do segundo ano (R2) de programas de residência em Medicina de Família e Comunidade de Minas Gerais a utilização de IPs no manejo de TMC. Trata-se de estudo descritivo, quantitativo, realizado por meio de questionário semiestruturado aplicado entre outubro e novembro de 2020. Dos 102 residentes R2 ativos no estado, 46 participaram da pesquisa. Os residentes são, em sua maioria, mulheres (67,4%), com idade média de 30 anos. Quase a totalidade dos residentes (97,7%) afirmou utilizar IPs para a abordagem de TMC, mas somente 53,4% referiram aplicar eles mesmos essas IPs em mais da metade dos casos. As IPs menos utilizadas e nas quais eles referiram menor competência foram: terapia de solução de problemas, ativação comportamental e meditação guiada mindfulness. Cerca de 78% relataram sentir dificuldade na utilização de IP e 45,6% consideraram “pouca” ou “nenhuma” a contribuição da residência no aprendizado sobre IP para TMC.

PALAVRAS-CHAVE: Transtornos mentais. Atenção primária à saúde. Medicina de Família e Comunidade. Residência médica.

ABSTRACT

Psychosocial interventions (PIs) are recommended to address common mental disorders (CMDs) by family and community physicians. Research is needed to expand the diagnosis of the use of PIs by these professionals in primary health care (PHC) scenarios. This study aimed to investigate the perceptions of second-year (R2) residents of family and community medicine residency programs in Minas Gerais on the use of PIs in the management of CMD. This is a descriptive, quantitative study, carried out through a semi-structured questionnaire and handed out between October and November 2020. Of the 102 active R2 residents in the state, 46 participated in the survey. Residents surveyed are mostly women (67.4%), with a mean age of 30 years. Almost all residents (97.7%) reported using PIs for CMDs, but only 53.4% reported applying these PIs themselves in more than half of the cases. The least used PIs, and also those in which they reported less competence, were: problem-solving therapy, behavioral activation, and guided meditation/mindfulness. About 78% reported experiencing difficulty in using PIs and 45.6% considered the residency contribution in learning about IPs for CMD to be "little" or "none".

KEYWORDS: Mental disorders. Primary health care. Family practice. Medical residency.

¹ Universidade Federal de Viçosa (UFV). ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7681-1027> . E-mail: flaviano.mendes@ufv.br

² Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3569-9785>

³ Universidade Federal de Viçosa (UFV). ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8622-9137>

INTRODUÇÃO

Estima-se que os transtornos mentais afetem mais de 970 milhões de pessoas em todo o mundo, 13,04% da população, e sejam a segunda maior causa global de incapacidade, sendo representados principalmente pela depressão¹. O Brasil apresenta uma prevalência estimada de transtornos mentais de 17,4%, sendo o segundo país do mundo mais afetado por transtornos de ansiedade e o terceiro país na América do Sul com a maior prevalência de transtornos depressivos (4,3%)¹.

O conceito de transtornos mentais comuns (TMC) é utilizado para descrever as experiências de pessoas com sofrimentos e dificuldades em saúde mental, de intensidade leve a moderada, geralmente classificadas em duas grandes categorias diagnósticas: os transtornos depressivos e os de ansiedade². Os TMC costumam se apresentar associados a comorbidades físicas e a uma ampla determinação social, situando-se em um limiar impreciso entre o que seria uma reação não patológica das pessoas a danos e ameaças ao seu bem-estar integral e o que seria propriamente um transtorno de saúde mental, tornando desafiadores e controversos tanto o seu reconhecimento quanto o seu manejo³. Na maioria dos casos, pessoas com esses problemas buscam ajuda em serviços de saúde referindo inicialmente sintomas físicos, por dificuldades em identificar e comunicar o seu sofrimento emocional⁴. Em uma metanálise envolvendo 174 estudos de 63 países sobre a prevalência de TMC e problemas com o uso de álcool, foi encontrada uma taxa de 17,5%⁵. Países de baixa e média renda concentram as maiores proporções de indivíduos afetados, reflexo da violência urbana e de condições educacionais e socioeconômicas adversas^{1,6}. No Brasil, a prevalência de TMC em cenários de APS, varia de 52 a 64%, afetando principalmente mulheres, desempregados, pessoas com pouca escolaridade e com menor renda⁶.

Os TMC são condições que podem causar importante perda da qualidade de vida das pessoas, especialmente daquelas que já se encontram em vulnerabilidade, impactando o desempenho escolar e profissional, os relacionamentos sociais e familiares, gerando exclusão ao diminuir a capacidade de autonomia e participação na comunidade e também influenciando no aparecimento e na dificuldade de controle de outros problemas de saúde⁷.

O tratamento baseado em evidências da maior parte dos transtornos mentais está fundamentado em uma abordagem escalonada, individualizada e de acordo com as preferências do paciente. Essa abordagem deve se iniciar com intervenções não farmacológicas para os casos leves a moderados, aplicadas progressivamente, desde as de baixa intensidade, mais breves – como técnicas de acolhimento e suporte emocional, de aconselhamento psicológico, psicoeducação e fornecimento de recursos autoaplicáveis – até as de alta intensidade, aplicadas

por profissionais especializados, como a psicoterapia, chegando-se à utilização da farmacoterapia e de cuidados intensivos em saúde mental nos casos de maior gravidade^{8,9}.

A APS é o cenário ideal para abordar os problemas de saúde mais frequentes, especialmente os de saúde mental^{10,11}. Assim, para atender à demanda por cuidados das pessoas com transtornos mentais, é necessário investir em uma rede de saúde mental que seja orientada pelo nível primário, sendo essencial nesse contexto a presença de profissionais com formação apropriada para a APS, como médicos de família e comunidade, enfermeiros e outros profissionais com especialização em cuidados primários, para que se alcance êxito em uma integração entre a saúde mental e a APS¹².

É competência essencial do médico de família e comunidade manejar terapia farmacológica e não farmacológica para os problemas mais frequentes de saúde mental^{13,14}. O Currículo Baseado em Competências para Medicina de Família e Comunidade¹³ (MFC) recomenda, como esperado para todo residente ao fim de sua formação como especialista, o uso da abordagem centrada na pessoa como base dos cuidados clínicos de todos os problemas de saúde, sobretudo dos TMC. Na área de competência “abordagem a problemas de saúde mental”, o currículo lista outras nove competências essenciais, sendo especificada uma intervenção psicossocial: “conhecer ferramentas mínimas para abordagem familiar”.

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*) publicou em 2017 um documento¹⁴ do seu Grupo de Trabalho em Saúde Mental com recomendações sobre o papel dos médicos de família nos cuidados primários em saúde mental e sobre intervenções não farmacológicas baseadas em evidências para o tratamento de TMC. Esse documento orienta que os médicos de família devem ter conhecimentos e habilidades na aplicação de intervenções psicossociais (IPs) baseadas em evidências, modificadas e adaptadas para serem breves e aplicáveis por profissionais da APS em consultas clínicas de rotina.

Além das intervenções recomendadas pela WONCA, a terapia comunitária¹⁵, intervenção realizada em grupos e direcionada a qualquer pessoa com sofrimento físico ou mental, também é indicada para a abordagem de TMC e está presente em cenários de assistência à saúde no Brasil, principalmente na APS^{15,16}. Outras duas IPs apontadas como ferramentas com relevante potencial terapêutico para problemas de saúde mental são as técnicas de resposta empática às emoções^{17,18} e a entrevista motivacional¹⁹. A primeira consiste em habilidades para responder de forma reflexiva e empática às expressões de raiva, medo e tristeza manifestadas nos encontros clínicos^{17,18}; e a segunda é definida como um método de aconselhamento centrado no

paciente, com o objetivo de aumentar a motivação intrínseca para a mudança, auxiliando na exploração e resolução de suas potenciais ambivalências¹⁹.

Apesar das recomendações a favor, parece haver lacunas na utilização de IPs por médicos da APS no manejo dos pacientes com problemas de saúde mental, e algumas barreiras têm sido apontadas por esses profissionais nessa prática, como a falta de capacitação específica, a restrição de tempo nas consultas e a falta de remuneração adequada²⁰⁻²³. Este estudo buscou investigar se médicos residentes de MFC do estado de Minas Gerais, ao final de sua formação, percebem-se adequadamente capacitados para utilizar IPs no manejo de TMC. Para isso, avaliou em que medida eles referem conhecer e aplicar essas intervenções, o quanto se autoavaliam aptos nessa prática, quais dificuldades enfrentam, qual a contribuição da sua formação para a aquisição de competências nesse campo, assim como quais as suas necessidades de aprendizagem sobre esse tema.

MÉTODO

Foi realizado um estudo descritivo transversal de abordagem quantitativa direcionado a médicos residentes do segundo ano (R2) dos programas de residência médica em MFC (PRMMFCs) de Minas Gerais. O Sistema da Comissão Nacional de Residência Médica (SisCNRM) registrou, no ano de 2020, um total de 248 médicos residentes em MFC matriculados em 26 PRMMFCs no estado, sendo que, desses 248 residentes, 103 eram residentes R2. Após contatos realizados com os supervisores desses programas e com as Comissões de Residência Médica (COREMEs) das respectivas instituições, foi confirmado um total de 102 residentes R2 em atividade, distribuídos em 18 PRMMFCs.

A pesquisa foi realizada através da aplicação de um questionário semiestruturado, desenvolvido a partir de três blocos (I a III) e sete eixos de investigação (A a G), que deram origem às variáveis de interesse (quadro 1). Não foram encontradas ferramentas já validadas que permitissem explorar esse diagnóstico de forma a atender os objetivos propostos neste trabalho.

O processo de coleta de dados se deu a partir de contatos com supervisores e preceptores dos programas, diretamente com alguns residentes e também com as secretarias das COREMEs das instituições, por meio telefônico, por mensagens de texto e áudio e por *e-mail*. Na ocasião dos contatos, realizados em no mínimo duas oportunidades, foi feito o convite para a participação e enviado um *link* para acesso digital ao TCLE e ao questionário em plataforma on-line (*Google Formulários*), solicitando a divulgação aos residentes. A coleta de dados ocorreu de 04 de outubro a 14 de dezembro de 2020. Após aceite do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

(TCLE), 46 residentes R2 participaram do estudo, representando 15 PRMMFCs do estado. A pesquisa foi submetida ao CEP (Comitê de Ética em Pesquisa) da Universidade Federal de Juiz de Fora, tendo sido aprovada (parecer 4.314.462 – CAAE 29905220.4.0000.5147).

Quadro 1 – Fundamentação do instrumento de coleta de dados

Blocos	Eixos de investigação	Variáveis de interesse
I – Características sociodemográficas e da trajetória acadêmica	A - Perfil sociodemográfico e acadêmico	Idade, gênero (homem ou mulher, cis ou trans, não binário, outro) instituição de graduação e residência e tempo de formado.
II – TMC e sua abordagem não farmacológica (Apresentação da definição de TMC)	B – Atitude sobre a abordagem de TMC	Realiza abordagem não farmacológica para TMC?
		Quais intervenções não farmacológicas utiliza?
		Frequência com a qual aplica intervenções não farmacológicas para TMC, não considerando encaminhamentos para outros profissionais (em todos os casos, mais da metade, metade, poucos casos)
III – Percepções sobre o uso de 13 IPs para a abordagem de TMC (Apresentação das IPs de referência)	C - Utilização de IPs específicas	Qual(is) IPs utiliza?
	D - Dificuldades na utilização de IPs	Sobre o conjunto de IPs de referência: presença de dificuldade ao utilizar, fatores que contribuem para a dificuldade.
	E - Nível de competência percebido sobre o uso de cada IP para TMC	Nível de competência autorreferido em cada IP de referência.
	F - Método e cenário de aprendizagem sobre IP para TMC	Meios de aprendizagem mais importantes sobre o tema.
		Contribuição da residência na aquisição de competência sobre o tema.
G - Demanda de capacitação em cada IP	Sobre qual(is) das IPs de referência deseja mais capacitação.	

Fonte: elaborado pelos autores

A primeira parte do questionário visou coletar os dados do perfil sociodemográfico e da trajetória acadêmica dos participantes. No segundo bloco, foi apresentada uma definição de TMC² e questionado, em pergunta dicotômica, se o residente utiliza intervenções não farmacológicas para o manejo de casos de TMC. Ao que respondeu positivamente, foi solicitado que citasse qual ou quais intervenções utiliza nesses casos. Na sequência, foi questionado com que frequência ele mesmo as aplica, ou seja, não considerando as que necessitem de encaminhamentos a outros profissionais. Optou-se por especificar, nessa parte do questionário,

o significado de “intervenções psicossociais” como sendo “abordagens não farmacológicas”, por não haver na literatura um consenso sobre essa denominação.

O terceiro bloco do questionário, composto somente por perguntas fechadas, investigou a percepção do residente sobre IPs específicas. Selecionaram-se 13 IPs, recomendadas na literatura^{13-19,24} para abordagem de TMC, que foram apresentadas e sumariamente descritas, com a orientação de que deveriam ser adotadas como referência para as respostas às perguntas que se seguiram (quadro 2).

Quadro 2 – Intervenções psicossociais selecionadas e suas respectivas descrições no questionário

Intervenção psicossocial	Descrição
Técnicas de comunicação clínica interpessoal (habilidades clínicas 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), perguntas abertas e técnicas reflexivas (repetir, parafrasear, usar o silêncio atento e refletir sentimentos).
Técnicas de exploração efetiva do <i>status</i> psicossocial do paciente e de sua experiência de adoecimento*	Técnica <i>BATHE</i> (em inglês: <i>background, affect, trouble, handling, empathy</i> ; em tradução livre: contexto, afeto, efeito, manejo, empatia); técnica <i>ICE</i> (em inglês: <i>ideas, concerns, expectations</i> ; em tradução livre: ideias, preocupações, expectativas); técnica <i>SIFE</i> – sentimentos, ideias, funcionalidade, expectativas; entre outras.
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, <i>sites</i> etc.).
Técnicas de relaxamento físico e exercícios de respiração para manejo do stress*	Ensino, promoção e suporte na prática guiada de exercícios de respiração e relaxamento muscular progressivo.
Meditação guiada / <i>mindfulness</i> *	Intervenções baseadas em meditação e/ou atenção plena, individuais ou em grupo.
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 promover a autoestima e a autoeficácia.
Intervenções cognitivo-comportamentais baseadas em plataformas digitais e/ou internet*	Terapia cognitivo-comportamental realizada com o uso de aplicativos ou <i>sites</i> de internet, em que o profissional atua somente com apoio, orientação e acompanhamento.

(Conclusão)

Intervenção psicossocial	Descrição
Terapia de Solução de Problemas*	Intervenção de base cognitivo-comportamental que consiste em fazer com que o paciente aprenda e treine habilidades 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.
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 condições ligadas a relações interpessoais disfuncionais envolvendo luto, disputas, mudanças de vida e solidão ou isolamento social.
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.
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, violência familiar e do papel da família no processo saúde-doença.
Técnicas de resposta empática às emoções†	Técnica “NURS[E]” (em inglês: <i>naming, understanding, respecting, supporting, [exploring]</i> ; em tradução livre: nomeando, legitimando, respeitando, oferecendo suporte, [explorando]); entre outras.
Terapia Comunitária††	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, dificuldades, sofrimentos, conflitos, problemas, autossoluções e aprendizagens.

Nota: * WONCA¹⁴; ** Peh, et al.¹⁹; *** SBMFC¹³; † Cole e Bird¹⁷ e Grosseman e Dohms¹⁸; †† Mendonça¹⁵ e Gonçalves *et al.*¹⁶

Fonte: elaborado pelos autores

No item em que foi solicitada a autoavaliação do residente quanto ao seu nível de competência²⁵ sobre a aplicação de IPs para TMC, foi utilizada uma escala Likert de 1 a 5, 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).

O pré-teste do instrumento de coleta foi realizado no período de 5 a 16 julho de 2020 e contou com a participação de cinco médicos de família e comunidade, recém-egressos de três PRMMFCs de Minas Gerais, convidados por conveniência. O instrumento foi enviado por aplicativo de mensagens (WhatsApp™) com um *link* para acesso *on-line*. Foi proposto aos participantes que cronometrassem o tempo gasto para o preenchimento e enviassem por *e-mail* essa informação, assim como potenciais dificuldades para responder às perguntas. Todos completaram o questionário e não relataram problemas. O tempo de preenchimento variou de 7 a 23 min.

Após o pré-teste, o questionário foi disponibilizado a contatos dos PRMMFCs mencionados anteriormente e respondido de forma voluntária por 46 residentes. As respostas dos itens objetivos 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 $p < 0,05$. As respostas abertas referentes às IP citadas pelos residentes foram tabuladas e agrupadas, quando possível, em categorias relacionadas às 13 IPs de referência deste estudo e as demais em outras categorias de intervenções, propostas pelos autores, sendo realizada análise de frequência dos termos citados.

Foi realizada uma análise comparativa entre as respostas dos residentes que se autoavaliaram com nível “iniciante” ou maior em mais da metade das IPs de referência (designados, neste estudo, “mais competentes”) e os demais participantes. Foram comparados o perfil sociodemográfico, a trajetória acadêmica e meios de aprendizagem sobre IP para TMC, visando identificar características desse grupo que pudessem apontar caminhos para estratégias de aprimoramento. O nível “iniciante” (sei como fazer, mas tenho pouca experiência prática) foi considerado como o esperado para um residente R2 de MFC ao final de sua formação, definindo assim um ponto de corte para essa análise complementar.

RESULTADOS

Perfil sociodemográfico e trajetória acadêmica dos residentes

O perfil dos residentes participantes variou, em idade, de 25 a 43 anos, com média de 30,3. Em relação ao gênero, 67,4 % se identificam como mulher cisgênera e 32,6 % como homem cisgênero. Nenhum dos respondentes se declarou transgênero, não binário ou com outra expressão de gênero.

A maior parte dos residentes (62,2 %) concluiu sua graduação em Medicina em instituições particulares e 86,7 % se graduaram em instituições localizadas no próprio estado de Minas Gerais. Um participante não especificou a instituição de graduação. O tempo de formado variou de 1,5 a 8 anos aproximadamente, com média de 2,9.

As instituições dos PRMMFCs da maioria dos residentes (84,4 %) são de natureza pública. 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.

Percepções sobre a abordagem não farmacológica de TMC

Antes de serem apresentados às 13 IPs analisadas neste estudo, quando questionados se utilizam intervenções não farmacológicas para a abordagem 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 alguma intervenção que utilizam para abordagem de TMC e um deles não respondeu a esse item. O quadro 3 apresenta as respostas, as categorias de intervenções identificadas, as frequências e a proporção de residentes que as citaram. Algumas intervenções citadas puderam ser agrupadas em categorias diretamente relacionadas às 13 IPs de referência deste estudo e, as demais, em outras categorias de intervenções propostas pelos autores. Foram identificadas também intervenções referidas por termos com significado muito amplo, que não puderam ser agrupadas e não foram objeto de análise neste trabalho.

Quadro 3 – Respostas dos residentes ao citarem intervenções que utilizam para abordagem de TMC, agrupadas por categorias e em ordem decrescente de frequência (N=43)

<i>Categorias [frequência com que foi citada]</i>	<i>Residentes n (%)</i>	<i>Termos utilizados pelos residentes [frequência]</i>
<i>Técnicas e habilidades clínicas de comunicação interpessoal [15]</i>	15 (34,9 %)	Escuta ativa [7] Escuta terapêutica [3] Escuta terapêutica / ativa Escuta qualificada Escuta empática e compassiva Escuta terapêutica com a perspectiva do método clínico centrado na pessoa Escuta Habilidades de comunicação Comunicação interpessoal

(Continuação)

Categorias [frequência com que foi citada]	Residentes n (%)	Termos utilizados pelos residentes [frequência]
<i>Encaminhamento à terapia psicológica [10]</i>	10 (23,2 %)	Psicoterapia [8] Encaminhamento à psicoterapia Atendimento psicológico
<i>Aconselhamento sobre meditação e mindfulness [10]</i>	8 (18,6 %)	Meditação [6] Mindfulness [2] Meditação (orientação) Orientações gerais sobre meditação e mindfulness
<i>Aconselhamento sobre prática de atividade física [9]</i>	9 (20,9 %)	Atividade física [5] Oriento atividade física (pilates, academia etc.) Pilates Estímulo à atividade física Exercícios físicos
<i>Aconselhamento sobre PICS* [9]</i>	8 (18,6 %)	Auriculoterapia [3] Acupuntura [2] Métodos de autoconhecimento e terapias holísticas caso a pessoa tenha acesso (acupuntura, massagem, reike...) Medicina Integrativas Percepção da vivência dos sentimentos e sensações sob o ponto de vista da medicina tradicional chinesa Chás
<i>Atividades em grupo [6]</i>	6 (13,9 %)	Grupos de apoio [2] Grupos de tratamento psicoterápico Grupos de convivência Grupos Grupo operativo
<i>Abordagem da Espiritualidade [6]</i>	6 (13,9 %)	Abordagem da espiritualidade [2] Estímulo à espiritualidade Oriento a aprofundar a religiosidade (seja ela qual for) Espiritual, de acordo com a religião do paciente Anamnese espiritual
<i>Técnicas de Abordagem Familiar [6]</i>	5 (11,6 %)	Genograma Abordagem familiar Ferramentas de abordagem familiar Instrumentos de abordagem familiar (ecomapa, genograma) Conferência familiar Ecomapa e genograma, com estímulo a fortalecimento aos vínculos com as pessoas da rede de apoio
<i>Matriciamento e abordagem multi e/ou interprofissional [5]</i>	4 (9,3 %)	Multidisciplinaridade Interconsultas NASF Avaliações rápidas psicológicas intercaladas entre médicos e psicólogos Abordagem multiprofissional com psicólogo

(Conclusão)

Categorias [frequência com que foi citada]	Residentes n (%)	Termos utilizados pelos residentes [frequência]
<i>Outros tipos de aconselhamento [5]</i>	(4) 9,3 %	Ajuda com administração financeira Orientação jurídica, se houver necessidade Orientações quanto a gerenciamento de atividades Orientações [sobre] estilo de vida e alimentação Melhoria da alimentação
<i>Método Clínico Centrado na Pessoa [3]</i>	3 (7 %)	Método clínico centrado na pessoa [2] Prática de decisão compartilhada
<i>Entrevista Motivacional [3]</i>	3 (7 %)	Entrevista motivacional [3]
<i>Ensino de técnicas de relaxamento físico e exercícios de respiração [3]</i>	3 (7 %)	Respiração Exercícios respiratórios para ansiedade Técnicas de respiração
<i>Aconselhamento sobre expressões artísticas e artesanais [2]</i>	2 (4,6 %)	Expressões artísticas, como pintura, dança, música/canto, poesia etc. Atividades artísticas, como desenho, canto, dança, crochê etc.
<i>TSP [2]</i>	2 (4,6 %)	Terapia de resolução de problemas Resolução de problemas
<i>TIP [2]</i>	2 (4,6 %)	Terapia interpessoal breve Confronto e gestão de conflitos pessoais e familiares
<i>Psicoeducação [1]</i>	1 (2,3 %)	Higiene do sono

* PICS: Práticas Integrativas Complementares em Saúde, conforme a Política de Nacional Práticas Integrativas Complementares no SUS – PNPIC do Ministério da Saúde, 2013³¹

Fonte: elaborado pelos autores

As categorias de intervenções mais citadas foram: técnicas e habilidades clínicas de comunicação interpessoal, encaminhamentos a terapia psicológica, meditação e *mindfulness*, aconselhamentos sobre prática de atividade física e PICS (Práticas Integrativas Complementares em Saúde).

As intervenções que podem envolver encaminhamentos e/ou a participação de outros profissionais, como “encaminhamento a terapia psicológica”, “indicação e aconselhamento sobre PICS”, “matriciamento e abordagem multi e/ou interprofissional”, estiveram presentes nas respostas de 41,9 % dos residentes. Além disso, 13,9 % deles mencionaram intervenções

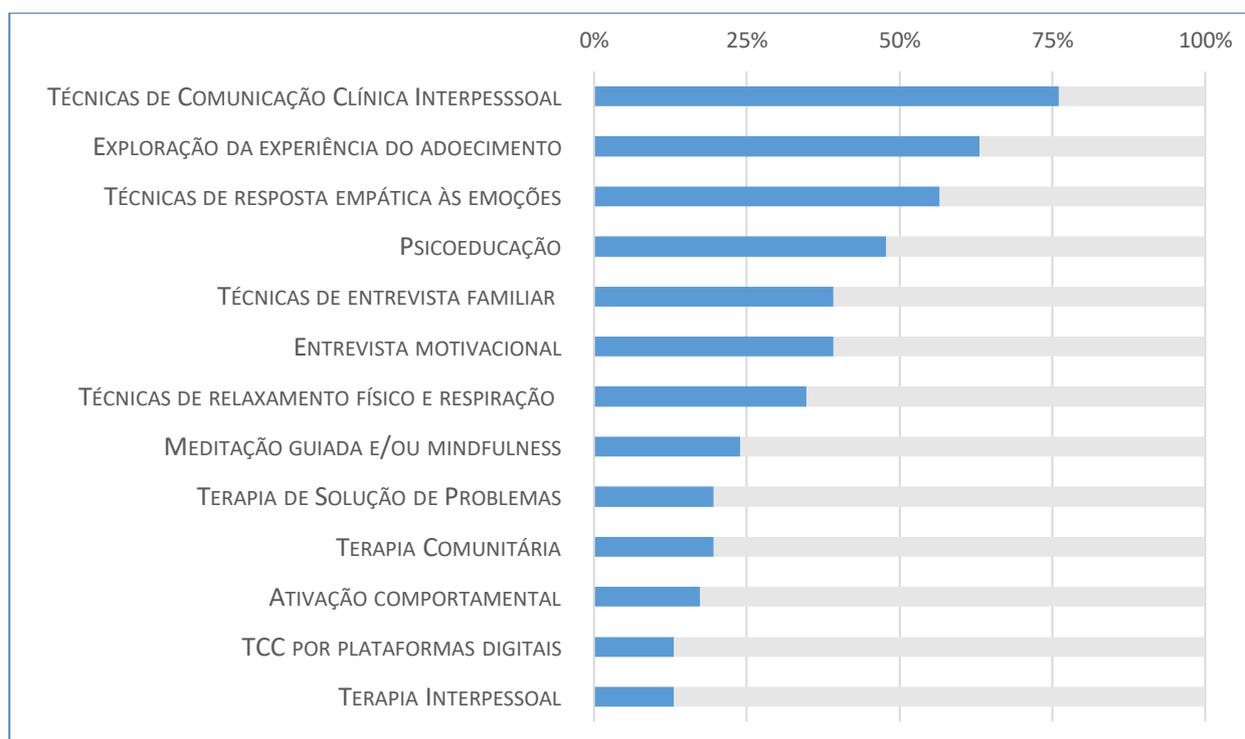
baseadas em grupos, cuja execução pode envolver ou ser delegada a outros integrantes da equipe de saúde.

Dos 43 que afirmaram utilizar IPs, oito (18,6 %) referem aplicá-las eles mesmos em poucos casos, doze (27,9 %) em metade dos casos, e 23 (53,5 %) em mais da metade dos casos.

Percepções sobre o uso de 13 IPs recomendadas para a abordagem de TMC

Após serem apresentados às 13 IPs analisadas neste estudo, mais da metade dos residentes afirmou utilizar três delas: técnicas de comunicação clínica interpessoal (76,1%); exploração da experiência do adoecimento (63 %) e técnicas de resposta empática às emoções (56,5 %). As IPs menos utilizadas (por menos de um terço dos residentes) foram: TCC através de plataformas digitais e terapia interpessoal (13 %); ativação comportamental (17,4 %); terapia comunitária e terapia de solução de problemas (19,6 %) e meditação guiada ou *mindfulness* (23,9 %) (gráfico 1).

Gráfico 1 – Proporção de residentes que utiliza cada IP descrita



Fonte: elaborado pelos autores

Em relação a quantas IPs de referência são utilizadas por cada residente, dez deles (21,7 %) afirmaram utilizar mais da metade das IPs descritas e quatro (8,7 %) não assinalaram nenhuma das IPs descritas como de sua utilização na prática clínica (tabela 1).

Tabela 1 – Número de IP utilizadas pelos residentes, dentre as 13 de referência

Número de IP	Residentes n (%)
0	4 (8,7)
1 a 3	14 (30,4)
4 a 6	18 (39,1)
7 ou mais	10 (21,7)

Fonte: elaborada pelos autores

Dentre os 42 residentes que afirmaram utilizar alguma das IPs de referência, 33 (78,6 %) assinalaram sentir dificuldade nessa prática e, desses, mais da metade (57,6 %) apontou que o processo de trabalho é um motivo para essa dificuldade. Quatorze residentes (42,4 %) assinalaram pouco conhecimento teórico e 15 (45,5 %) pouca habilidade prática como responsáveis pela dificuldade em utilizar as IPs (tabela 2).

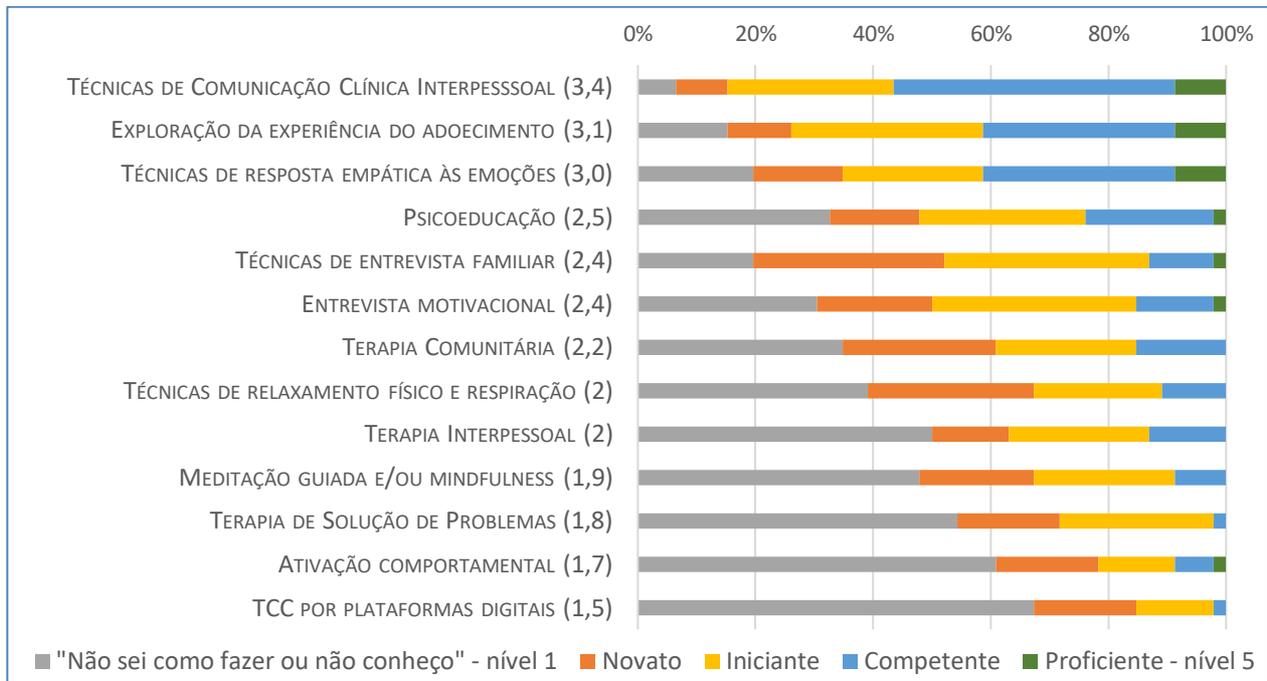
Tabela 2 – Respostas dos residentes sobre as dificuldades em utilizar IPs para TMC (N=33)

Motivos para a dificuldade dos residentes em utilizar alguma intervenção psicossocial	Residentes	
	n	%
O processo de trabalho dificulta o uso de intervenções psicossociais	19	57,6
Tenho pouca habilidade prática para usar intervenções psicossociais	15	45,5
Tenho pouco conhecimento teórico sobre como usar intervenções psicossociais	14	42,4
Apesar de conhecer bem a teoria, tenho pouca habilidade prática usar intervenções psicossociais	9	27,3

Fonte elaborada pelos autores

Quanto ao nível de competência autorreferido pelos residentes sobre cada uma das 13 IPs estudadas (gráfico 2, na página seguinte), as intervenções com maior proporção de residentes que atribuíram nível de competência “iniciante” (“sei como fazer, mas tenho pouca experiência prática”) 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 psicoeducação (52,2%).

Gráfico 2 – Proporção de residentes em relação ao nível de competência referido para cada IP de referência, em ordem decrescente da média dos níveis de competência



Fonte: elaborado pelos autores

Ao calcular a média dos níveis de competência atribuídos para cada intervenção, as maiores foram alcançadas pelas 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); enquanto TCC por plataformas digitais (1,5), ativação comportamental (1,7) e terapia de solução de problemas (1,8) foram as intervenções com as menores médias.

Dezenove residentes (41,3 %) se declararam com nível “iniciante” ou superior em mais da metade das 13 IP (tabela 3).

Tabela 3 – Proporção dos residentes em relação número de IP cujo nível 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)

Fonte: elaborada pelos autores

Os meios que mais contribuíram para o aprendizado dos residentes sobre intervenções psicossociais para abordagem de TMC, em ordem decrescente foram: método autoinstrucional (69,6 %); aulas teóricas na residência (65,2 %) e prática clínica supervisionada na residência (58,7 %). Os meios assinalados com menor frequência foram, em ordem crescente: treinamento em laboratório de habilidades, tanto na graduação (6,5 %), quanto na residência (13 %) e, com 23,9 % cada, prática clínica supervisionada na graduação, oficinas em congressos e cursos teórico-práticos fora da residência.

Para 19 residentes (41,3 %), é “pouca” a contribuição da residência para a aquisição de competências em IPs para TMC. Para outros 18 (39,1 %), é “suficiente”; para sete, (15,2 %) essa contribuição é “ótima”; e dois deles (4,3 %) consideraram “nenhuma” a contribuição da residência nesse aspecto.

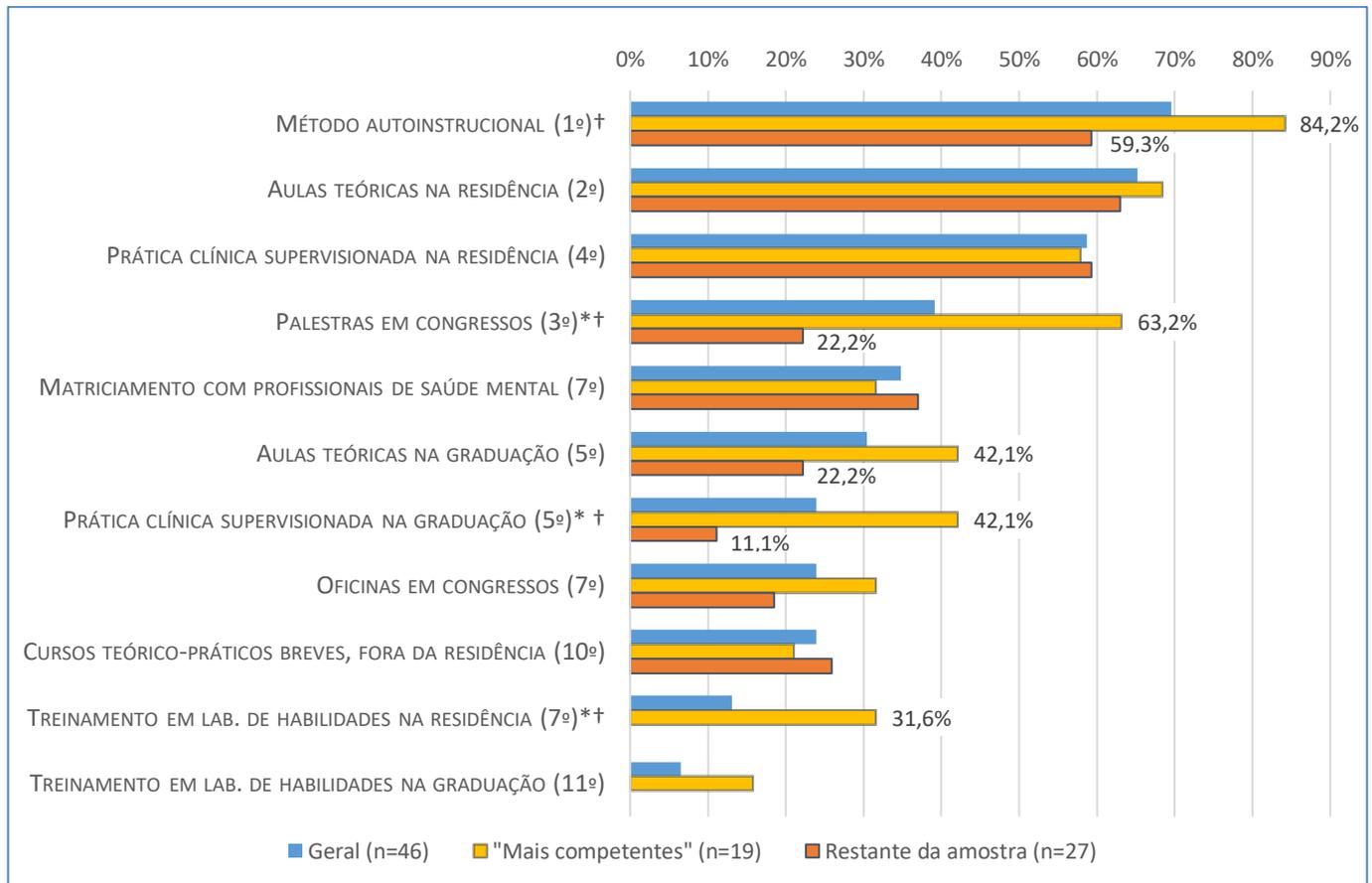
Ao serem questionados sobre quais IPs gostariam de ter mais capacitação, as intervenções assinaladas por mais da metade dos residentes foram, em ordem decrescente: meditação guiada e/ou *mindfulness* (71,7 %); terapia comunitária (58,7 %); técnicas de relaxamento físico e exercícios de respiração (54,3 %) 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.

Análise comparativa entre residentes com maior ou menor competência autorreferida em IPs para TMC

Ao comparar as características do grupo de residentes que se autoavaliaram com nível “iniciante” ou maior em mais da metade das IPs de referência (“mais competentes”) com os demais residentes, não foram observadas diferenças relevantes entre as variáveis sociodemográficas e de trajetória acadêmica dos dois grupos. Por outro lado, os residentes “mais competentes”, em seus relatos, tendem a aplicar intervenções não farmacológicas para TMC com maior frequência e também a utilizar um maior número de IPs entre as 13 estudadas: 73,7 % ($p < 0,002$) deles utilizam abordagem não farmacológica em mais da metade ou todos os casos de TMC, contra 37,5 % do restante e 47,4 % ($p < 0,0006$) utilizam sete ou mais das 13 IPs, diferentemente dos 3,7 % do restante da amostra

Em relação aos meios de aprendizagem que mais contribuíram para a aquisição de competência sobre o tema, os residentes “mais competentes”, quando comparados aos demais, relataram ter aprendido 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 3).

Gráfico 3 – Respostas de três grupos de residentes sobre quais meios de aprendizagem mais contribuíram para o seu aprendizado sobre o tema, em ordem decrescente do grupo geral



(1º) ordenação decrescente das proporções do grupo de residentes "mais competentes"

(*) diferença estatisticamente significativa: $p < 0,05$

(†) Diferença entre o grupo "mais competente" e restante dos residentes maior do que 20 p.p

Fonte: elaborado pelos autores

DISCUSSÃO

Refletindo, possivelmente, a tendência recente à maior presença de mulheres na profissão médica no Brasil e o fato de a MFC ser a oitava especialidade com a maior proporção de mulheres no país²⁶, mais de dois terços (67,4 %) dos residentes pesquisados se declarou mulher cisgênera. Chama a atenção o fato de que todos os respondentes assinalaram se identificar como pessoas cisgêneras, o que pode estar relacionado a iniquidades estruturais a que é submetida a população transgênera no Brasil, contribuindo, por exemplo, para dificultar seu acesso à educação superior²⁷.

A maioria dos residentes se graduou em medicina no próprio estado de Minas Gerais (86,7 %) e em instituições privadas (62,2 %), o que pode corroborar a tendência do médico de família e comunidade em se fixar na região onde se graduou²⁸ 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 2008²⁹. Minas Gerais é o estado da região sudeste com a maior proporção de vagas em escolas médicas de natureza pública, ainda assim, essas vagas representam apenas 29 % do total no estado²⁶.

Qualquer diagnóstico sobre a residência de MFC em Minas Gerais precisa levar em conta que, dos 26 PRMMFCs ativos no estado em 2020, somente em 18 deles (69,2 %) havia residentes R2 matriculados. Além disso, um deles reuniu 38,2 % de todos os residentes R2 naquele ano, o que se reflete na amostra deste estudo, em que 32,6 % dos participantes pertencem a esse programa. Em um PRMMFC tão extenso, que abrange inclusive diferentes municípios, se por um lado as características do seu ensino teórico podem guardar homogeneidade, por outro, 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. Isso pode contribuir para amenizar uma potencial influência da maior representatividade desse programa nos resultados deste estudo.

Em convergência com o fato de o tratamento não farmacológico ser o método de primeira linha para o manejo dos problemas de saúde mental leves a moderados^{8,9}, a quase totalidade dos residentes (93,5 %) afirma utilizar intervenções não farmacológicas na abordagem de TMC. Porém, ao responderem quais utilizam, 41,9 % citaram intervenções que geralmente compreendem a participação de outros profissionais, sugerindo um entendimento por parte deles de que encaminhar o paciente com TMC para que outro profissional realize uma intervenção não farmacológica é uma forma de utilizar essa intervenção nesse cuidado. Esse percentual não inclui as intervenções baseadas em grupos, mencionadas por 13,9 % deles e que podem também representar encaminhamentos a outros profissionais da equipe de saúde. Além disso, apenas 53,5 % deles afirmaram aplicar eles mesmos as intervenções citadas em mais da metade ou em todos os casos de TMC. O encaminhamento a outros profissionais pode dificultar o acesso a um recurso terapêutico que deveria ser disponibilizado pelos próprios médicos de família e comunidade.

Oyama e colaboradores²⁰, em 2012, e Fraser e colaboradores²¹, em 2015, realizaram estudos na Flórida com preceptores e residentes de um programa de residência de Medicina de Família e encontraram resultados que também retratam uma tendência de pouco uso de intervenções não farmacológicas nos casos de problemas de saúde mental e de relevante contingente de encaminhamentos desses pacientes a outros profissionais. Eles pesquisaram as percepções dos participantes sobre a utilização de *brief office counseling* (em tradução livre: aconselhamento breve no consultório), definido no estudo como a utilização de técnicas de

aconselhamento (técnicas cognitivo-comportamentais, técnicas de terapia interpessoal e aconselhamento suportivo) em consultas ambulatoriais de pacientes com problemas de saúde mental. No primeiro estudo, dos 160 residentes pesquisados, 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”. Em cenários de APS, onde é alta a prevalência de TMC, encaminhar “a maioria” das pessoas com esses problemas está em desacordo com as melhores práticas e com a preferência dos próprios pacientes³⁰. No estudo de 2015, foi identificado que apesar de a maioria (63 %) dos 230 preceptores e residentes pesquisados terem concordado que “aconselhamento psicológico para problemas comuns de saúde mental pode ser feito de forma efetiva em consultas regulares”, 22,2 % discordaram dessa afirmação, um número significativo tendo-se em vista as recomendações de tratamento atuais sobre o tema. Além disso, apenas pouco mais da metade dos respondentes (52,6 %) discordaram de que “é melhor deixar para profissionais de saúde mental o aconselhamento psicológico direcionado à depressão e à ansiedade”, quase um terço (29,4 %) permaneceu neutro e 18 % deles concordaram com essa afirmação.

A prática de médicos de família e comunidade de encaminhar pacientes com TMC para abordagem terapêutica por outros profissionais deve ser discutida com cuidado, principalmente se considerarmos a escassez global de profissionais de saúde mental integrados aos serviços de APS¹¹. O médico de família e comunidade deve prover aos pacientes com transtornos mentais leves a moderados tratamento não farmacológico por meio de intervenções psicológicas breves baseadas em evidências^{13,14,24}. Apesar de esse tipo de intervenção também poder ser realizada por outros profissionais treinados¹⁶, nos casos em que médicos e enfermeiros da atenção primária estejam capacitados e aptos a aplicar essa abordagem, não é essencial a participação de outros profissionais, principalmente se a disponibilidade deles for restrita. A abordagem multiprofissional deve ser priorizada para os casos de transtornos moderados a graves mais complexos e refratários^{8,9}.

Chama a atenção a presença das PICS³¹ nas respostas dos residentes ao citarem intervenções não farmacológicas para abordagem de TMC. Apesar de tais práticas poderem integrar, com evidências de benefício, o cuidado de qualquer pessoa com transtorno mental,³¹ a maioria delas envolve procedimentos físicos, como no caso da acupuntura, da auriculoterapia e da crenoterapia, ou focam terapeuticamente, ainda que em uma perspectiva holística, intervenções medicamentosas, como é o caso do uso de plantas medicinais/fitoterapia, da homeopatia e da medicina antroposófica, se afastando de racionalidades terapêuticas mais psicológicas, como no caso das IPs adotadas como referência para este estudo.

Em relação às 13 IPs estudadas, a proporção de utilização pelos residentes (cerca de 80% assinalaram utilizar menos da metade delas) e o nível de competência referido por eles (58,7 % se autoavaliaram com nível “novato” ou “não sei como fazer ou não conheço” em sete ou mais das IPs) sugerem uma utilização limitada de ferramentas essenciais na abordagem a problemas de alta prevalência nesse contexto nos cenários de formação da MFC em Minas Gerais e apontam para a necessidade de maior inserção do treinamento sobre essas modalidades de intervenção nos processos formativos. Dentre as três IPs mais utilizadas e com maiores níveis de competência referidos pelos residentes, duas (técnicas de comunicação clínica interpessoal e técnicas de exploração da experiência do adoecimento) se destacaram, possivelmente por integrarem os princípios básicos da entrevista clínica e os fundamentos da abordagem centrada na pessoa³³ e serem amplamente mencionadas em diversas áreas de competência no Currículo Baseado em Competências para MFC¹³. Apesar disso, a proporção de residentes que afirmam utilizar as técnicas de exploração da experiência de adoecimento ficou em 63 % e 58,7 % entre os que se autoavaliaram com nível de competência “iniciante” ou menor nessa intervenção, o que sugere que eles a utilizem pouco ou tem dificuldade de identificar essa utilização na sua prática, talvez por um conhecimento limitado sobre ela. Essa tendência também foi observada no estudo de Fraser e colaboradores²¹, em que menos de 10 % dos entrevistados referiram usar frequentemente a técnica *BATHE* (em inglês: *background, affect, trouble, handling, empathy*; em tradução livre: contexto, afeto, efeito, manejo, empatia), importante ferramenta para investigar o *status* psicossocial do paciente, e apenas 21 % referiram ter participado de treinamento sobre ela durante sua formação.

As técnicas de resposta empática às emoções fecham o grupo das três intervenções com os maiores índices de utilização e competência em relação às demais, tendo sido assinalada como utilizada por 56,5 % dos residentes. A menor utilização dessa intervenção em relação às técnicas de comunicação clínica interpessoal e às técnicas de exploração da experiência do adoecimento pode estar associada ao fato de que ela não tem sido abordada de forma específica nas principais referências utilizadas para ensino na especialidade, especialmente as de publicação nacional^{16,33,34,35}. Uma publicação nacional mais recente, de Grosseman e Dohms,¹⁸ abordou adequadamente essas técnicas.

Dentre os 42 residentes que afirmaram utilizar alguma das IPs de referência, 78 % revelaram sentir dificuldade nessa utilização por, em sua maioria, não se sentirem com formação adequada. Desses, 42,4 % relataram pouco conhecimento teórico e 45,5 % pouca habilidade prática como motivos para essa dificuldade. Para 57,6 % deles, seu processo de trabalho dificulta ou inviabiliza a utilização dessas ferramentas. Oyama e colaboradores²⁰, também questionaram os preceptores e residentes de medicina de família sobre os motivos pelos quais eles não

fornece *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.

Van Rijswijk e colaboradores²² investigaram as percepções de médicos de família holandeses sobre a abordagem a transtornos depressivos e ansiosos, com os resultados convergindo com os do presente estudo no sentido de que, apesar de relatarem consideráveis reservas em relação aos medicamentos antidepressivos, os médicos pesquisados afirmaram se sentir incapazes de oferecer outras modalidades de tratamento específicas que consideraram valiosas e compatíveis com a prática de sua especialidade, como a psicoeducação, o aconselhamento e intervenções baseadas em terapia cognitiva comportamental e a terapia de solução de problemas (TSP). 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 realizar algumas abordagens não farmacológicas.

A TSP, apesar de ser uma das intervenções com mais evidências de eficácia e indicação precisa na abordagem a TMC, principalmente na depressão maior²⁴, ficou entre as menos utilizadas (17,8 %) e com a terceira menor média de níveis de competência relatados (1,8). Isso talvez justifique a presença dessa intervenção entre as principais demandas de capacitação apontadas pelos residentes. Os já mencionados desafios da formação e treinamento adequados e das dificuldades impostas pelo processo de trabalho dos profissionais também foram identificados em um estudo qualitativo realizado na Austrália por Pierce e Gunn²³ sobre o uso de TSP pelos médicos generalistas. Alguns participantes desse estudo consideraram, inclusive, que técnicas como essa não fazem parte do papel do médico generalista, mas sim de outros profissionais.

Além do processo de trabalho e dos déficits formativos, outra barreira importante para o aprendizado e a utilização na prática clínica de IPs por médicos de família 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. O estudo de Pierce e Gunn²³ concluiu que parece não haver um entendimento compartilhado entre os profissionais sobre o que é e o que não é TSP na prática do cuidado 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.

Os desafios percebidos sobre o uso de IPs para TMC apontam para a necessidade de se avaliar na prática se os cenários de formação em MFC têm provido capacitação adequada sobre o tema, com preceptores treinados e ambientes de atuação prática protegidos o suficiente para que os residentes possam superar as dificuldades relatadas.

Três métodos de aprendizagem foram considerados por mais de 60 % dos residentes como os mais importantes para a sua aquisição de competências sobre IPs para TMC: o método autoinstrucional, as aulas teóricas na residência e a prática clínica supervisionada na residência. Em contraste, menos de um terço dos residentes considerou importante a participação de métodos do contexto da graduação para esse aprendizado. Se por um lado a residência, comparada aos outros cenários de aprendizagem (graduação, congressos e cursos específicos), foi considerada por eles como mais importante, por outro lado quase a metade dos residentes (45,6 %) considerou que a residência teve “pouca” ou “nenhuma” contribuição para o conhecimento e habilidades que adquiriram sobre essa temática. As percepções por parte dos residentes de competências limitadas e de contribuição pequena da residência nesse aprendizado apontam para possíveis fragilidades no ensino dessas modalidades de intervenção nos PRMMFCs e para a necessidade de priorizá-lo nesses cenários, bem como no treinamento de preceptores.

A compreensão de que a terapia comunitária e as técnicas de meditação são viáveis de ser utilizadas na APS para pacientes com TMC³² e deveriam ser contempladas nos cenários de formação está presente na percepção dos residentes. A meditação guiada e/ou *mindfulness* é a IP em que o maior número de residentes deseja ser mais capacitado (71,7 %), seguida pela terapia comunitária (58,7 %). Essas intervenções estão entre as que os residentes menos referem utilizar (terapia comunitária, 17,8 % e meditação guiada/*mindfulness*, 23,9 %) e entre as que se relacionam a limitados níveis competência (médias de competência 2,2 e 1,9, respectivamente), o que parece explicar a percepção de necessidade de aprendizagem evidenciada. A terapia comunitária é uma ferramenta de aplicação mais complexa, que demanda formação mais específica e depende da mobilização de grupos¹⁵, o que pode estar associado à menor proporção de utilização e aos menores níveis de competência referidos pelos residentes nesse caso. Por sua vez, a meditação guiada, especialmente a baseada em *mindfulness* (em tradução livre: estar atento, ter atenção plena), é uma intervenção de maior praticidade, adaptável a consultas individuais e breve, o que facilita sua aprendizagem e aplicação¹⁹. Assim, estratégias de capacitação em saúde mental que contemplem essas duas IPs têm grande potencial de benefício nos PRMMFC.

Em relação à análise comparativa entre os residentes com maior competência autopercebida (“mais competentes”) e os demais, foi identificada significativa diferença em

relação aos meios de aprendizagem sobre IPs para TMC entre os grupos. Se, por um lado, as aulas teóricas na residência e a prática clínica supervisionada na residência têm importância semelhante como meio de aprendizado para os dois grupos, por outro, uma maior proporção do grupo “mais competente” considera o método autoinstrucional, as aulas teóricas na graduação, a prática clínica supervisionada na graduação, as palestras em congressos e o laboratório de habilidades na residência como métodos com mais importante contribuição nesse aprendizado, sendo que, para os três últimos, essa diferença apresentou significância estatística ($p < 0,05$). Para o grupo “mais competente”, além do maior peso atribuído ao método autoinstrucional, a graduação (aulas teóricas e prática clínica supervisionada) aparece como cenário de destaque na aquisição de suas competências sobre o tema, o que parece corroborar a hipótese de uma insuficiência da residência nesse contexto e apontar a importância de que essa formação comece já na graduação. Todos os residentes que assinalaram o treinamento em laboratório de habilidades na residência como um método importante são do grupo “mais competente”, o que sugere que esse método possa ter um papel relevante no ensino de IPs.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando a alta prevalência de TMC em cenários de APS e a relevante carga de morbidade que esses problemas de saúde impõem à população, são necessários estudos acerca do manejo não farmacológico desses transtornos por médicos e médicas de família e comunidade no Brasil. Neste artigo, apresentamos um estudo exploratório sobre a autopercepção de competências e demandas de aprendizagem no uso de IPs para TMC por residentes de medicina de família e comunidade no estado de Minas Gerais. Os diferentes percursos metodológicos dificultam comparações, porém, os resultados do presente estudo convergem com os de outros trabalhos ao apontarem déficits e barreiras na utilização dessas intervenções e ao indicarem a capacitação insuficiente e aspectos do processo de trabalho como os principais desafios a serem superados pelos profissionais médicos da APS nesse contexto.

A maioria dos residentes pesquisados refere utilizar um número limitado de IPs e se percebe com competência limitada em ferramentas como a terapia de solução de problemas, a ativação comportamental, a meditação guiada/*mindfulness*, as técnicas de relaxamento físico e respiração e a psicoeducação. Além disso, a percepção por parte deles de que a residência contribuiu pouco para a sua aquisição de competências sobre IPs para TMC sugere a existência de fragilidades no ensino desse tema em um cenário que deve ter um papel primordial nesse treinamento.

Entre as limitações a serem consideradas ao interpretar os resultados estão: a amostragem por conveniência, que não permite dimensionar a representatividade da amostra pesquisada, e a capacidade limitada de generalização, não sendo possível assumir que as percepções dos residentes deste estudo sejam semelhantes às de residentes de outras regiões do país ou às de médicos de família e comunidade já formados. Embora não seja propriamente uma limitação, destacamos que este trabalho avalia a autopercepção de competência sobre o tema e que são necessários estudos que avaliem diretamente os conhecimentos, habilidades e atitudes, bem como mais ensaios clínicos e investigações qualitativas com as intervenções estudadas em cenários brasileiros.

Diante da inexistência de um instrumento de coleta validado que contemplasse os objetivos propostos, a elaboração do questionário representou um grande desafio e, mesmo que ele ainda deva ser aperfeiçoado, pode ser considerado uma relevante contribuição deste trabalho para futuras pesquisas sobre o tema.

Este trabalho permitiu identificar a percepção por residentes prestes a concluir sua especialização em MFC de lacunas formativas sobre o uso de IPs na abordagem de TMC. Intervenções validadas para o manejo desses problemas necessitam ser priorizadas no treinamento de profissionais que devem ter entre suas competências essenciais a utilização adequada dessas técnicas. Os resultados obtidos sugerem a necessidade de que novos estudos, assim como cada cenário de formação, avaliem na prática o emprego dessas ferramentas, assim como os recursos e dispositivos utilizados para o seu ensino. A inclusão, de forma específica e detalhada, das ferramentas de intervenção psicossocial referidas neste estudo no Currículo Baseado em Competências para a MFC, documento que orienta o ensino dessa especialidade em programas de residência médica no Brasil, pode representar um passo importante nessa direção.

REFERÊNCIAS

1. GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet* [Internet]. 2020 [acesso em 2021 mai. 10]; 396(10258): 1204-1222. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30925-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30925-9). Erratum in: *Lancet*. 2020 Nov 14;396(10262):1562. PMID: 33069326; PMCID: PMC7567026.
2. World Health Organization. Depression and other common mental disorders: global health estimates. Geneva: WHO [Internet]; 2017 [acesso em 2021 mai. 10]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/254610>
3. Fonseca MLG, Guimarães MBL, Vasconcelos EM. Sofrimento difuso e transtornos mentais comuns: uma revisão bibliográfica. *Rev APS* [Internet]. 2008 [acesso em 2020 abr. 16]; 11(3): 285-294. Disponível em: <https://periodicos.ujf.br/index.php/aps/article/view/14269>.

4. Menezes ALA, Athie K, Favoreto CAO, Ortega F, Fortes S. Narrativas de sofrimento emocional na Atenção Primária: contribuições para uma abordagem integral culturalmente sensível em Saúde Mental Global. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2019 [acesso em 2020 abr. 16]; 23: e170803. <https://doi.org/10.1590/Interface.170803>
5. Steel Z, Marnane C, Iranpour C, Chey T, Jackson JW, Patel V et al. The global prevalence of common mental disorders: A systematic review and meta-analysis 1980-2013. *Intern J Epidem* [Internet]. 2014 [acesso em 2020 abr. 16]; 43(2): 476–493. <https://doi.org/10.1093/ije/dyu038>.
6. Gonçalves DA, Mari JJ, Bower P, Gask L, Dowrick C, Tófoli LF et al. Brazilian multicentre study of common mental disorders in primary care: rates and related social and demographic factors. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2014 [acesso em 2020 abr. 16]; 30(3): 623–632. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00158412>
7. Soegaard HJ. Undetected common mental disorders in long-term sickness absence. *Intern J Fam Med* [Internet]. 2012 [acesso em 2020 abr. 16]; 2012(1): 1-9. <https://doi.org/10.1155/2012/474989>.
8. 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 [Internet]; 2011 [acesso em 2020 abr. 16]. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg123>.
9. Smith RC, Osborn GG, Dwamena FC, D’Mello D, Freilich L, Laird-Fick HS. Essentials of psychiatry in primary care: behavioral health in the medical setting. New York: McGraw-Hill Education [Internet]; 2019 [acesso em 2020 abr. 16]. Disponível em: <https://accessmedicine.mhmedical.com/book.aspx?bookID=2636>.
10. Lancetti A, Amarante P. Saúde mental e saúde coletiva. In: Campos GWS, et al (Orgs.). *Tratado de saúde coletiva*. 2.ed. São Paulo: Hucitec; 2008. p. 615-34.
11. World Health Organization. World Health Family Doctors. Integrating mental health into primary care: a global perspective. Geneva: WHO/ WONCA [Internet]; 2008 [acesso em 2020 abr. 16]. Disponível em: https://www.who.int/mental_health/resources/mentalhealth_PHC_2008.pdf.
12. Wenceslau LD, Ortega F. Saúde mental na atenção primária e saúde mental global: perspectivas internacionais e cenário brasileiro. *Interf Com Health Educ* [Internet]. 2015 [acesso em 2020 abr. 16]; 19 (55): 1121–1132. <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.1152>.
13. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Currículo baseado em competências para medicina de família e comunidade [Internet]. 2015 [acesso em 2020 abr. 16]. Disponível em: [http://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/Curriculo%20Baseado%20em%20Competencias\(1\).pdf](http://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/Curriculo%20Baseado%20em%20Competencias(1).pdf).
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 [Internet]. Geneva: WONCA; 2017 [acesso em 2020 abr. 16]. Disponível em: <http://www.globalfamilydoctor.com/site/DefaultSite/filesystem/documents/Groups/Mental%20Health/WPMH%20role%20of%20FPs%20in%20non%20drug%20interventions.pdf>.
15. Mendonça ME. Abordagem comunitária: terapia comunitária. In: Gusso G, Lopes JMC (Org.). *Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática*. Porto Alegre: Artmed; 2012. p. 274-287.
16. Gonçalves DA, Chazan LF, Almeida N, Fortes S. Intervenções psicossociais na atenção primária à saúde. In: Schmidt MI, Giugliani ERJ, Duncan MC, Giugliani C. *Medicina*

- ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4.ed. Porto Alegre: Artmed; 2013. p. 98-106.
17. Cole SA, Bird J. The medical interview: the three function approach. 3.ed. Philadelphia: Elsevier/Saunders; 2014.
18. 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 Ed. do Kindle; 2020. p. 172-191.
19. Peh A, Chang J, Cheng J, Khim LH, Huimin P, Shong TW et al. Effective psychological interventions in primary care. Singapore: Eastern Health Alliance [Internet]; 2016 [acesso em 2020 abr. 16]. Disponível em: <https://medicine.nus.edu.sg/nuhscg/wp-content/uploads/sites/5/2019/12/Effective-Psychological-Interventions-in-Primary-Care.compressed.pdf>
20. Oyama O, Burg MA, Fraser K, Kosh SG. Mental health treatment by family physicians: current practices and preferences. Fam Med [Internet]. 2012 [acesso em 2020 abr. 16]; 44(10): 704-11. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23148002/>.
21. Fraser K, Oyama O, Burg MA, Spruill T, Allespach H. Counseling by family physicians: implications for training. Fam Med [Internet]. 2015 [acesso em 2020 abr. 16]; 47(7): 517-523. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26562638/>
22. Van Rijswijk E, Van Hout H, Van de Lisdonk E, Zitman F, Van Weel C. Barriers in recognising, diagnosing and managing depressive and anxiety disorders as experienced by family physicians; a focus group study. BMC Fam Pract. BMC Family Practice [Internet]. 2009 [acesso em 2020 abr. 16]; 10(1): 1-7. Disponível em: <https://bmcpimcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2296-10-52>.
23. 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 Fam Pract [Internet]. 2007 [acesso em 2020 abr. 16]; 8(1): 1-8. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-8-24>
24. Dowrick C, Lam C. Core competencies of family doctors in primary mental health care. Global primary mental health care. 1. ed. Abingdon: Routledge; 2020.
25. 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.
26. Scheffer M, Cassenote A, Guerra A, Guilloux AGA, Brandão APD, Miotto BA et al. Demografia médica no Brasil 2020. Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP. São Paulo: Conselho Federal de Medicina [Internet]; 2020 [acesso em 2021 mai. 16]. Disponível em: https://www.fm.usp.br/fmusp/conteudo/DemografiaMedica2020_9DEZ.pdf
27. Borret RH, Oliveira DOPS, Amorim ALT, Baniwa BA. Vulnerabilidades, interseccionalidades e estresse de minorias. In: Ciasca SV, Hercowitz A, Junior AL. Saúde LGBTQIA+: práticas de cuidado transdisciplinar. Santana de Parnaíba: Manole, 2021. p.59-71.
28. Rodrigues ET, Forster AC, Santos LL, Ferreira JBB, Falk JW, Fabbro ALD. Perfil e trajetória profissional dos egressos da residência em medicina de família e comunidade do Estado de São Paulo. Rev Bras Ed Méd [Internet]. 2017 [acesso em 2020 abr. 16]; 41 (4): 604-614. <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v41n4RB20160084>.
29. Sarti TD, Fontenelle LF, Oliveira BLCA, Rossi SV, Oliveira MHM, Almeida APSC. Onde se graduam os médicos de família e comunidade do Brasil? Rev Bras Med Fam Comunidade [Internet]. 2021 [acesso em 2021 jun. 16]; 16 (43): 1-10. [https://doi.org/10.5712/rbmf16\(43\)2626](https://doi.org/10.5712/rbmf16(43)2626).

30. Wun YT, Lam TP, Goldberg D, Lam KF, Li KTD, Yip KC . Reasons for preferring a primary care physician for care if depressed. *Fam Med* [Internet]. 2011 [acesso em 2020 abr. 16]; 43(5): 344-350. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21557105/>
31. Ministério da Saúde (Brasil). 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.
32. Muricy AL, Cortes HM. Práticas integrativas e complementares como boas práticas em saúde mental. In: Pinho P, Cortes HM, Rabelo DF, Amor ALM (org.). *Saúde da família em terras baianas*. Cruz das Almas: Editora UFRB [Internet]; 2020 [acesso em 2021 jun. 16]. p. 161-180. Disponível em: https://issuu.com/edufbr/docs/saude_da_familia_em_terras_baianas
33. Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CF, Freeman TR. *Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico* [Internet]. 3. ed. Porto Alegre: Artmed; 2017 [acesso em 2021 jun. 16]. Disponível em: https://www.google.com.br/books/edition/Medicina_Centrada_na_Pessoa/HzMqDwAAQBAJ?hl=pt-BR&gbpv=0
34. Gusso G, Lopes JMC, Dias LC. *Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2019.
35. Freeman TR. *Manual de medicina de família e comunidade de McWhinney*. 4. ed. Porto Alegre: Artmed; 2018.