

**UNIVERSIDADE PROFESSOR EDSON ANTÔNIO VELANO - UNIFENAS**  
**MARIA CLARA DE SOUZA DIAS NORONHA**

**FORTALECIMENTO DA SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA:  
DESENVOLVIMENTO DE UM MANUAL PARA CAPACITAÇÃO EM  
TRANSTORNOS MENTAIS ATRAVÉS DE SIMULAÇÃO DE CONSULTAS  
CLÍNICAS GRAVADAS**

**Belo Horizonte**

**2024**

**MARIA CLARA DE SOUZA DIAS NORONHA**

**FORTALECIMENTO DA SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA:  
DESENVOLVIMENTO DE UM MANUAL PARA CAPACITAÇÃO EM  
TRANSTORNOS MENTAIS ATRAVÉS DE SIMULAÇÃO DE CONSULTAS  
CLÍNICAS GRAVADAS**

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado Profissional em Ensino em Saúde da Universidade Professor Edson Antônio Velano – UNIFENAS, para obtenção do título de Mestre em Ensino em Saúde

Orientador: Prof. Dr. Alexandre Araújo Pereira

**Belo Horizonte**

**2024**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
Biblioteca Unifenas BH Itapoã

Noronha, Maria Clara de Souza Dias.

Fortalecimento da saúde mental na atenção primária: desenvolvimento de um manual para capacitação em transtornos mentais através de simulação de consultas clínicas gravadas. [Manuscrito] / Maria Clara de Souza Dias Noronha. – Belo Horizonte, 2024.  
111 f.

Orientador: Prof. Dr. Alexandre de Araújo Pereira.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Professor Edson Antônio Velano, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ensino em Saúde, 2024.

1. Educação médica. 2. Saúde mental. 3. Cuidados primários de saúde. I. Noronha, Maria Clara de Souza Dias. II. Universidade Professor Edson Antônio Velano. III. Título.

CDU: 61:378

Bibliotecária responsável: Gisele da Silva Rodrigues CRB6 - 2404



**Presidente da Fundação Mantenedora - FETA**

Larissa Araújo Velano Dozza

**Reitora**

Maria do Rosário Velano

**Vice-Reitora**

Viviane Araújo Velano Cassis

**Pró-Reitor Acadêmico**

Daniel Ferreira Coelho

**Pró-Reitora Administrativo-Financeira**

Larissa Araújo Velano Dozza

**Pró-Reitora de Planejamento e Desenvolvimento**

Viviane Araújo Velano Cassis

**Diretor de Pesquisa e Pós-graduação**

Bruno Cesar Correa Salles

**Vice-diretora de Pesquisa e Pós Graduação**

Laura Helena Órfão

**Coordenador do Curso de Mestrado Profissional em Ensino em Saúde**

Aloísio Cardoso Junior

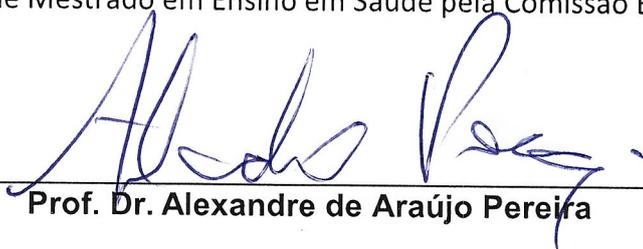
# Certificado de Aprovação

**FORTALECIMENTO DA SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA:  
DESENVOLVIMENTO DE UM MANUAL PARA CAPACITAÇÃO EM TRANSTORNOS  
MENTAIS ATRAVÉS DE SIMULAÇÃO DE CONSULTAS CLÍNICAS GRAVADAS**

**AUTORA:** Maria Clara de Souza Dias Noronha

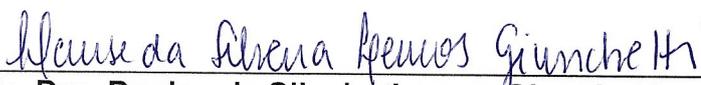
**ORIENTADOR:** Prof. Dr. Alexandre de Araújo Pereira

Aprovada como parte das exigências para obtenção do Título de Mestre, no Programa de Pós-graduação Profissional de Mestrado em Ensino em Saúde pela Comissão Examinadora.



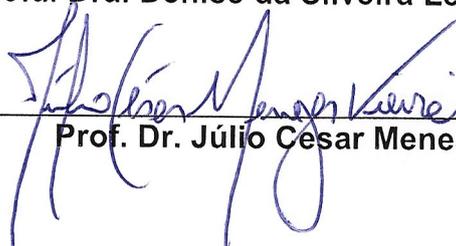
---

**Prof. Dr. Alexandre de Araújo Pereira**



---

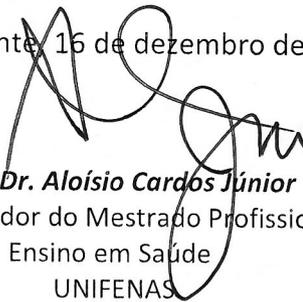
**Profa. Dra. Denise da Silveira Lemos Giunchetti**



---

**Prof. Dr. Júlio César Meneses Vieira**

Belo Horizonte, 16 de dezembro de 2024.



**Prof. Dr. Aloísio Cardoso Júnior**  
Coordenador do Mestrado Profissional  
Ensino em Saúde  
UNIFENAS

Dedico este trabalho de pesquisa à minha família, em especial aos meus pais, pelo amor incondicional e suporte integral; ao meu noivo, Daniel, por ser meu maior incentivador; à Fernanda, minha querida amiga, com quem compartilho diariamente a rotina profissional e pessoal; a todos os profissionais de saúde que, atuando na Atenção Primária, acreditam no poder da empatia e no compromisso com a saúde mental da comunidade; aos pacientes, que confiam seus desafios a nós, e aos estudantes que nos permitem aprender e crescer com eles.

Que esta pesquisa inspire a busca contínua por conhecimento e práticas transformadoras.

## **AGRADECIMENTOS**

Ao meu orientador, Prof. Dr. Alexandre Araújo Pereira, por me guiar durante todo o processo de elaboração deste trabalho, incentivando-me e acreditando em mim neste momento final.

Aos professores e colegas de turma UNIFENAS, que compartilharam generosamente seu conhecimento, oferecendo orientações valiosas e inspiração ao longo do caminho.

Aos meus alunos, por sua curiosidade e entusiasmo, que renovam meu compromisso com o ensino em saúde.

Aos meus pacientes, que, diariamente, me lembram da importância do cuidado humano e da escuta atenta, aos quais dedico grande parte desta pesquisa.

E a todos que, de forma direta ou indireta, contribuíram para que este trabalho fosse possível, o meu sincero agradecimento.

"A medicina é a arte da humanidade aplicada à ciência; é na escuta e no cuidado que encontramos o verdadeiro sentido de nossa profissão".  
(Hipócrates)

## RESUMO

**Introdução:** Com a Reforma Psiquiátrica no Brasil, mudanças dinâmicas e significativas acompanharam o processo de cuidado em saúde mental, promovendo a desinstitucionalização, o cuidado em liberdade e a proteção dos direitos humanos. Esses avanços trouxeram novos desafios, especialmente na Atenção Primária à Saúde, em que o despreparo das equipes para lidar com transtornos mentais encontra-se como um problema frequente. Nesse contexto, a criação de materiais que integram a formação prática e teórica é essencial para fortalecer a assistência em saúde mental. **Objetivos:** a presente pesquisa teve como objetivo principal desenvolver um manual de orientação para o uso de vídeos padronizados de consultas clínicas voltados para capacitação de profissionais da Atenção Primária à Saúde em saúde mental. Especificamente, buscando definir objetivos de aprendizagem, identificar estratégias de abordagem para transtornos mentais e oferecer um recurso educativo que promova práticas centradas no paciente. **Metodologia:** A pesquisa utilizou a revisão narrativa da literatura, analisando estudos publicados entre 2018 e 2023, sendo consultadas bases, como Google Acadêmico, PubMed, SciELO e sites oficiais (OMS, OPAS, Ministério da Saúde), em busca de documentos, guias e manuais relacionados à saúde mental e a Atenção Primária à Saúde. Além disso, a pesquisa baseou-se na experiência prática do Bloco de Neuropsiquiatria da UNIFENAS, que integra o matriciamento de equipes da Atenção Primária à Saúde, com estratégias pedagógicas centradas no paciente. **Resultados:** A revisão incluiu uma prevalência significativa de transtornos mentais entre usuários da Atenção Primária à Saúde, apontando a necessidade de intervenções educativas específicas. Para tanto, foi desenvolvido um manual para capacitação em transtornos mentais utilizando vídeos simulados de consultas clínicas. Foram utilizados 05 (cinco) vídeos de simulação de consultas padronizadas, de livre acesso, disponíveis no Acervo de Recursos Educacionais em Saúde (ARES), da Plataforma da Universidade Aberta do SUS (UNASUS), a partir da Biblioteca Virtual do NESCON. Os vídeos abordaram casos como transtorno de ansiedade, abuso de benzodiazepínicos, transtorno depressivo com risco de suicídio, dependência química e transtorno psicótico. Nesse sentido, o manual, alinhado às diretrizes de políticas públicas e princípios da Atenção Primária à Saúde, visa aprimorar a qualidade do cuidado e a humanização no atendimento em saúde mental. **Conclusão:** esta pesquisa contribuiu para a formação de profissionais de saúde mais preparados para enfrentar as complexidades da saúde mental na Atenção Primária à Saúde, cuja integração de vídeos simulados e um manual de orientação permite capacitar profissionais e tutores de

forma prática e teórica, promovendo uma abordagem centrada na pessoa e fortalecendo a assistência em saúde mental no Brasil.

**Palavras-Chave:** saúde mental; atenção primária à saúde; educação médica

## ABSTRACT

**Introduction:** With the Psychiatric Reform in Brazil, dynamic and significant changes have accompanied the process of mental health care, promoting deinstitutionalization, care in freedom and the protection of human rights. These advances have brought new challenges, especially in Primary Health Care, where teams are often unprepared to deal with mental disorders. In this context, the creation of materials that integrate practical and theoretical training is essential to strengthen mental health care. **Objectives:** The main objective of this research was to develop an orientation manual for the use of standardized clinical consultation videos aimed at training Primary Health Care professionals in mental health. Specifically, it sought to define learning objectives, identify approach strategies for mental disorders and offer an educational resource that promotes patient-centered practices. **Methodology:** The research used a narrative literature review, analyzing studies published between 2018 and 2023. Consulted databases such as Google Scholar, PubMed, SciELO and official websites (WHO, PAHO, Ministry of Health), searching for documents, guides and manuals related to mental health and Primary Health Care. In addition, the research was based on the practical experience of the Neuropsychiatry Block at UNIFENAS, which integrates the matrix support of Primary Health Care teams with patient-centered pedagogical strategies. **Results:** The review includes a significant prevalence of mental disorders among Primary Health Care users, pointing to the need for specific educational interventions. To this end, a manual for training in mental disorders was developed using simulated videos of clinical consultations. Five (5) simulation videos of standardized consultations, freely accessible, were used. These videos are available in the Health Educational Resources Repository (ARES) of the Open University of SUS (UNASUS) Platform, accessed through the Virtual Library of NESCON. The videos covered cases such as anxiety disorders, benzodiazepine abuse, depressive disorders with suicide risk, chemical dependency and psychotic disorders. In this sense, the manual, aligned with public policy guidelines and the principles of Primary Health Care, aims to improve the quality of care and humanization in mental health care. **Conclusion:** This research contributes to the training of health professionals who are better prepared to deal with the complexities of mental health in Primary Health Care. The integration of simulated videos and a guidance manual enables professionals and tutors to be trained in a practical and theoretical way, promoting a person-centered approach and strengthening mental health care in Brazil.

**Keywords:** mental health; primary health care; medical education

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> - Estratégias curriculares para a formação em saúde mental de profissionais da APS.....	35
<b>Quadro 2</b> - Estratégias educativas para a capacitação em saúde mental de profissionais da APS.....	36
<b>Quadro 3</b> - Estratégias Educacionais em Saúde Mental do Curso Médico da UNIFENAS/Belo Horizonte.....	43

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária de Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS-AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPS-IJ	Centro de Atenção Psicossocial Infante-Juvenil
CIAP Primária	Classificação Internacional das Doenças Mentais para a Atenção Primária
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
EAD	Educação a Distância
ECHO	Extension for Community Health Care Outcomes
ESF	Equipes de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MEEM	Mini-exame do Estado Mental
MS	Ministério da Saúde
NED	Núcleo de Educação a Distância
OMS	Organização Mundial da Saúde
PCC	Problema, Conceito e Contexto
PMAQ Básica	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAP	Reforma Assistencial Psiquiátrica
RAPB	Rede de Atenção à Saúde Mental da Prefeitura de Belo Horizonte
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RP	Reforma Psiquiátrica
RPB	Reforma Psiquiátrica Brasileira
SUS	Sistema Único de Saúde
TIC	Tecnologias de Informação e Comunicação

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>21</b>
<b>2 MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>24</b>
<b>2.1 Breves considerações sobre a Reforma Assistencial Psiquiátrica (RAP) .....</b>	<b>24</b>
<b>2.2 Epidemiologia dos transtornos mentais no contexto da atenção em saúde.....</b>	<b>26</b>
<b>2.3 Desafios e Estratégias para a Integração da Saúde Mental na APS .....</b>	<b>30</b>
<b>2.4 Estratégias de ensino em saúde mental para profissionais de APS.....</b>	<b>33</b>
<b>3 JUSTIFICATIVA .....</b>	<b>40</b>
<b>4 OBJETIVOS .....</b>	<b>40</b>
<b>4.1 Objetivo geral.....</b>	<b>40</b>
<b>4.2 Objetivos específicos.....</b>	<b>40</b>
<b>5 PERCURSO METODOLÓGICO.....</b>	<b>40</b>
<b>5.1 Metodologia.....</b>	<b>40</b>
<b>5.2. Características principais de uma revisão narrativa .....</b>	<b>41</b>
<b>6 RESULTADOS.....</b>	<b>44</b>
<b>6.1 Descrição resumida do Manual.....</b>	<b>44</b>
<b>6.2 Apresentação do Manual.....</b>	<b>47</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>98</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>101</b>
<b>APÊNDICE 1 .....</b>	<b>112</b>
<b>ANEXO 1 - PROPOSTA EDUCATIVA EM SAÚDE MENTAL PARA MÉDICOS DA ATENÇÃO BÁSICA .....</b>	<b>117</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Compreender o processo de saúde e doença e, principalmente, a dimensão dos conceitos e cuidados em saúde mental, marca sempre uma tarefa difícil, apesar dos inúmeros movimentos sociais e políticos no Brasil e no mundo. Os tempos mostram evoluções significativas, quando se refere à saúde mental no Brasil, todavia, aparenta ainda ser imprescindível continuar lutando por mudanças, buscando alcançar as inúmeras expectativas criadas há décadas, sendo preciso desenvolver novos olhares e práticas interventivas adequadas às queixas gerais de sofrimento psíquico.

Para tanto, torna-se necessário, também, contar com um movimento maior dos órgãos governamentais responsáveis, da sociedade e da comunidade científica. Nessa área, pesquisas são de grande contribuição para ampliar conhecimentos, levantar necessidades e possibilidades de recursos para melhorias. É com esta proposta de contribuição científica e criação de recursos no campo da saúde mental que o presente trabalho foi desenvolvido.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) registra que a saúde mental compõe uma rede de fatores relacionados, podendo ser considerada um estado de bem-estar vivido pelo indivíduo, capaz de desenvolver suas habilidades pessoais para responder aos desafios da vida e contribuir com a comunidade. A saúde mental resulta da interação de fatores biológicos, psicológicos e sociais, portanto, tem características biopsicossociais (Who, 2024).

Por um lado, o Ministério da Saúde (MS) esclarece que o serviço da Atenção Primária de Saúde (APS) deve garantir o primeiro acesso à saúde, incluindo, também, cuidados em saúde mental. É um serviço do Sistema Único de Saúde (SUS), atendendo aos princípios fundamentais da universalidade, integralidade e equidade. É nesse contexto que as ações são desenvolvidas em um território geograficamente conhecido, o que indica facilidade de acesso e possibilita aos profissionais a proximidade e o conhecimento da história de vida das pessoas e do ambiente em que estão inseridas. Dessa forma, os profissionais desenvolvem também percepções dos pacientes em situações de sofrimento psíquico. No entanto, a realização de práticas em saúde mental na APS deixa muitas dúvidas e receios entre os profissionais (Brasil, 2013).

Por outro lado, é importante considerar as pontuações da OMS, que faz uma crítica aos sistemas de saúde que permanecem significativamente carentes de recursos, ao identificar grandes lacunas de tratamento em todo o mundo. Registra, ainda, que os cuidados de saúde mental costumam ser de baixa qualidade quando prestados. Existem indicativos de que as pessoas com problemas de saúde mental, muitas vezes, também sofrem estigma, discriminação e violações dos direitos humanos (Who,2024).

Conforme sinalizado pelo MS, os transtornos mentais estão incluídos nos serviços de APS, sendo direito de toda a população. Portanto, os profissionais necessitam aprimorar habilidades específicas desse campo de atuação, fato sinalizado da seguinte maneira pelo Ministério. Senão, vejamos:

Ao atentar para ações de saúde mental que possam ser realizadas no próprio contexto do território das equipes, pretendemos chamar a atenção para o fato de que a saúde mental não exige necessariamente um trabalho para além daquele já demandado aos profissionais de Saúde. Trata-se, sobretudo, de que estes profissionais incorporem ou aprimorem competências de cuidado em saúde mental na sua prática diária, de tal modo que suas intervenções sejam capazes de considerar a subjetividade, a singularidade e a visão de mundo do usuário no processo de cuidado integral à saúde. (Brasil, 2013, p.11)

A escolha da presente pesquisa foi moldada pela trajetória da pesquisadora, cujas experiências profissionais e acadêmicas, ao longo de sua formação, evidenciaram a importância de aprofundar conhecimentos na área de saúde mental. Durante sua graduação em Medicina, vivenciou atendimentos em contextos de atenção primária à saúde, como prontos-socorros e ambulatórios, onde os desafios relacionados ao cuidado em saúde mental mostraram-se frequentes e complexos. Essas experiências destacaram a necessidade de uma formação mais robusta para desenvolver abordagens adequadas e humanizadas no atendimento a pacientes com transtornos mentais.

Após a conclusão do curso de Medicina, a prática clínica inicial, tanto em plantões hospitalares quanto em centros de atendimento vinculados a convênios, confirmou a alta prevalência de casos relacionados à saúde mental, evidenciando a urgência de complementar a formação acadêmica com conhecimentos especializados na área. Pouco tempo depois, a pesquisadora iniciou sua atuação como médica na Estratégia de Saúde da Família e, como preceptora de alunos de Medicina na Universidade Prof. Edson Antônio Velano, campus de Alfenas. Simultaneamente, matriculou-se no Mestrado em Ensino em Saúde e na Pós-Graduação em Psiquiatria. Esses novos aprendizados não apenas ampliaram suas competências clínicas no manejo de transtornos mentais, mas também potencializaram sua capacidade de orientar alunos do sexto ano de Medicina no enfrentamento dessas demandas.

Essa trajetória de formação acadêmica e prática profissional culminou na motivação para desenvolver um projeto de pesquisa voltado à capacitação em saúde mental para profissionais da atenção primária à saúde (APS). Nesse contexto, a pesquisadora foi direcionada a participar de um curso de extensão em saúde mental, elaborado pelo Professor Dr. Alexandre Araújo Pereira, orientador deste trabalho. Intitulado “Sem saúde mental não há saúde!”, o curso, disponível no Núcleo de Educação a Distância (NED), da Universidade Prof. Edson Antônio

Velano, foi oferecido no formato de Educação a Distância (EAD), por meio da plataforma UNIFENAS Digital.

Nesse contexto, como uma das concluintes do curso, pode-se afirmar que se revela uma ferramenta útil para o aprimoramento contínuo dos profissionais atuantes na APS, haja vista que, ao adentrar pelos temas relacionados à saúde mental, o curso não apenas amplia os conhecimentos teóricos, mas também proporciona uma abordagem contextualizada com o tema, enriquecendo a capacidade de intervenção no âmbito da atenção primária. A flexibilidade do formato EAD demonstra ser uma solução eficaz para conciliar a demanda profissional e a busca por aprimoramento, permitindo que os participantes moldem seu próprio ritmo de aprendizado. Diante disso, considera-se que o curso EAD, em questão, representa um investimento valioso no desenvolvimento profissional, promovendo uma abordagem integral e atualizada para lidar com os desafios complexos relacionados à saúde mental na APS.

Por esse motivo, inicialmente, o objetivo principal da dissertação de mestrado era avaliar e aprimorar o curso de EAD cursado. Infelizmente, em virtude de escassa literatura sobre o tema, identificada pela revisão bibliográfica de escopo, foi necessária uma mudança de rota, como ficará claro na redefinição dos objetivos. As estratégias realizadas na revisão de escopo e resultados encontram-se no APÊNDICE 1.

Diante desse cenário, tornou-se necessário reestruturar o objetivo e a metodologia da pesquisa. Assim, foi realizada uma revisão narrativa de atualização da literatura para fundamentar o novo objetivo estabelecido: “Criar um guia ou manual de orientação para utilização de 05 vídeos de consultas clínicas padronizadas em saúde mental, direcionado para profissionais da atenção primária à saúde”, que haviam sido incorporados, em 2019, ao curso de EAD.

Esta proposta foi desenvolvida com base em subsídios conceituais (artigos e documentos oficiais do Ministério da Saúde) e na experiência prática do orientador e da pesquisadora para a organização do produto técnico proposto. A seção 2 apresenta o marco teórico, com breves pontuações sobre a Reforma Psiquiátrica, mudança da filosofia assistencial brasileira e o papel do SUS nesse movimento. Descreve, também, a epidemiologia dos principais transtornos mentais, abordando: ansiedade, depressão, dependência por substâncias químicas, somatização e psicoses (esquizofrenia). Em seguida, aborda os desafios e estratégias para a integração da saúde mental no âmbito de APS, explorando, principalmente, a falta de capacitação profissional. Esse percurso teórico é concluído com as estratégias de ensino em saúde mental para profissionais de APS, apresentando diversas iniciativas, por meio de projetos relevantes já em andamento e, de forma significativa, bem avaliados.

A seção 3 apresenta a justificativa, os objetivos, a trajetória metodológica para o desenvolvimento e as conclusões deste trabalho. Finalizando, a seção 4 apresenta os resultados obtidos, em que são apresentados os vídeos utilizados para a elaboração do produto técnico e a descrição do guia/manual, que aborda os principais transtornos mentais e que constituem as maiores demandas no âmbito de APS.

## **2 MARCO TEÓRICO**

### **2.1 Breves considerações sobre a Reforma Assistencial Psiquiátrica (RAP)**

O movimento da Reforma Assistencial Psiquiátrica (RAP) no Brasil foi influenciado, principalmente, pelo modelo das práticas do psiquiatra Franco Basaglia, o grande ideário do movimento antimanicomial, implantado na Itália, a partir da década de 1960. Os resultados positivos dessa experiência foram recomendados pela OMS, em 1973, marcando o importante processo de formulação crítica e prática, com objetivos e estratégias para a elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria (Barroso; Silva, 2011).

Segundo Amarante (1994), a história da Psiquiatria brasileira é a história de um processo de asilamento e medicalização social. Nesse contexto, o autor questionou quem são os loucos e lembrou que, normalmente, são encontrados entre os miseráveis, os marginais, os pobres, trabalhadores, camponeses, índios, negros, desempregados, portanto, aparentam demonstrar perigo para a ordem pública. Esta condição é gerada por diferentes motivos sociais, identificada de forma distorcidas, que os levam a receber o título de doentes mentais. Tal cenário justificou a necessidade de intervenções no campo da doença mental e da assistência psiquiátrica.

Nesse sentido, ao abordar o hospital psiquiátrico do século XIX, Foucault (2001) esclarece muito bem as relações de poder que o médico exercia sobre os pacientes:

Assim se estabelece a função muito curiosa do hospital psiquiátrico do século XIX: lugar de diagnóstico e de classificação, retângulo botânico onde as espécies de doenças são divididas em compartimentos cuja disposição lembra uma vasta horta. Mas também espaço fechado para um confronto, lugar de uma disputa, campo institucional onde se trata de vitória e submissão. O grande médico do asilo - seja ele Leuret, Charcot ou Kraepelin - é ao mesmo tempo aquele que pode dizer a verdade da doença pelo saber que dela tem, e aquele que pode produzir a doença em sua verdade e submetê-la, na realidade, pelo poder que sua vontade exerce sobre o próprio doente (Foucault, 2001, p.122).

No Brasil, a RAP provocou mudanças relevantes, instituindo novas práticas nos cuidados em saúde, além de direcionar novos valores sociais e culturais para o campo da saúde

mental. Basaglia (1985) destacou a importância da participação da sociedade naquele momento, a qual deveria ocupar, também, um lugar de transformação e de reação ao exercício do poder praticado pelas instituições de atendimento ao doente mental. O marco legal dessa mudança ocorreu a partir da aprovação da Lei nº 10.216/2001, apresentada pelo então deputado Paulo Delgado (Brasil, 2001).

Posteriormente, leis complementares, portarias ministeriais, estaduais e municipais, de acordo com os princípios de gestão tripartite, foram instituídas e preconizadas pelo SUS. Embasado em experiências prévias de atenção à saúde mental, em serviços comunitários e extra hospitalares desenvolvidos no Brasil, desde o final dos anos 1980, o MS determinou, em 2002, a incorporação e o financiamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), com o intuito de organizar as ações de saúde mental no âmbito dos territórios de saúde (Berlinck; Magtaz; Teixeira, 2008).

Berlinck, Magtaz e Teixeira (2008) destacam que essa importante mudança da filosofia assistencial brasileira dá ênfase às estratégias de assistência comunitária em detrimento das hospitalares, exigindo a participação dos diversos atores do SUS, em particular da APS, estruturada pela estratégia de saúde da família, já que ela é responsável direta dos cuidados à população em um dado território. É da articulação dos CAPS com a APS que se estabelece um eixo essencial da linha de cuidados de saúde mental no SUS, que passa a integrar a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), ordenadora das diretrizes assistenciais em saúde mental no Brasil.

Em dezembro de 2020, o Brasil apresentava uma rede de 43.286 equipes de Saúde da Família, vinculadas à Estratégia Saúde da Família (ESF), 8.639 equipes na modalidade de Atenção Básica Tradicional (equivalentes à ESF) e 2.180 equipes associadas à adesão ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ), as quais eram parametrizadas como ESF. A estimativa de cobertura populacional, vinculadas às Equipes de Saúde da Família (ESF), alcançava 133.710.730 pessoas (Brasil, 2022).

Importa apontar, também, a expansão do CAPS, no Brasil, pois, em 2022, o país contava com 2.836 CAPS habilitados, distribuídos em 1.910 municípios, em todos os Estados e no Distrito Federal, conforme dados obtidos no MS (Brasil, 2022).

Mais recentemente, Araújo e Torrenté (2023) discutem sobre os inúmeros desafios para manter uma rede comunitária de serviços de saúde mental, que atenda às demandas territoriais, conforme o modelo implantado pela Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB). Esse modelo foi implantado para substituir a postura assistencial biomédica, com foco nos hospitais

psiquiátricos e nas excessivas terapêuticas medicamentosas, pelo atendimento baseado em práticas centradas nos sujeitos, nos territórios e nos direitos humanos.

Os autores destacam a lamentável condição de retrocesso no processo de implantação desse modelo, durante os últimos anos, considerando-o reflexo de mudanças na legislação e nas políticas de contrarreforma psiquiátrica. Essas mudanças levaram à reintrodução do hospital psiquiátrico na rede de atenção psicossocial e fortaleceram as Comunidades Terapêuticas (CTs), principalmente, por meio de suportes financeiros, o que levou a um número expressivo de internações de crianças, adolescentes e pessoas em uso abusivo de álcool e outras drogas. (Araújo; Torrenté, 2023)

Nesse contexto, os autores concluem:

A longa trajetória das lutas, as experiências acumuladas nessa direção e os êxitos alcançados mostram a capacidade de superação e produção de iniciativas inovadoras. Cabe retomar o caminho original da RPB, também na forma de um tributo às muitas pessoas que se dedicam ao trabalho e defesa da RPB, fortalecidos pela demanda de milhares de cidadãos do país que precisam ter sua dignidade resgatada e assegurada (Araújo; Torrenté, 2023, p. 4, tradução nossa)<sup>1</sup>

Considerando a política brasileira atual, pautada pelos princípios democráticos de organização social, preocupada com a reafirmação do SUS e a criação de um Departamento de Saúde Mental, os autores reconhecem a necessidade emergencial de discutir e definir um modelo de atenção em saúde mental mais efetivo.

## **2.2 Epidemiologia dos transtornos mentais no contexto da atenção em saúde**

A saúde mental é um componente essencial da saúde geral e do bem-estar individual e coletivo, influenciando significativamente a qualidade de vida, a capacidade funcional e a produtividade das pessoas (Sockalingam, et al., 2018)

No atual plano de ação em saúde mental da OMS (Mental Health Action Plan 2013 – 2020), são consideradas como portadoras de transtornos mentais aquelas pessoas que enfrentam quadros de depressão, transtornos de ansiedade, esquizofrenia, transtorno bipolar, demência, transtorno de uso de substâncias, deficiências intelectuais e transtornos de desenvolvimento e comportamento. Esses transtornos mentais afetam, em algum momento da vida, cerca de um quarto da população. Diversos determinantes, de natureza individual, social, cultural,

---

<sup>1</sup>Inglês (USA), Araújo; Torrenté, 2023, p. 4

econômica e ambiental, contribuem para o desenvolvimento desses transtornos (Häfele; Nobre; Siqueira, 2023).

Os autores, acima mencionados, apontam que, entre essas patologias, a **depressão e a ansiedade** são as que se destacam, atingindo a maior parte da população, com prevalência mundial. A depressão é considerada pela OMS a doença com maior impacto na carga global de doenças, indicando uma das maiores causas de incapacidade.

Conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE/Pesquisa Nacional de Saúde, 2019), é possível constatar um notável aumento no número de indivíduos que receberam diagnóstico de depressão por profissionais atuantes no contexto de cuidado à saúde mental. Em 2019, 10,2% das pessoas, com 18 anos ou mais, informaram ter sido diagnosticadas, o que equivale a, aproximadamente, 16,3 milhões de indivíduos. Esse percentual representa um aumento de 34% em relação a 2013, quando a proporção era de 7,6%. Ao desagregar os dados por gênero, observa-se que, independentemente do ano em análise, as mulheres reportaram diagnóstico de depressão, aproximadamente, 2,8 vezes mais do que os homens. Além disso, ao comparar os anos de 2013 e 2019, nota-se que a proporção daqueles que relataram diagnóstico de depressão aumentou ligeiramente mais entre as mulheres (35%) do que entre os homens (31%). Em 2019, os idosos, na faixa etária de 60 a 64 anos, representavam a porção mais afetada, com 13,2% deles tendo recebido diagnóstico de depressão (Brasil, 2020).

Outro desafio global refere-se ao abuso e à **dependência de substâncias químicas**. No Brasil, em 2021, o SUS documentou 400,3 mil atendimentos a indivíduos com transtornos mentais e comportamentais, associados ao consumo de drogas e álcool. Esse número reflete um aumento de 12,4%, em comparação a 2020, que registrou 356 mil casos. Dentre os atendimentos registrados, o abuso de álcool foi o mais prevalente, totalizando 159,6 mil casos, em todos os níveis de atenção, em 2021, em comparação a 125 mil casos, em 2020. Outros transtornos destacados incluem os relacionados ao uso de cocaína (31,9 mil) e fumo (18,8 mil). Diferentes substâncias, como opiáceos, canabinoide, sedativos, hipnóticos, alucinógenos, solventes voláteis e estimulantes (incluindo cafeína), também foram identificadas, embora com menor frequência. O uso de múltiplas drogas, e outras substâncias psicoativas não especificadas individualmente, resultou em 151,3 mil atendimentos (Brasil, 2022).

Cuidar integralmente de usuários de substâncias psicoativas, exige uma abordagem multifacetada. A complexidade do fenômeno abrange várias dimensões, incluindo a história de uso e vulnerabilidades, considerando aspectos como contexto social, histórico familiar e condições econômicas. Ainda é importante ressaltar que usuários, frequentemente, enfrentam

problemas de saúde, tanto físicos quanto mentais. É essencial oferecer cuidados médicos abrangentes e acessíveis para tratar todas as demandas de transtornos mentais e outras comorbidades (Pinheiro e Torrenté, 2020).

No contexto do SUS, o caminho para o diagnóstico e o tratamento da dependência química começa na APS, que, por sua capilaridade e conhecimento local, oferece condições ideais para apoiar a cessação do uso de substâncias. A complexidade do cuidado desdobra-se em diferentes níveis, integrando a RAPS, e pode envolver encaminhamentos para a atenção especializada, preferencialmente, para um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-AD). Caso indisponível, o paciente pode ser encaminhado para o CAPS I ou para o Centro de Atenção Psicossocial Infância-Juvenil (CAPS IJ), dependendo da faixa etária (Brasil, 2022).

Outra grande demanda, nos setores de APS, é a de pacientes apresentando queixas somáticas sem uma base orgânica identificável. Esse fenômeno generalizado, conhecido como "somatização", é um termo amplamente utilizado no âmbito médico e psiquiátrico, sendo mais precisamente conceituado, em 1988, por Lipowski. Ele define a "somatização" como uma propensão para vivenciar e comunicar desconforto somático e sintomas, que não podem ser explicados por achados patológicos, atribuindo-os a condições físicas e, assim, buscando ajuda médica. Em pacientes com **transtornos de somatização**, o sofrimento emocional ou situações de vida desafiadoras são expressos por meio de sintomas físicos (Lazzaro; Ávila, 2004).

Retomando os estudos dos autores mencionados acima, é importante ressaltar que a presença de somatizações não exclui o diagnóstico de outras doenças psiquiátricas, mas pode servir como uma pista valiosa para o diagnóstico. Depressão e ansiedade estão, frequentemente, associadas à somatização, sendo comum a coexistência de transtorno de somatização com depressão, transtornos ansiosos, como transtorno do pânico ou transtorno obsessivo-compulsivo, transtornos de personalidade ou transtorno por abuso de substâncias psicoativas.

O transtorno de sintomas somáticos, introduzido como um diagnóstico formal na quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), caracteriza-se pela presença de sintomas físicos persistentes associados a pensamentos, emoções ou comportamentos exacerbados em relação a esses sintomas. Essa condição gera impactos significativos na funcionalidade e no bem-estar dos indivíduos. A prevalência estimada desse transtorno varia entre 5% e 7% na população geral, com predominância marcante em mulheres (relação de 10:1 em comparação aos homens), podendo manifestar-se em diferentes fases da vida, desde a infância até a idade adulta. Em contextos de atenção primária à saúde, a

prevalência pode atingir cerca de 17%, refletindo a maior concentração de casos nesse nível de cuidado. (D'SOUZA; HOOTEN, 2023).

Além dos transtornos mentais citados acima, deparamos com a **psicose**, que representa um desafio significativo na APS, devido à complexidade de seu manejo e à necessidade de coordenação com níveis de atenção secundária e terciária (Andrews et al., 2018). Estudos epidemiológicos recentes indicam que a prevalência de transtornos psicóticos na população geral permanece em torno de 1%. Por exemplo, uma pesquisa realizada em 2024 no Brasil revelou uma prevalência de 6,5% para transtornos mentais na população adulta, embora não tenha especificado a porcentagem correspondente exclusivamente a psicoses (SILVA et al., 2024).

A psicose é um transtorno mental grave que se manifesta por meio de alterações significativas no pensamento, na percepção da realidade e no comportamento, necessitando de uma abordagem integral e multidisciplinar na APS. De acordo com o MS, a APS desempenha um papel fundamental no reconhecimento precoce e manejo inicial da psicose, atuando como porta de entrada para o sistema de saúde. Portanto, os profissionais devem estar preparados para identificar sinais e sintomas de alerta, como delírios e alucinações, além de ofertar intervenções psicossociais, suporte psicoterapêutico breve e encaminhamento para serviços especializados, como o CAPS, assegurando a continuidade do cuidado e o vínculo dos pacientes com a rede de saúde (Brasil, 2022).

Nesse contexto, a OPA reforça a necessidade de capacitar os profissionais de saúde da APS para o reconhecimento precoce dos sinais de psicose, avaliação adequada da gravidade e elaboração de planos de cuidado, que abordem tanto as necessidades clínicas quanto psicossociais dos pacientes, haja vista que a APS possui um papel crucial na redução do estigma associado à psicose e na promoção da inclusão social dos indivíduos afetados. (OPAS, 2020).

Ademais, é importante ressaltar os quadros de esquizofrenia, caracterizada por distorções no pensamento, na percepção, nas emoções e no comportamento, afetando significativamente o funcionamento social e ocupacional do indivíduo. No âmbito da APS, o MS reforça a importância de uma abordagem integrada e centrada no paciente (Brasil, 2022). A OPAS destaca que os planos terapêuticos devem incluir intervenções baseadas em evidências, como o manejo medicamentoso inicial, suporte à adesão ao tratamento e fortalecimento da articulação com a rede de saúde mental e a comunidade, garantindo um atendimento integral, acessível e contínuo (OPAS, 2020).

A integração de cuidados entre diferentes níveis de atenção é fundamental para garantir um tratamento eficaz para os pacientes com psicose. A coordenação com especialistas em saúde

mental, o acompanhamento regular e o suporte comunitário são componentes essenciais de um plano de cuidado abrangente. A educação e o suporte para os familiares dos pacientes podem melhorar a adesão ao tratamento e a qualidade de vida dos envolvidos (Sheehan, et. al., 2022); (Sockalingam, et al., 2018)

### **2.3 Desafios e Estratégias para a Integração da Saúde Mental na APS**

A integração da saúde mental na APS é uma estratégia crucial para garantir um cuidado abrangente e acessível, permitindo que a maioria das necessidades de saúde mental da população seja abordada no nível mais próximo de suas comunidades. Essa integração é fundamental, dado que a APS é frequentemente o primeiro ponto de contato dos pacientes com o sistema de saúde, o que a torna um cenário estratégico para a identificação precoce, o manejo e a prevenção de transtornos mentais (Sockalingam, et al., 2018).

Estima-se que cerca de 20% dos pacientes atendidos na APS apresentam algum tipo de transtorno mental, sendo os sintomas mais comuns a depressão, a ansiedade, a insônia, a somatização, a psicose e o uso de substâncias (Martins et al., 2021). Essas condições não apenas afetam a saúde mental, mas também têm impactos significativos na saúde física, no bem-estar social e no desempenho laboral dos indivíduos. (Hamilton-West; Bates; Hotham; Wilson, 2019)

Segundo Davis et al., (2019), a integração da saúde mental na APS não é apenas uma necessidade clínica, mas também uma estratégia de saúde pública. Tal abordagem na APS pode reduzir a carga de doenças mentais na sociedade, melhorar a qualidade de vida dos indivíduos e promover a equidade em saúde. Intervenções eficazes, nesse contexto, podem reduzir a hospitalização e a utilização de serviços de emergência, resultando em economia de custos para o sistema de saúde.

Além disso, por um lado, a abordagem integrada da saúde mental na APS pode ajudar a tratar comorbidades comuns entre transtornos mentais e doenças crônicas. Por exemplo, pacientes com diabetes ou doenças cardiovasculares, frequentemente, apresentam depressão ou ansiedade, e a abordagem integrada pode melhorar o manejo dessas condições e apresentar bons resultados na saúde geral (Taylor et al., 2019).

Por outro lado, é reconhecido na literatura geral sobre este tema, que existem diversos desafios para a integração da saúde mental na APS. Entre os maiores desafios, pode-se incluir fatores como: a formação insatisfatória dos profissionais, a falta de recursos e a estigmatização dos transtornos mentais. No entanto, várias estratégias têm sido desenvolvidas e implementadas

para superar essas barreiras e melhorar o cuidado com a saúde mental nesse nível de atendimento.

Esperat et al. (2020) discutem a implementação de práticas colaborativas interprofissionais, que envolvem a cooperação entre médicos, enfermeiros, psicólogos e outros profissionais de saúde. A organização dos serviços é um fator determinante para a qualidade do cuidado oferecido. Os modelos de atenção colaborativa, em que diferentes profissionais trabalham juntos de forma integrada, têm se mostrado eficazes, justificando melhor evolução dos pacientes com transtornos mentais. Esses modelos promovem a coordenação do cuidado, facilitando o acesso a serviços especializados, quando necessário, e garantindo um acompanhamento contínuo e abrangente.

Estes mesmos autores reforçam essa ideia, mostrando que a colaboração interprofissional é fundamental para o manejo eficaz de doenças crônicas e transtornos mentais. A prática colaborativa não só melhora a qualidade do atendimento, mas também aumenta a satisfação dos pacientes e dos profissionais de saúde.

O acesso aos cuidados de saúde mental é um desafio significativo em muitas comunidades. Daliri et al. (2018) identificam várias barreiras que afetam a utilização dos serviços de saúde mental, incluindo o estigma associado aos transtornos mentais, a falta de conhecimento sobre os serviços disponíveis e as dificuldades logísticas, como a distância e os custos de transporte.

Os autores acima citados comentam que, para superar essas barreiras, é necessário implementar estratégias que promovam a sensibilização da comunidade e que reduzam o estigma. Isso pode incluir campanhas educativas, envolvimento comunitário e a melhoria da acessibilidade dos serviços oferecidos. A integração de serviços de saúde mental com outros serviços de saúde na APS pode facilitar o acesso e a continuidade do cuidado.

Pupo et al. (2020) comentam, também, que a importância da APS no contexto do cuidado em saúde mental reside, sobretudo, em sua proximidade com o ambiente de vida dos usuários, no estabelecimento contínuo de vínculos com a comunidade, na abordagem longitudinal do cuidado, na gestão eficaz de doenças crônicas e condições de longa duração e na adoção dos princípios da integralidade, interdisciplinaridade, intersetorialidade e territorialidade, bem como enfatizam que a APS é reconhecidamente estratégica para:

- facilitar o acesso inicial dos usuários ao sistema, oferecer escuta qualificada, acolhimento, identificação das necessidades de saúde mental e coordenação do cuidado;

- desenvolver ações de promoção da saúde mental, prevenção, diagnóstico e tratamento psicossocial do sofrimento mental comum;
- acompanhar e implementar ações de redução de danos para usuários de álcool e outras drogas;
- monitorar, longitudinalmente, as demandas emocionais e de saúde de pacientes graves, em colaboração com o CAPS e os serviços de urgência/emergência, buscando evitar internações e contribuir para a reabilitação psicossocial e, ainda, oferecer suporte para reduzir a demanda por atendimento especializado em saúde mental.

Os autores citados concluem que a integração da saúde mental na APS, mostra-se, ainda, frágil e incipiente, apesar dos dispositivos propostos pelo MS para qualificação, organização e gestão do cuidado psicossocial nas redes de atenção, como Acolhimento, Projeto Terapêutico Singular (PTS) e Apoio Matricial.

Dalgalarrondo et al. (2023) contribuem com seus estudos, destacando entre os diversos desafios, quanto às redes de assistência à saúde mental, a necessidade de melhor integração entre os setores público e acadêmico. Comentam que os responsáveis pelas diferentes instituições envolvidas precisam assumir novas posturas, a fim de discutirem as raízes de suas divergências, para melhores direções em projetos articulados e integrados para o sistema de saúde mental brasileiro. Os autores citam ações críticas não atendidas no sistema de saúde mental e que demandam um trabalho mais integrado entre os setores público e universitário, que implicam:

- proporcionar melhores cuidados de emergência diante de necessidades observadas (tratamento hospitalar para doentes com transtornos mentais graves em episódios agudos);
- otimizar o uso da clozapina (pacientes com esquizofrenia resistente ao tratamento e outras psicoses graves);
- atualizar a lista e os protocolos de uso de psicofármacos disponíveis no SUS;
- atualizar a reabilitação psicossocial em intervenções;
- implementar uma colaboração bidirecional entre a rede de serviços de saúde mental, especialmente, CAPS e Unidades Básicas de Saúde, oferecendo atenção integral à saúde.

Os autores Dalgalarrondo et al. (2023) acrescentam, ainda, o despreparo de profissionais da APS para identificar e tratar transtornos mentais e para conduzir crises aos aspectos que

merecem atenção para melhorar a saúde mental no Brasil. Destacam, também, dificuldades para delimitar os casos para a gestão da APS e aqueles para encaminhamento, marcando a necessidade de ter orientações mais precisas quanto às responsabilidades compartilhadas com outros órgãos da saúde. É importante apontar que os centros universitários podem contribuir incluindo em suas propostas a formação continuada em saúde mental, preparando profissionais para a avaliação, primeiras intervenções e encaminhamentos para outros serviços especializados, além de colaborar com o CAPS por meio de práticas clínicas baseadas em evidências.

## **2.4 Estratégias de ensino em saúde mental para profissionais de APS**

Apesar dos esforços dos profissionais que compõem as equipes, muitos pesquisadores direcionados ao atendimento e às demandas de sofrimentos psíquicos, que chegam aos serviços de APS, indicam deficiências nesse campo. Diante disso, aponta-se, a seguir, alguns estudiosos que discutem essas questões, além de apresentarem possibilidades de ampliação de recursos, com um olhar de melhorias e segurança profissional, bem como um atendimento qualificado para a população (SANTOS; LIMA, 2023).

Pupo et al. (2020) têm identificado fatores recorrentes que contribuem para as dificuldades persistentes na implementação do modelo psicossocial, incluindo a falta de preparo dos profissionais, especialmente na APS, em relação aos devidos cuidados com a saúde mental, desenvolvendo, muitas vezes, a visão de que esse campo deve ser abordado apenas por especialistas. Embora as demandas por saúde mental sejam frequentes, os usuários tendem a expressar seu sofrimento emocional por meio de queixas físicas, a fim de obterem maior visibilidade, pois pensam que elas têm mais legitimidade do que as demandas socioemocionais. Além disso, em geral, não há uma escuta qualificada do sofrimento, mas sim uma escuta de sintomas, sendo mais propenso a identificar demandas graves, sintomáticas, explícitas e emergenciais, em detrimento da subjetividade, do sofrimento existencial ou situacional.

Considerando que a formação adequada em saúde mental é essencial para preparar os profissionais de saúde para enfrentar os desafios da APS, Nobleza et al. (2021) destacam, em seus estudos, a necessidade de incluir a saúde mental no currículo dos programas de residência médica de Medicina de Família e Comunidade, permitindo que os residentes adquiram competências específicas para o manejo de transtornos mentais. Essa formação não apenas melhora a capacidade dos profissionais de identificar e tratar essas condições, mas também contribui para a redução do estigma associado à saúde mental.

Mendonça *et al.* (2020) descreve a implementação do treinamento do “Mental Health Gap Action Programme” (mhGAP), ferramenta técnica baseada em evidências científicas, com o objetivo de treinar profissionais para o manejo de transtornos mentais. Os autores descrevem a realização do treinamento da equipe de atenção primária e trabalhadores especializados em saúde mental na cidade de São Paulo, Brasil. Os resultados indicaram, por um lado, que o treinamento promove a troca de experiências entre os participantes, possibilitando discutir experiências pessoais, fortalecer a relação entre APS e serviços de saúde mental, além de também fortalecer a prática interdisciplinar. Logo, foi possível concluir que o treinamento fornece ferramentas baseadas para a avaliação e a gestão integrada de transtornos mentais prioritários a profissionais da APS. Por outro lado, os autores destacam que alguns profissionais não demonstraram segurança ao utilizarem o programa.

O mhGAP tem sido implementado em várias regiões do Brasil, com foco em áreas com recursos limitados. No Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), foi realizada uma capacitação de instrutores sobre o Guia de Intervenção mhGAP, patrocinado pela OPAS Brasil e organizado pelo Laboratório de Pesquisa Interdisciplinar em Atenção Primária à Saúde (LIPAPS/UERJ), com o apoio da Secretaria Municipal de Saúde do Rio, e a participação de muitos profissionais de outros municípios dos estados do Rio de Janeiro, Maranhão, Ceará, Minas Gerais e Brasília (OPAS, 2017). Esse programa foi lançado pela OMS, em 2008, reconhecendo a necessidade de oferecer serviços de qualidade às pessoas com transtornos mentais, neurológicos e por uso de álcool e outras drogas. No decorrer dos anos, foram realizadas complementações e atualizações baseadas na literatura científica emergente, sendo que o MI-mhGAP (Manual de Intervenções mhGAP), versão 2.0, incorpora atualizações necessárias e, também, os diferentes comentários recebidos a partir das experiências de campo, visando a contribuições na utilização do guia (OPAS, 2018).

Marchionatti *et al.* (2023) comentam sobre o sistema de saúde mental brasileiro, apontando que existem avanços que devem ser reconhecidos, porém, existem lacunas significativas na articulação entre os diferentes provedores, na avaliação atual do sistema no que se refere à cobertura, financiamento e qualidade do atendimento. Dentre algumas direções discutidas pelos autores, vale destacar o projeto HumanizaSUS, de abrangência nacional, que oferece ferramentas e métodos de apoio de acordo com os princípios do SUS. O material consiste em recomendações práticas para reuniões regulares de equipe, com o objetivo de discutir sobre a saúde mental em ambientes de atenção primária. Consiste, ainda, em orientações para uma escuta eficaz, desenvolvimento de bom vínculo com o paciente e a

avaliação do indivíduo na sua totalidade. Existem, também, publicações para profissionais de atenção primária, com orientações sobre a prática de saúde mental, incluindo informações sobre como diagnosticar, como avaliar o risco e as opções terapêuticas disponíveis.

Os autores acima citam o MS (sd.) e o Governo do Brasil (2013), para se referirem aos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, documentos publicados pelo governo para estabelecer critérios para o diagnóstico de condições de saúde, além de protocolos para os tratamentos recomendados e ferramentas para avaliação e acompanhamento de resultados e efeitos colaterais. Os protocolos são baseados em evidências científicas, oferecendo a segurança necessária para obter a eficácia pretendida. Quanto à saúde mental, os Protocolos e Diretrizes Terapêuticas estão disponíveis para muitas condições comuns no âmbito da APS, como transtorno bipolar, esquizofrenia, agressividade no transtorno do espectro autista, deficiência intelectual, demência de Alzheimer, uso de tabaco e transtornos de déficit de atenção/hiperatividade. Esses problemas de saúde podem ser foco de programas de treinamento complementares, já que incluem, além da população adulta, crianças e idosos.

Há alguns anos, uma extensa revisão da literatura realizada por Pereira, Reinaldo e Andrade (2015), identificou estratégias educativas eficazes que podem ser utilizadas para a formação em saúde mental dos profissionais atuantes na APS. São ações que podem contribuir para uma abordagem mais integral e eficaz no cuidado aos pacientes, além de aprimorar as habilidades clínicas direcionadas às questões de saúde mental. Os autores destacam a importância da educação permanente e dos métodos ativos de ensino. Os quadros 3 e 4, apresentados a seguir, foram construídos a partir das orientações desses autores, fornecendo uma visão abrangente das diferentes abordagens educativas eficazes, permitindo a escolha e combinação de estratégias baseadas nas necessidades específicas e nos recursos disponíveis de formação dos profissionais.

**Quadro 1** - Estratégias curriculares para a formação em saúde mental de profissionais da APS

1. Integração Curricular	Integrar as temáticas de saúde mental de forma transversal ao longo do curso médico, abordando aspectos teóricos e práticos.
2. Curso Introdutório Presencial ou em EAD	Ofertar cursos introdutórios, presenciais ou em formato de EAD, para fornecer ferramentas básicas de intervenção em saúde mental e estabelecer a integração entre serviços de saúde mental e a rede básica.
3. Educação Permanente	Estabelecer programas de educação permanente para médicos da atenção básica, visando ao

	preenchimento de lacunas na formação e à atualização dos conhecimentos em saúde mental.
4. Utilização dos cenários reais de assistência como campo de treinamento	Incentivar a utilização de recursos comunitários e práticas complementares em saúde, como terapia comunitária, grupos de autoajuda, dentre outros.

**Fonte:** adaptado de Pereira, Reinaldo e Andrade (2015)

**Quadro 2** - Estratégias educativas para a capacitação em saúde mental de profissionais da APS

1. Identificação de Necessidades de Treinamento	Identificar as principais necessidades de treinamento em saúde mental para profissionais da APS, de acordo com o contexto de atuação no território.
2. Treinamento de Habilidades Clínicas Básicas	Apresentar modelos de consulta padrão.
3. Ênfase em Micro-Habilidades	Dividir competências amplas em componentes mais simples, chamadas micro-habilidades.
4. Uso de Feedback em Vídeo	Usar feedback na análise de consultas em áudio ou vídeo gravadas pelos alunos.
<b>5. Produção de Vídeos como Ferramenta Educacional</b>	<b>Produzir vídeos com situações clínicas, acompanhados por slides e instruções para tutores, como ferramenta educacional.</b>
6. Intervenções multiprofissionais e interdisciplinares	Capacitar profissionais de saúde de nível superior, que atuam na APS, além de técnicos e agentes comunitários de saúde.
7. Integração de estratégias de aprendizagem	Usar dramatizações, discussões em pequenos grupos, discussões de casos clínicos, aulas dialogadas, seminários, oficinas, rodas de conversa, consultas conjuntas, utilização de vídeo, jornadas, grupos vivenciais e discussão crítica de textos.
8. Matriciamento em Saúde Mental	Integrar modelos de supervisão clínica por especialistas de saúde mental junto à APS, através de consultoria, psiquiatria de ligação, teleconsulta, ou matriciamento presencial.
9. Instrumentos de Avaliação Padronizados	Utilizar instrumentos de orientação diagnóstica, como Classificação Internacional das Doenças Mentais para a Atenção Primária (CIAP) e MI-mhGAP - versão 2.0.

**Fonte:** adaptado de Pereira, Reinaldo e Andrade (2015)

Mais recentemente, a tecnologia, especialmente a telemedicina e a tele-educação, tem desempenhado um papel crucial na expansão da capacidade de manejo de condições de saúde mental na APS. Cruz e Oliveira (2021) apresentam discussões relevantes sobre telemedicina na

APS, citando o Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes, que surgiu em 2007, como uma ferramenta tecnológica de apoio a profissionais de saúde no seguimento de pacientes do SUS.

Esse programa foi evoluindo e mostrando que o uso da telemedicina na APS traz inúmeros benefícios para a oferta de serviços e a ampliação do cuidado à saúde, principalmente, em regiões distantes de serviços especializados de referência. Essa modalidade de atendimento foi reforçada em 2020 devido à calamidade pública com a pandemia do novo coronavírus (SARS-CoV2). Os autores ressaltam a importância de observar questões éticas e bioéticas inerentes a cada nível de atenção do SUS e aspectos como longitudinalidade, relação médico-paciente-comunidade e trabalho, como porta de entrada da APS. Diante de diferentes nuances éticas e bioéticas, essa prática necessita de análises mais detalhadas, que possam conduzir a normas e legislações, de modo a assegurar os direitos dos pacientes e dos profissionais envolvidos.

Dessa forma, o uso da telemedicina pode melhorar o acesso aos cuidados de saúde mental em áreas rurais e com recursos limitados, conforme discutido por Harrison *et al.* (2022) A telemedicina permite que o acompanhamento médico seja realizado, sem a necessidade de deslocamento, o que é especialmente importante em regiões onde os serviços de saúde mental são escassos.

Um projeto modelo de telemedicina acoplado a um modelo de Ensino a Distância (EAD) foi descrito por Sockalingam, et al. (2018). Eles discutem os benefícios dos programas de capacitação continuada, os quais fornecem educação e suporte contínuos para os profissionais da APS. Os autores comentam o Project ECHO (Extension for Community Health CareOutcomes), lembrando que esses programas podem melhorar significativamente a qualidade do cuidado prestado aos pacientes com transtornos mentais, promovendo uma abordagem mais integrada e coordenada. O ECHO é um programa virtual de compartilhamento de saberes e práticas, coordenado pelo Centro de Ciências da Saúde da Universidade do Novo México (EUA), e tem como objetivo promover o fortalecimento das ações de saúde pública nos territórios em diversos cenários. É um espaço de diálogo aberto, de troca, de construção de saberes, pensando na Saúde Pública e objetivando ampliar o acesso a cuidados preventivos e especializados para as populações, além de capacitar médicos da APS e profissionais de saúde comunitária (Oklahoma State Department Of Health, 2019)

No Brasil, o curso de extensão oferecido pela Universidade Prof. Edson Antônio Velano, desde 2015, é um exemplo de estratégia educacional em formato de EAD. De acordo com informações do Núcleo de Ensino a Distância (NED) da UNIFENAS, desde a sua criação, mais de 500 pessoas, incluído profissionais e estudantes da área de saúde, realizaram o curso, cujo

objetivo é introduzir os princípios da atenção à saúde mental no contexto da APS e fornecer ferramentas úteis para o manejo dos principais transtornos mentais, presentes neste nível de atenção à saúde.

Conforme disponibilizado na plataforma NED, trata-se de um curso em formato assíncrono, organizado para que os alunos naveguem na sua plataforma de forma autônoma, sem necessidade de um tutor. Assim, os conteúdos são oferecidos a partir de uma gama variada de recursos instrucionais, como: textos, áudios, figuras, trechos de documentários, orientações gravadas em pequenos vídeos, com a orientação de referências bibliográficas direcionadas aos temas abordados.

Desde 2020, uma atualização do curso passou a contar com uma ferramenta educacional desenvolvida pelo seu coordenador, a partir de sua colaboração com o Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da UFMG (NESCON). Naquela oportunidade, foram gravadas 05 simulações de consultas clínicas padronizadas, em formato de vídeos curtos, que passaram a compor o material dos Cursos de Especialização em Medicina de Família e Comunidade daquela instituição. Participaram o próprio coordenador do curso, que atuou como roteirista e médico durante as filmagens, além de 01 ator amador e 03 atores com formação profissional pela PUC-MG. São vídeos de livre acesso, disponíveis no Acervo de Recursos Educacionais em Saúde (ARES), da Plataforma da Universidade Aberta do SUS (UNASUS), a partir da Biblioteca Virtual do NESCON, cujo acesso é possível através do Módulo – Rede de Atenção: Saúde Mental (Pereira *et al.*, 2020).

O curso, em formato EAD, oferecido pela Universidade Prof. Edson Antônio Velano, está dividido em 03 módulos, com carga horária total de 90 horas, e os vídeos de consultas padrão simuladas foram utilizados no Módulo 03 do curso, como detalhado abaixo:<sup>2</sup>

#### **Módulo 1** - Modelo assistencial e organização da saúde mental no território

- Construção histórica, política e cultural do transtorno mental no Brasil
- Rede de atenção em Saúde Mental
- Carga horária do módulo: 40 horas

#### **Módulo 2** - Abordagem geral dos transtornos mentais na atenção básica

- Epidemiologia dos transtornos mentais na Atenção Básica

---

<sup>2</sup> Vide: BRASIL. Universidade Professor Edson Antônio Velano - UNIFENAS Digital. **Curso de Extensão Online de Saúde Mental**. Núcleo de Educação a Distância (NED) [online]. 2024. Disponível em: <https://ned.unifenas.br/saudemental/>. Acesso em: 20, jul. 2024

- Orientações para avaliação de problemas de Saúde Mental na atenção básica
- Diretrizes de intervenção clínica
- Carga horária do módulo: 30 horas

### **Módulo 3**

- Abordagem dos transtornos mentais mais comuns da atenção básica – Estudos de Caso
- Somatização ou queixas somáticas inexplicadas (vídeo disponível)
- Transtorno de ansiedade e abuso de benzodiazepínicos (vídeo disponível)
- Transtorno depressivo com risco de suicídio (vídeo disponível)
- Dependência química com abstinência alcoólica (vídeo disponível)
- Transtorno psicótico (vídeo disponível)
- Transtorno mental na infância e adolescência (relato de caso escrito)
- Transtorno de conduta e uso nocivo de drogas (relato de caso escrito)
- Carga horária do módulo: 20 horas

Ressalte-se que os 02 programas de curso, da UFMG e da UNIFENAS, foram desenvolvidos a partir de extensa experiência da prática de supervisão de profissionais em saúde mental, no contexto da APS, ocorridos, principalmente, nos municípios de Sobral – CE e Belo Horizonte – MG, além de pesquisa de mestrado, realizada no primeiro município, desenvolvida pelo orientador desta dissertação (Pereira e Andrade, 2018; Pereira, Reinaldo e Andrade, 2015). Como resultado desses estudos, foi possível construir uma proposta de formação em saúde mental, cientificamente embasada, voltada para o contexto da APS. Dessa forma, foi proposta uma estratégia educacional, denominada “Proposta Educativa em Saúde Mental para Médicos da Atenção Básica”, conforme detalhado no ANEXO 1.

Vale lembrar que o recurso de vídeo, com simulação de consultas clínicas padronizadas, já havia sido identificado como uma ferramenta útil na formação de profissionais de saúde (vide Quadro 4). Ele permite, de forma clara e dinâmica, que sejam observadas micro-habilidades importantes na abordagem de pessoas com queixas comportamentais, como: postura ética do entrevistador, fluxo de condução da entrevista, forma de exploração das queixas dos pacientes, elementos de psicopatologia, além da abordagem familiar, orientações de aconselhamento e tratamento. Além disso, os vídeos foram gravados com a possibilidade de serem usados para diversos públicos (alunos de graduação das áreas da saúde, residentes médicos e não médicos e profissionais de saúde em atividade) e diversos cenários (sala de aula presencial, sala de aula virtual e unidades de saúde). Tal configuração permite que essa ferramenta tenha um grande

impacto na formação de recursos humanos em saúde, no Brasil e em outros cenários, caso se viabilize uma versão em outras línguas, já que o contexto de atenção na APS costuma ser semelhante, mesmo em diferentes países.

### **3 JUSTIFICATIVA**

Como os vídeos das consultas clínicas padronizadas foram incorporadas aos cursos apenas nos últimos 4 anos, fazendo parte do material específico de cada um desses programas de formação, identificou-se a necessidade de que esse rico material, raro na realidade brasileira, pudesse ser disponibilizado de forma autônoma, ampliando grandemente a sua oportunidade de uso. Além dos vídeos, é necessário desenvolver um guia ou manual de utilização, incluindo orientações para tutores e profissionais de saúde.

### **4 OBJETIVOS**

#### **4.1 Objetivo geral**

Criar um guia ou manual de orientação para a utilização de 05 vídeos de consultas clínicas padronizadas, direcionadas para profissionais de saúde e tutores.

#### **4.2 Objetivos específicos**

- 1) Definir os objetivos de aprendizagem relacionados a cada vídeo de consultas clínicas padronizadas;
- 2) Identificar as estratégias adequadas de abordagem de cada transtorno mental abordado nos vídeos de consultas clínicas padronizadas, dentro do contexto da APS brasileira.

### **5 PERCURSO METODOLÓGICO**

#### **5.1 Metodologia**

Trata-se de uma revisão narrativa bibliográfica, considerando artigos da literatura produzida entre os anos de 2018 a 2023, já que uma extensa revisão sobre o tema havia sido realizada até aquela data por Pereira e Andrade (2018). O embasamento teórico obtido nesta revisão bibliográfica constituiu o suporte necessário para a elaboração do manual e, conseqüentemente, alcançar os objetivos propostos.

Segundo Rother (2007), uma revisão narrativa da literatura é um tipo de revisão que objetiva descrever e discutir o estado do conhecimento sobre um tema específico, sintetizando informações, a partir de uma análise crítica de artigos e outros materiais disponíveis. Diferentemente de revisões sistemáticas, as revisões narrativas são mais flexíveis em termos de metodologia e não seguem, necessariamente, um protocolo rigoroso de busca e análise. Elas permitem ao autor explorar temas de forma abrangente, discutindo diferentes perspectivas e identificando lacunas e tendências na literatura. Em geral, são úteis para contextualizar temas complexos, formular hipóteses e indicar direções para futuras pesquisas, sendo amplamente utilizadas em áreas em que é importante integrar conhecimentos de diferentes estudos, a fim de proporcionar uma visão ampla e interpretativa sobre um tópico, sem a exigência de uma análise quantitativa rigorosa.

## **5.2 Características principais de uma revisão narrativa**

A revisão narrativa tem como objetivo fornecer uma visão geral e interpretativa de um tema, fundamentada na análise crítica da literatura existente. Diferentemente das revisões sistemáticas, que seguem protocolos rigorosos de seleção e análise de artigos, a metodologia da revisão narrativa é mais flexível. Ela não adota um protocolo sistemático, sendo geralmente guiada pela experiência e julgamento crítico do autor, o que permite uma abordagem mais subjetiva na escolha dos artigos a serem incluídos. Nesse processo, a seleção dos estudos é feita com base em critérios que envolvem não apenas a relevância dos trabalhos para o tema em questão, mas também a qualidade da pesquisa e a contribuição teórica. A revisão narrativa explora diversos aspectos do tema, incorporando diferentes metodologias e abordagens, o que enriquece a discussão e amplia a compreensão do assunto. A apresentação dos resultados ocorre por meio de uma discussão descritiva e interpretativa, na qual o autor destaca as principais tendências observadas nos estudos revisados, além das limitações dessas pesquisas. Por fim, são apresentadas as implicações dos achados, contribuindo para o avanço do conhecimento na área e sugerindo direções para novas investigações.

A presente revisão bibliográfica narrativa foi conduzida com o objetivo de reunir, organizar e analisar criticamente a literatura existente sobre o tema. As etapas metodológicas foram planejadas para garantir a abrangência e relevância das fontes consultadas.

Critérios de Seleção:

**Crêterios de Inclusão:** Publica es disponíveis em texto completo, publicadas entre 2018 e 2023, nos idiomas português, inglês e espanhol, e relacionadas aos temas de saúde mental, aten o primária   saúde e educa o médica.

**Crêterios de Exclusão:** Estudos duplicados, cartas ao editor, resumos de eventos e artigos não relacionados   questão norteadora.

Foram realizadas buscas estruturadas utilizando descritores padronizados, como "saúde mental," "aten o primária   saúde" e "educa o médica," combinados com operadores booleanos. Os estudos identificados passaram por triagem em etapas: análise de títulos, resumos e textos completos, conforme cr terios previamente estabelecidos.

**Fontes de Dados:** para a realiza o desta revisão, foram utilizadas as bases Google Acadêmico, PubMed, SciELO e sites oficiais da Organiza o Mundial da Saúde (OMS), Organiza o Pan-Americana da Saúde (OPAS) e do Ministério da Saúde. A finalidade foi identificar documentos, guias, manuais ou recomenda es alinhados aos objetivos do trabalho.

**Contribui es Adicionais:** outro elemento que contribuiu para o desenvolvimento deste produto educacional foi o *Bloco de Neuropsiquiatria*, aplicado desde 2010 na gradua o do curso de Medicina da UNIFENAS – BH. Esse material foi utilizado como uma base para enriquecer a prática médica, destacando a relevância de compreender a rela o dinâmica e complexa entre cérebro e mente, preservando a subjetividade do paciente (UNIFENAS, 2024).

Conforme descri o ampliada de Pereira *et al.* (2020), trata-se de um instrumento educacional implantado pelo Curso de Medicina da Universidade Professor Edson Antônio Velano, Campus de Belo Horizonte, sobre o estigma dos alunos de medicina. Seu Projeto Político Pedagógico, foi elaborado conforme as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), preconizando a forma o de um médico generalista, com forte ênfase na aten o primária e em serviços de urgência geral. Mais esta estratégia pedagógica ativa de aprendizado foi adotada, desde o primeiro período, orientada para a comunidade, centrada na pessoa, o que possibilita o desenvolvimento de competências para resolver as principais demandas de saúde da popula o brasileira. A implanta o de estratégias pedagógicas ocorreu em parceria com a Rede de Aten o   Saúde Mental da Prefeitura de Belo Horizonte (RAPB), sendo uma Rede Assistencial Comunitária de grande complexidade. As decisões foram direcionadas, conciliando-se a

política de formação Médica com as necessidades e diretrizes dos serviços de saúde, voltados para o fortalecimento da RAPB.

A estratégia, que possui conexão direta com o desenvolvimento do produto educacional, foco desta dissertação, é o Bloco de Neuropsiquiatria, que ocorre a partir do Matriciamento das Equipes da APS. Essa atividade é conduzida pelos professores do curso de medicina, na presença dos alunos do sétimo período do curso, que atendem os pacientes agendados pelas equipes da APS. No quadro abaixo, são descritas as 03 estratégias implementadas.

**Quadro 3** - Estratégias Educacionais em Saúde Mental do Curso Médico da UNIFENAS/Belo Horizonte

<b>Disciplina</b>	Práticas Médicas na Comunidade (PMC)	<b>Bloco de Neuropsiquiatria (BNP)</b>	Internato de Urgências Clínicas em Saúde Mental (IUCSM)
<b>Momento do Curso</b>	Primeiro Ano	<b>Quarto Ano</b>	Sexto Ano
<b>Carga Horária</b>	Teórica: 16h e Prática: 32h Total: 48h em 16 semanas	<b>Teórica: 50h e Prática: 20h Total: 70h em 5 semanas</b>	Teórica: 20h e Prática: 100h Total: 120h em 5 semanas
<b>Perfil do Serviço de Saúde</b>	Centro de Convivência em Saúde Mental: oficinas de convivência e atividades sociais interativas, sem atividades assistenciais estruturadas	<b>Unidades Básicas de Saúde com equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF): consultas de saúde, em regime ambulatorial, a partir do apoio matricial</b>	CAPS III: pronto atendimento de urgência em saúde mental, de perfil comunitário, com possibilidade de permanência diurna e noturna do paciente, de acordo com a necessidade do caso
<b>Perfil da clientela</b>	Predomínio de portadores de transtornos psiquiátricos severos e persistentes, com estado clínico estável e grau de autonomia e vínculo social relativamente preservados	<b>Bastante diversificada, com predomínio de transtornos mentais crônicos e psicóticos estabilizados</b>	Predomínio de transtornos psiquiátricos severos, persistentes e instáveis, com perda de autonomia e dificuldade de inserção social e no tratamento, além de situações variadas de urgência psiquiátrica
<b>Foco da atividade prática</b>	Convivência interativa com pacientes e profissionais de saúde mental, visitas a dispositivos de saúde mental comunitários e discussões sobre a reforma da assistência psiquiátrica no Brasil	<b>Diagnóstico e tratamento médico dos transtornos neuropsiquiátricos, interação com profissionais da atenção básica em saúde</b>	Atendimento clínico a urgências psiquiátricas e casos graves, convivência interativa com pacientes e equipe multidisciplinar de saúde mental
<b>Avaliação dos alunos</b>	Portfólio, avaliação conceitual da participação dos alunos nas atividades práticas e nas oficinas de saúde mental	<b>Prova cognitiva teórica e de aquisição de habilidades médicas, avaliação conceitual e presença nos grupos tutoriais e da prática ambulatorial</b>	Portfólio, prova cognitiva teórica e avaliação do desempenho da atividade prática de urgência, a partir de Escala Global Itemizada

Fonte: Pereira *et al.* (2022, p.392)

Os resultados dessa experiência apresentaram índices positivos, demonstrando a possibilidade da implantação de novas construções curriculares, ampliando a formação de futuros médicos, aliados à capacitação profissional dos profissionais da APS, produzindo redução do estigma das pessoas com transtornos mentais no âmbito do SUS.

## 6 RESULTADOS

### 6.1 Descrição resumida do Manual

Nesta etapa, para a elaboração do manual, foram usados 05 (cinco) vídeos de simulação de consultas padronizadas, de livre acesso, disponíveis no Acervo de Recursos Educacionais em Saúde (ARES), da Plataforma da Universidade Aberta do SUS (UNASUS), a partir da Biblioteca Virtual do NESCON (Pereira *et al.*, 2020).

Os vídeos possuem, em seus conteúdos audiovisuais, a ocorrência de situações e problemas que comprometem a saúde mental na população adulta. Conforme os autores citados acima, todas as situações abordadas nos casos clínicos foram conduzidas de acordo com orientações clínicas, embasadas na literatura e na medicina centrada, na pessoa e suas necessidades. Nesse sentido, apresentamos, a seguir, as descrições dos vídeos utilizados para a elaboração do manual.

**Público alvo:** Profissionais de saúde de nível superior que atuam na atenção básica à saúde e alunos dos cursos de saúde a partir do ciclo clínico.

#### Vídeo 01

1. **Tema:** Transtorno de ansiedade e abuso de benzodiazepínicos
2. **Título do Vídeo:** “Acho que vou ter uma coisa e vou morrer!”
3. **Tempo de duração:** 12 minutos e 16 segundos.
4. **Objetivos de Aprendizagem:** Desenvolver habilidades necessárias para o atendimento aos pacientes, envolvendo transtornos ansiosos (transtorno de ansiedade generalizada e transtorno de pânico com agorafobia), insônia e abuso de benzodiazepínicos.
5. **Orientações clínicas para manejo da situação abordada:** Entrevista médica com acolhimento e escuta empática centrada no paciente. Identificar o sofrimento mental, avaliar e conduzir com orientações, encaminhamentos e as devidas decisões clínicas, diante deste problema de saúde mental relevante e prevalente no contexto de atenção básica à saúde.

**6. Vídeo disponível em:**

[https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/ACHO\\_que\\_vou\\_ter\\_uma\\_coisa\\_e\\_vou\\_morrer\\_/735](https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/ACHO_que_vou_ter_uma_coisa_e_vou_morrer_/735)

**Vídeo 02**

1. **Tema:** Somatização ou queixas somáticas inexplicadas
2. **Título do Vídeo:** “Estou muito doente, doutor!”
3. **Tempo de duração:** 09 minutos e 06 segundos.
4. **Objetivos de Aprendizagem:** Desenvolver habilidades necessárias para o atendimento aos pacientes, envolvendo as queixas somáticas inexplicadas (somatização) e identificação de comorbidades clínicas (sintomas de ansiedade e depressão)
5. **Orientações clínicas para manejo da situação abordada:** Entrevista médica com acolhimento e escuta empática centrada no paciente. Conduzida para a identificação e as orientações terapêuticas necessárias, referentes às queixas somáticas inexplicadas, um problema de saúde mental relevante e prevalente no contexto de atenção básica à saúde.
6. **Vídeo disponível em:**  
[https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/ESTOU\\_muito\\_doente\\_doutor\\_\\_\\_Video\\_/735](https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/ESTOU_muito_doente_doutor___Video_/735)

**Vídeo 03**

1. **Tema:** Transtorno depressivo com risco de suicídio
2. **Título do Vídeo:** “A vida vale a pena!”
3. **Tempo de duração:** 13 minutos e 48 segundos.
4. **Objetivos de Aprendizagem:** Desenvolver habilidades necessárias para o atendimento aos pacientes, envolvendo o transtorno depressivo e avaliação de risco de suicídio.
5. **Orientações clínicas para manejo da situação abordada:** Entrevista médica envolvendo familiares, com acolhimento e escuta empática centrada no paciente, conduzida para o transtorno depressivo e avaliação de risco de suicídio, um problema de saúde mental relevante e prevalente no contexto de atenção básica à saúde e abordando, também, formas de orientações, encaminhamentos e as devidas decisões clínicas.

6. **Vídeo disponível em:**

[https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/A\\_VIDA\\_vale\\_a\\_pena/735](https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/A_VIDA_vale_a_pena/735)

**Vídeo 04**

1. **Tema:** Dependência química (dependência de álcool e uso habitual de cocaína)
2. **Título do Vídeo:** “Não consigo me livrar disso!”
3. **Tempo de duração:** 17 minutos.
4. **Objetivos de Aprendizagem:** Desenvolver habilidades necessárias para o atendimento aos pacientes, envolvendo a dependência química, a partir da entrevista breve motivacional.
5. **Orientações clínicas para manejo da situação abordada:** Entrevista médica com acolhimento, escuta empática e centrada no paciente e conduzida para a compreensão do sofrimento do paciente e orientações terapêuticas necessárias referentes à dependência química, um problema de saúde mental relevante e prevalente no contexto de atenção básica à saúde.
6. **Vídeo disponível em:**  
[https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/NAO\\_consigo\\_me\\_livrar\\_disso\\_/735](https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/NAO_consigo_me_livrar_disso_/735)

**Vídeo 05**

1. **Tema:** Transtorno psicótico
2. **Título do Vídeo:** “O que está acontecendo com ela?”
3. **Tempo de duração:** 10 minutos e 37 segundos.
4. **Objetivos de Aprendizagem:** Desenvolver habilidades necessárias para o atendimento aos pacientes, envolvendo o transtorno psicótico (sintomas paranoicos).
5. **Orientações clínicas para manejo da situação abordada:** Entrevista médica envolvendo familiares, com acolhimento, escuta empática e centrada no paciente, conduzida para a avaliação do quadro psicótico de manejo ambulatorial. É um problema relevante, no contexto de unidade básica de saúde, apesar de não tão prevalente. Aborda, também, formas de orientações, encaminhamentos e as devidas decisões clínicas.
6. **Vídeo disponível em:**  
[https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/O\\_QUE\\_esta\\_acontecendo\\_com\\_ela\\_/735](https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/O_QUE_esta_acontecendo_com_ela_/735)

## **6.2 Apresentação do Manual**

Vale retomar que o “Manual para Capacitação em Transtornos Mentais Por Meio de Simulação de Consultas Clínicas Gravadas” foi desenvolvido como uma ferramenta educacional voltada para profissionais de saúde e estudantes a partir do ciclo clínico, com o objetivo de aprimorar o manejo de transtornos mentais na atenção primária. A estrutura do manual baseia-se em 05 (cinco) vídeos de consultas simuladas, de livre acesso, disponibilizados na Plataforma Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS), com atendimentos clínicos fundamentados na literatura científica e na medicina centrada na pessoa. Os vídeos abordam transtornos mentais prevalentes, como transtorno de ansiedade, somatização, transtorno depressivo, dependência química e transtorno psicótico, e são utilizados para o desenvolvimento de habilidades práticas em comunicação, acolhimento e manejo clínico, com foco na escuta empática e na formulação de estratégias de decisão e encaminhamento.

A seguir, será apresentado o conteúdo do manual, que visa contribuir para a capacitação de profissionais da saúde na identificação e manejo de transtornos mentais, com o objetivo de fortalecer a assistência em saúde mental na atenção primária.

# **MANUAL PARA CAPACITAÇÃO EM TRANSTORNOS MENTAIS ATRAVÉS DE SIMULAÇÃO DE CONSULTAS CLÍNICAS GRAVADAS**

Elaborado por:

Maria Clara de Souza Dias Noronha

Alexandre Araújo Pereira

Este manual é parte da pesquisa e dissertação para conclusão do Mestrado Profissional em Ensino em Saúde da Universidade Professor Edson Antônio Velano – UNIFENAS.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>APRESENTAÇÃO</b>	
<b>2</b>	<b>SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA</b>	
<b>3</b>	<b>MANEJO CLINICO</b>	
3.1	Acolhimento ao Paciente	
3.1.1	Escuta Ativa	
3.1.2	Empatia	
3.1.3	Ambiente Acolhedor	
3.2	Informação e Orientação	
<b>4</b>	<b>INSTRUÇÕES PARA O ESTUDO GUIADO POR CASO CLÍNICO – SIMULADO EM VÍDEO</b>	
4.1	Estrutura do estudo	
4.1.1	Preparação para instrutores	
4.1.2	Visualização do vídeo	
4.1.3	Registros possíveis durante e após a apresentação dos vídeos	
4.1.4	Discussão diagnóstica	
4.1.5	Planejamento terapêutico	
4.1.6	Reflexão e feedback	
<b>5</b>	<b>ABORDAGEM DOS TRANSTORNOS MENTAIS DE ADULTOS MAIS COMUNS NA APS</b>	
5.1	Ansiedade	
5.1.1	Estratégias terapêuticas	
5.1.1.1	Intervenções psicossociais	
5.1.1.2	Intervenções farmacológicas	
5.1.1.3	Intervenções integrativas e complementares	
<b>5.2</b>	<b>INSÔNIA E USO ABUSIVO DE BENZODIAZEPÍNICOS</b>	
5.2.1	Estratégias terapêuticas	
5.2.1.1	Higiene do sono	
5.2.1.2	Terapia Cognitivo-Comportamental	
5.2.1.3	Técnicas de relaxamento e mindfulness	
5.2.1.4	Uso de benzodiazepínicos	

5.3	<b>DEPRESSÃO</b>	
5.3.1	Estratégias terapêuticas	
5.3.1.1	Intervenções psicossociais	
5.3.1.2	Intervenções farmacológicas	
5.3.1.3	Intervenções integrativas e complementares	
5.3.1.4	Intervenções sociais e educacionais	
5.3.2	Avaliação do risco de suicídio e formas de abordagem	
<b>5.4</b>	<b>PSICOSE</b>	
5.4.1	Estratégias terapêuticas	
5.4.1.1	Intervenções psicossociais	
5.4.1.2	Intervenções farmacológicas	
5.4.1.3	Intervenções sociais e educacionais	
<b>5.5</b>	<b>SOMATIZAÇÃO OU QUEIXAS SOMÁTICAS INEXPLICADAS</b>	
5.5.1	Estratégias terapêuticas	
5.5.1.1	Intervenções psicossociais	
5.5.1.2	Intervenções farmacológicas	
5.5.1.3	Intervenções integrativas e complementares	
5.5.1.4	Intervenções sociais e educacionais	
<b>5.6</b>	<b>DEPENDÊNCIA DE ÀLCOOL E DROGAS</b>	
5.6.1	Diferenças das substâncias e implicações no manejo	
5.6.1.1	Álcool	
5.6.1.2	Tabaco	
5.6.1.3	Maconha	
5.6.1.4	Cocaína e crack	
5.6.1.5	Heroína e opioides	
5.6.1.6	Benzodiazepínicos	
5.6.2	Estratégias terapêuticas	
5.6.2.1	Intervenções psicossociais	
5.6.2.2	Intervenções farmacológicas	
5.6.2.3	Intervenções integrativas e complementares	
5.6.2.4	Intervenções sociais e educacionais	
	<b>CONCLUSÃO</b>	
	<b>REFERÊNCIAS</b>	

## **1 APRESENTAÇÃO**

O presente manual é o produto do trabalho de dissertação de mestrado, tendo como objetivo fornecer orientações para alunos e profissionais de saúde, docentes e instrutores, na utilização de vídeos de consultas simuladas, que abordam os principais problemas de saúde mental da população adulta. Os vídeos utilizados compõem o material didático do curso de extensão “Sem saúde mental não há saúde!”, elaborado pelo Professor Dr. Alexandre Araújo Pereira - disponível no Núcleo de Educação a Distância (NED), da Universidade Prof. Edson Antônio Velano – e contou com a participação do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da UFMG (NESCON), onde é utilizado nos Cursos de Especialização em Medicina de Família e Comunidade. São 05 vídeos de consultas simuladas, de livre acesso, disponíveis no Acervo de Recursos Educacionais em Saúde (ARES), da Plataforma da Universidade Aberta do SUS (UNASUS), a partir da Biblioteca Virtual do NESCON (Pereira et al.2020).

Esse material didático deve, também, auxiliar a todos os interessados no desenvolvimento de habilidades para diagnóstico e intervenção das principais patologias psiquiátricas em adultos, principalmente, no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS). Sendo assim, o presente manual busca contribuir para a capacitação de alunos e profissionais da saúde para:

- Identificar precocemente os transtornos mentais e instituir tratamento psicofarmacológico e psicossocial inicial para os de maiores demandas no contexto da APS;
- Organizar ações de saúde mental, visando a intervenções preventivas de orientação e conscientização, alcançando a população de interesse à APS.

## **2 SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA**

A construção de uma rede de atenção à saúde mental, no Brasil, representa um esforço contínuo para integrar cuidados de saúde mental dentro do sistema de saúde pública, promovendo uma abordagem mais holística e acessível à população. A Reforma Psiquiátrica Brasileira, iniciada na década de 1970, marcou o começo dessa transformação, movendo-se do modelo hospitalocêntrico para um sistema de cuidado comunitário. A criação da Lei 10.216/2001 foi um marco fundamental, estabelecendo

diretrizes para a proteção dos direitos das pessoas com transtornos mentais e redirecionando o modelo de atenção. (Brasil, 2001)

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são a espinha dorsal dessa rede, oferecendo atendimento contínuo e integrado. Tais centros proporcionam uma gama de serviços, desde o suporte psicossocial até às intervenções terapêuticas mais complexas. Eles representam um avanço significativo na oferta de cuidados, permitindo que os pacientes permaneçam em seus ambientes familiares e sociais, enquanto recebem tratamento.

A articulação entre os diferentes níveis de atenção à saúde é necessária para o bom funcionamento da rede. A integração dos cuidados de saúde mental na APS é um componente crítico, considerando-se algumas dificuldades enfrentadas na execução dos trabalhos. A construção de uma rede eficaz enfrenta desafios relevantes, como a insuficiência de recursos financeiros e humanos, a necessidade de infraestrutura adequada e a resistência cultural à inclusão de pessoas com transtornos mentais na comunidade. O compromisso político e social marca a sua importância para superar possíveis obstáculos, assim como o fortalecimento das políticas públicas, devendo promover a saúde mental de forma integral e integrada.

As estratégias de ação incluem a promoção de políticas públicas, que integrem a saúde mental em todas as esferas da atenção à saúde, com ênfase na prevenção, no tratamento e na reabilitação psicossocial. Frequentemente, é no contexto da APS que a demanda aparece, portanto, é onde devem existir recursos para a identificação precoce e o manejo adequado dos transtornos mentais. Para tal, a capacitação dos profissionais de saúde é fundamental para garantir o suporte inicial aos pacientes e os encaminhamentos para serviços especializados, quando necessários. Investir em uma formação adequada dos profissionais pode assegurar posturas mais eficazes na abordagem da diversidade e da complexidade dos transtornos mentais. Além disso, campanhas de conscientização são necessárias para reduzir o estigma associado às doenças mentais e incentivar a busca por ajuda.

A **abordagem centrada na pessoa** é um princípio fundamental da rede de atenção à saúde mental, o que envolve respeitar os direitos dos pacientes, identificar suas necessidades, promover sua autonomia e inclusão social. A equidade, a universalidade e a integralidade são princípios orientadores, que asseguram que todos os indivíduos

tenham acesso a cuidados de qualidade, independentemente de sua condição social ou econômica.

A implementação de uma rede de atenção à saúde mental, robusta e eficaz, é um processo contínuo que exige a colaboração de diversos setores da sociedade. É necessário um esforço conjunto de profissionais de saúde, formuladores de políticas, pacientes e suas famílias para criar um sistema que realmente atenda às necessidades de saúde mental da população. A integração desses cuidados na APS é um passo importante para alcançar uma saúde mental inclusiva, equitativa e de qualidade.

De acordo com Pereira (2009), cerca de 20% a 30% das consultas realizadas na APS envolvem questões relacionadas à saúde mental. Os diagnósticos mais comuns incluem depressão, transtornos de ansiedade e problemas decorrentes do uso de substâncias psicoativas. Muitas vezes, tais transtornos são subdiagnosticados devido à falta de capacitação dos profissionais e à sobreposição de sintomas físicos e mentais, o que ressalta a necessidade de intervenções qualificadas e integradas na APS, a fim de garantir a efetividade no manejo desses casos.

As diretrizes mais recentes do Ministério da Saúde destacam que cerca de "20% a 30% das consultas realizadas na Atenção Primária à Saúde envolvem questões relacionadas a transtornos mentais". A depressão e a ansiedade são os diagnósticos mais frequentes, com prevalências que impactam diretamente a produtividade e o bem-estar social. Dados apontam, também, que "mais de 10% dos adultos atendidos em serviços de APS apresentam sintomas depressivos significativos" e que o uso problemático de álcool e outras substâncias afeta aproximadamente "8% a 12% da população adulta", exacerbando os desafios de saúde mental na atenção básica (Brasil, 2023). Esses números evidenciam a necessidade de uma abordagem integrada e contínua para o manejo de transtornos mentais na rede de saúde pública.

### **3 MANEJO CLÍNICO**

As estratégias terapêuticas devem incluir uma combinação de intervenções psicossociais e farmacológicas, adaptadas às necessidades individuais dos pacientes. Importante ressaltar que a atenção à saúde deve ser reconhecida pelo paciente, o que caracteriza uma necessidade de acolher e promover a escuta ativa da pessoa. Seguem, portanto, algumas orientações iniciais.

### 3.1 Acolhimento ao Paciente:

O acolhimento é um dos pilares fundamentais na abordagem de pacientes com transtornos mentais. Conforme orientações do Ministério da Saúde (MS) e da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), o acolhimento envolve a escuta ativa, a empatia e o estabelecimento de um vínculo de confiança entre o profissional de saúde e o paciente. Esse processo é essencial para criar um ambiente seguro, onde o paciente se sinta valorizado e compreendido.

**3.1.1 Escuta Ativa:** A escuta ativa implica prestar total atenção ao paciente, mostrando interesse genuíno em suas preocupações. É importante que o profissional de saúde valide os sentimentos do paciente, evitando julgamentos e minimizações, conforme os exemplos listados abaixo, considerando-se os transtornos abordados neste manual:

- **Ansiedade:** Um paciente com transtorno de ansiedade relata medo constante de situações sociais. O profissional ouve atentamente, faz perguntas para entender melhor as situações específicas que causam ansiedade e valida esses sentimentos, dizendo: *"Entendo que essas situações são realmente desafiadoras para você."*
- **Uso Abusivo de Benzodiazepínicos:** Um paciente admite que está usando benzodiazepínicos além da dose prescrita. O profissional ouve sem interromper, reconhece a dificuldade de enfrentar o estresse sem os medicamentos e expressa compreensão: *"É claro que lidar com a ansiedade sem os remédios pode ser extremamente difícil."*
- **Depressão:** Um paciente descreve sentimentos de desesperança e falta de energia. O profissional escuta atentamente, evita julgamentos e valida os sentimentos do paciente, dizendo: *"Eu percebo que você está passando por um momento muito difícil e esses sentimentos são válidos."*
- **Ideação suicida:** Um paciente revela estar pensando em acabar com a própria vida, sentindo-se sobrecarregado e sem esperança. O profissional ouve atentamente, faz perguntas abertas para entender melhor os motivos que o levam a sentir-se assim e valida esses sentimentos, dizendo: *"Eu posso perceber o quanto você está sofrendo, e é muito importante que você*

*tenha compartilhado isso comigo. Vamos tentar encontrar uma forma de lidar com essa dor juntos."*

- **Psicoses:** Um paciente relata ouvir vozes que o assustam. O profissional ouve sem interromper, mostrando interesse genuíno e valida esses sentimentos, dizendo: *"Essas experiências devem ser muito perturbadoras para você. Vamos trabalhar juntos para encontrar uma solução?"*
- **Somatização:** Um paciente se queixa de dores crônicas sem causa médica aparente. O profissional ouve atentamente, valida a dor do paciente e diz: *"Sei que você está sentindo dor, e isso deve ser muito frustrante. Vamos investigar todas as possíveis causas."*
- **Uso de Substâncias:** Um paciente confessa uso de drogas para lidar com problemas emocionais. O profissional mantém a atenção, sem julgamentos, e valida os sentimentos do paciente: *"Entendo que você está buscando uma forma de aliviar sua dor. Vamos explorar outras maneiras de ajudar você a se sentir melhor?"*

**3.1.2 Empatia:** Na Filosofia Fenomenológica, a empatia diz respeito à união ou à fusão com outros seres ou objetos. Na Psicologia, é uma experiência indireta de uma emoção próxima ao que outra pessoa está vivendo (Generoso, 2022). O autor amplia tal conceito, apontando que a empatia é uma habilidade que possibilita a percepção e a compreensão do sentimento e da perspectiva do outro, abrangendo componentes cognitivos (capacidade de se colocar no lugar do outro), afetivos (partilha e compreensão dos estados emocionais do outro) e comportamentais (motivação para cuidar de indivíduos vulneráveis). Portanto, no atendimento ao paciente, a empatia é um atributo que envolve a compreensão das experiências, da dor, do sofrimento e das preocupações do indivíduo, associada a uma comunicação de acolhimento e intenção de ajuda. Tal atitude ajuda a construir uma relação terapêutica baseada na confiança. São exemplos:

- **Ansiedade:** O paciente com ansiedade social é tratado com empatia quando o profissional diz: *"Posso imaginar o quão angustiante deve ser enfrentar essas situações diariamente."*
- **Uso Abusivo de Benzodiazepínicos:** O profissional expressa empatia ao dizer: *"Compreendo que você começou a usar mais do que o necessário"*

*por causa do estresse contínuo. Vamos trabalhar juntos para encontrarmos alternativa?"*

- **Depressão:** Ao paciente deprimido, o profissional demonstra empatia dizendo: *"Estou percebendo que esses sentimentos de desesperança são extremamente difíceis de suportar."*
- **Ideação Suicida:** Quando um paciente expressa pensamentos de tirar a própria vida, um atendimento empático é fundamental. O profissional ouve com sensibilidade, reconhecendo a profundidade do sofrimento do paciente e diz: *"Eu consigo imaginar como essa dor deve ser intensa e difícil de suportar. Agradeço por ter compartilhado isso comigo. Quero que saiba que não está sozinho. Vamos tentar encontrar juntos uma maneira de aliviar esse peso."*
- **Psicoses:** O profissional expressa empatia para o paciente que ouve vozes, dizendo: *"Deve ser muito assustador lidar com essas vozes diariamente. Estou aqui para tentar ajudar."*
- **Somatização:** O paciente que sente dores sem causa médica é acolhido com empatia quando o profissional diz: *"Deve ser muito difícil lidar com essa dor constante e não encontrar uma explicação clara."*
- **Uso de Substâncias:** O profissional expressa empatia ao paciente que usa drogas, dizendo: *"Entendo que você está enfrentando muitas dificuldades e está procurando alívio. Vamos encontrar uma maneira de você se sentir melhor sem recorrer às drogas."*

**3.1.3 Ambiente Acolhedor:** A criação de um ambiente físico e emocional acolhedor é essencial para atender pacientes com diferentes patologias na área de saúde mental. Isso envolve garantir um espaço tranquilo, privacidade e a promessa de confidencialidade, permitindo que o paciente se sinta seguro e à vontade para compartilhar suas preocupações. O ambiente deve ser cuidadosamente planejado, com iluminação suave, cores calmantes e cadeiras confortáveis, criando uma atmosfera acolhedora e livre de distrações. Consultas realizadas em locais privados são fundamentais, para que o paciente tenha segurança ao falar sobre suas experiências e sentimentos, especialmente, quando se trata de questões delicadas, como ansiedade, uso abusivo de medicamentos, depressão, psicoses, somatização ou dependência de substâncias. Além disso, é importante que o

ambiente seja livre de julgamentos e estigmas, com profissionais treinados para acolher cada paciente de maneira compassiva, respeitando seu tempo e suas particularidades.

### 3.2 Informação e Orientação

Oferecer informações claras sobre o transtorno, os possíveis tratamentos e o prognóstico pode reduzir a incerteza e o medo do paciente, promovendo maior adesão ao tratamento. São exemplos:

- **Ansiedade:** Auxiliar os pacientes a identificar fatores de desencadeamento e contexto da presença de sintomas de ansiedade e orientar para opções de tratamento disponíveis, incluindo terapias e medicamentos adequados para uso agudo e de prevenção de sintomas.
- **Uso Abusivo de Benzodiazepínicos:** Explicar os riscos do uso prolongado de benzodiazepínicos e apresentar alternativas de tratamento, como terapias comportamentais e outras medicações que não geram dependência física ou problemas cognitivos. Também devem identificar possíveis padrões distorcidos de sono e aplicar as medidas de higiene do sono necessárias.
- **Depressão:** Promover reflexão sobre as causas e significados dos sintomas depressivos para os pacientes e fornecer informações suficientes sobre a depressão, incluindo opções de tratamento, como terapias psicossociais e necessidade de medicamentos.
- **Ideação suicida:** Oferecer informações claras e sensíveis sobre a ideação suicida é essencial para ajudar o paciente a entender que existem formas de apoio e tratamento disponíveis. O profissional deve explicar as opções de suporte emocional e terapêutico, destacando que existem estratégias eficazes para lidar com pensamentos suicidas, como psicoterapia e, em alguns casos, medicamentos. Também é importante orientar sobre a importância de uma rede de apoio e como buscar ajuda em momentos de crise, reforçando que a situação é tratável e que há caminhos para aliviar o sofrimento.
- **Psicoses:** Informar aos familiares sobre a necessidade de modular as emoções expressas na relação com o paciente, como não contestar suas vivências delirantes, ou mostrar irritação e desconsideração sobre as falas desorganizadas ou eventos alucinatorios. Orientar sobre a necessidade de

tratamento contínuo e suas opções, incluindo medicação antipsicótica oral e de depósito, terapias de suporte e medidas de reabilitação psicossocial.

- **Somatização:** Auxiliar o paciente a realizar uma significação dos seus sintomas somáticos, ajudando-os a correlacionar melhoras e pioras das queixas somáticas aos seus momentos de vida (reatribuição de sintomas). Fornecer informações sobre a somatização, explicando como fatores emocionais podem influenciar sintomas físicos e discutindo as abordagens terapêuticas disponíveis.
- **Uso de Substâncias:** Informar sobre a evolução das dependências químicas, sobre os processos de modificação cerebral (mecanismos de recompensa) e experiência de vida (fatores genéticos e sociofamiliares relacionados). Reconhecer os efeitos danosos das substâncias sobre o corpo e o psiquismo (especialmente do álcool e da cocaína) e discutir as estratégias de tratamento, incluindo desintoxicação, terapia comportamental (incluindo AA e NA), orientação familiar (incluindo Grupo de Amor Exigente), alternativas psicofarmacológicas existentes e apoio psicossocial.

#### **4 INSTRUÇÕES PARA O ESTUDO GUIADO POR CASO CLÍNICO - SIMULADO EM VÍDEO**

Este manual deve ser usado por **profissionais (autoinstrução)** e **instrutores (auxiliar no ensino)** no desenvolvimento de competências de manejo de transtornos mentais em adultos, em cenário de atendimento ambulatorial.

##### **Dicas de como utilizar os vídeos de casos simulados:**

#### **4.1 Estrutura do Estudo**

##### **4.1.1 Preparação para instrutores**

- **Revisão prévia dos problemas de saúde abordados:**
  - Ler o presente manual. Caso deseje aprofundar em algum tópico específico, consultar referências básicas da literatura disponibilizada abaixo, em virtude de estarem mais adequadas à realidade da atenção em saúde no Brasil.

- Consultar artigos científicos recentes para atualizações e práticas baseadas em evidências. Sugerimos usar o site mediado por Inteligência Artificial - <https://www.openevidence.com>. O OpenEvidence@ é uma plataforma de informações médicas, baseada em inteligência artificial, projetada para auxiliar profissionais de saúde no acesso a dados clínicos e recursos baseados em evidências. Seu objetivo é apoiar a tomada de decisões no cuidado médico, sendo utilizada por mais de 7.000 centros de saúde nos Estados Unidos. A plataforma é gratuita para profissionais da área e busca facilitar o acesso a informações médicas confiáveis, contribuindo para melhores desfechos em pacientes. As perguntas podem ser feitas em português, facilitando o acesso à informação atualizada e devem ser feitas de forma direta. Ex.: *“Quais as melhores evidências para tratamento de depressão leve em idosos? Existe alguma evidência para o uso de naltrexona no tratamento das dependências químicas?”*

#### 4.1.2 Visualização do Vídeo

- **Primeira Exibição:**

- Assistir integralmente ao vídeo do caso clínico simulado para uma boa compreensão do contexto geral.
- Anotar impressões iniciais, identificar sinais e sintomas observados. Essas informações devem ser utilizadas para elaboração de perguntas para os alunos durante a exibição do vídeo. Ex.: *Como está a atitude do paciente durante a consulta? Quais alterações do exame do estado mental podemos identificar nesse paciente? Que medidas farmacológicas e não farmacológicas poderiam ser úteis nesse caso, dentro do contexto apresentado?*
- Identificar possíveis momentos em que o vídeo pode ser parado para discussão de **micro-habilidades específicas**. Ex.: Momento em que o médico explora a sintomatologia em entrevista, como a pesquisa de possível ideação de autoextermínio.

- **Exibição com os alunos:**
  - Opção 01: Assistir ao vídeo com os alunos de forma integral e solicitar aos mesmos que, de forma individual ou em grupo, reflitam sobre as atitudes, alterações psicopatológicas, possíveis diagnósticos e condutas médicas propostas. Caso as condutas não tenham sido explicitadas, solicitar aos alunos que proponham alternativas plausíveis, dentro do contexto apresentado.
  - Opção 02: Assistir ao vídeo com os alunos, pausando em situações consideradas críticas ou mais relevantes para o instrutor. Nesse caso, para a demonstração ou reflexão sobre algum achado da história, do comportamento, ou da conduta proposta pelo médico. Por exemplo, segmentando a apresentação do vídeo na anamnese (história psiquiátrica), exame do estado mental (psicopatologia), discussão diagnóstica e planejamento terapêutico (ampla, incluindo de forma ativa os recursos pessoais do paciente e seu contexto familiar e sociocultural).
  - Em qualquer uma das opções escolhidas acima, é importante que as respostas não sejam dadas de forma direta pelos instrutores, mas que sejam buscadas pelos alunos, por meio de perguntas-chave, como sugerido anteriormente. Essa forma ativa de ensino-aprendizagem permite que os alunos mobilizem conhecimentos prévios sobre os problemas de saúde abordados, o que possibilita ao instrutor realizar um diagnóstico das competências e lacunas na aprendizagem, auxiliando na definição de caminhos para o aprofundamento do raciocínio clínico e desenvolvimento das competências clínicas esperadas, ou seja, seus conhecimentos, atitudes e habilidades, na identificação e manejo das situações clínicas abordadas.

#### **4.1.3 Registro possíveis durante e após a apresentação dos vídeos**

- **Sinais e Sintomas:**
  - Listar todos os sinais e sintomas observados, classificando-os de acordo com os critérios diagnósticos do DSM-5 ou CID 10 / 11.

- **Histórico e Contexto:**
  - Anotar detalhes do histórico clínico, contexto social e familiar que possam influenciar o diagnóstico e tratamento.

#### 4.1.4 Discussão Diagnóstica

- **Diagnóstico Diferencial:**
  - Considerar diagnósticos alternativos baseados nos sinais e sintomas observados.
- **Diagnóstico Final:**
  - Com base na análise, determinar o diagnóstico principal e justificativa.

#### 4.1.5 Planejamento Terapêutico

- **Intervenções Farmacológicas:**
  - Discutir as opções de medicação, incluindo dosagens iniciais e possíveis efeitos colaterais e procura de serviços de urgência, quando necessários.
- **Intervenções Psicossociais:**
  - Propor intervenções terapêuticas não farmacológicas, como psicoterapia, terapia ocupacional, apoio social e orientações familiares.
- **Plano de Acompanhamento:**
  - Desenvolver um plano de seguimento, incluindo: momentos de retorno, a frequência das consultas e critérios para avaliação da resposta ao tratamento.

#### 4.1.6 Reflexão e Feedback

- **Autoavaliação:**
  - Refletir sobre o processo de análise do caso, identificando áreas de dificuldade e contribuições adquiridas, com conhecimentos e experiências úteis para a tomada de decisões frente a outros casos.

#### Principais fontes de busca sobre os transtornos mentais

- Informativos atualizados do Ministério da Saúde  
Acesso em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/>
- Guias atualizados da OPAS
- OPAS/OMS | Organização Pan-Americana da Saúde  
Acesso em: <https://www.paho.org/pt>
- Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental – Ministério da Saúde  
Acesso em:  
[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_pratico\\_matriciamento\\_saudemental.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saudemental.pdf).
- MI-mhGAP Manual de Intervenções  
Acesso em:  
[https://wp.ufpel.edu.br/ipab/files/2022/06/Manual\\_oms\\_mhgap.pdf](https://wp.ufpel.edu.br/ipab/files/2022/06/Manual_oms_mhgap.pdf).

## **5 ABORDAGEM DOS TRANSTORNOS MENTAIS DE ADULTOS MAIS COMUNS NA APS**

### **5.1 ANSIEDADE**

Assista ao vídeo “**Acho que vou ter uma coisa e vou morrer!**” e leia as orientações abaixo:

Vídeo disponível em: [https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registo/ACHO\\_que\\_vou\\_ter\\_uma\\_coisa\\_e\\_vou\\_morrer\\_/735](https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registo/ACHO_que_vou_ter_uma_coisa_e_vou_morrer_/735)

#### **Comentários**

A seguir, comentários pertinentes ao Transtorno de Ansiedade e Abuso de Benzodiazepínicos, extraídos de “Saúde Mental - Caderno NESCON UFMG”, elaborados por Pereira et al. (2013, p. 62).

A ansiedade e a insônia são sintomas muito comuns na vida das pessoas. Podem representar respostas normais às pressões do cotidiano ou, eventualmente, manifestações de transtornos psiquiátricos que exigem tratamento específico. A ansiedade deve ser considerada uma resposta normal diante de situações de perigo real, as quais constituem um sinal de alarme e, portanto, um mecanismo essencial para a defesa e a sobrevivência do indivíduo.

Ela também costuma ocorrer em situações de insucesso, perda de posição social, perda de entes queridos ou em situações que geram expectativas de desamparo, abandono ou de punição. Nessas circunstâncias, ela é uma emoção muito semelhante ao medo e é útil para que a pessoa tome as medidas necessárias diante do perigo real, como lutar, enfrentar, fugir ou evitar. Dependendo da intensidade, do sofrimento que provoca, da interferência ou não nas atividades diárias ou no sono, e da sua duração, poderá ser considerada normal ou patogênica. O caso em questão é comum na prática clínica. Via de regra, a saída praticada pelos médicos é a banalização do uso dos benzodiazepínicos, o que contribui para seu abuso e dependência no futuro. Embora muito eficiente nos quadros de ansiedade aguda, o uso diário desse tipo de psicotrópico não deve ser recomendado nos transtornos de ansiedade crônica.

Os autores continuam:

Nessas situações, embora o benzodiazepínico possa ser introduzido no início do tratamento ou em momentos de piora eventual do quadro, o ideal é que seja indicado um antidepressivo, medicação que também apresenta ação ansiolítica sem gerar dependência física ou problemas cognitivos de longo prazo. Uma estratégia que costuma dar bons resultados é a introdução de um antidepressivo de perfil mais ansiolítico e com propriedades sobre a indução do sono (ex: paroxetina, amitriptilina ou nortriptilina) e só depois iniciar a retirada gradual dos benzodiazepínicos, com redução de 25% da dose a cada semana ou a cada 15 dias. Nesses casos, é importante também oferecer algum dispositivo de apoio, como, por exemplo, consultas programadas na Unidade Básica de Saúde, participação em grupos de atenção psicossocial, encaminhamento para atividade física, exercícios de relaxamento, participação em grupos de convivência ou oficinas comunitárias.

Os autores concluem:

Devemos sempre suspeitar de **ansiedade** quando estão presentes: tensão, preocupações excessivas, sudorese frequente, palpitações, aperto no peito, vertigens, medos infundados de coisas ou lugares.

### 5.1.1 Estratégias terapêuticas

O tratamento do transtorno de ansiedade deve ser individualizado, considerando as especificidades de cada paciente. As principais abordagens terapêuticas incluem

intervenções psicossociais, farmacológicas e integrativas, conforme orientações atualizadas do MS e da OPAS.

#### **5.1.1.1 Intervenções Psicossociais:**

Atendendo à clientela da APS, os profissionais deparam-se com pessoas que solicitam ajuda, apresentando queixas físicas, sem apresentar condições orgânicas para justificar os sintomas. É necessário, portanto, usar recursos para atender à real demanda, iniciando com uma escuta cuidadosa para compreender o que o paciente apresenta para além das queixas. Normalmente, são questões de ordem social, psicológica, econômica ou familiar que geram as crises e deixam o indivíduo com dificuldades para lidar com seus problemas ou resolvê-los.

O paciente, contando com um espaço para ser ouvido e respeitado em suas necessidades psicossociais, pode desenvolver a autoconfiança, sentindo-se capaz de enfrentar melhor as situações e encontrar soluções. Essa postura deve ser desenvolvida por profissionais da saúde, em geral, como instrumento terapêutico, podendo promover mudanças significativas direcionadas ao bem-estar do paciente. Tal instrumento de intervenção clínica é direcionado para estabelecer relacionamento, fundamentado no respeito mútuo, na aceitação das diferenças, no acolhimento sem julgamentos, críticas ou rótulos. São recursos que se aplicam a qualquer paciente atendido, independentemente do quadro clínico apresentado. Abaixo, seguem duas técnicas simples de intervenção que podem ser aplicadas por qualquer profissional de saúde (Pereira, 2009).

#### **Tratamento de apoio à crise**

A intervenção de crise é uma ação realizada quando o paciente está consumido por eventos estressantes ou circunstâncias adversas, sendo utilizada para aliviar o sofrimento durante um curto episódio de doença ou situação pessoal. Também é usada no início de tratamento, aguardando outras medidas terapêuticas, sejam encaminhamentos ou efeito dos medicamentos psiquiátricos.

Em outras condições médicas ou psiquiátricas, a terapia de apoio é também usada com sucesso. Procedimentos básicos do tratamento de apoio, citados por Pereira (2009, p. 25):

- Promover um relacionamento terapêutico de confiança;
- Escutar as preocupações dos pacientes;
- Promover a recordação de eventos traumáticos;
- Encorajar a expressão das emoções;
- Identificar e estimular qualidades não desenvolvidas;
- Melhorar o estado de espírito;
- Encorajar a autoajuda;
- Dar informações e explicações úteis sobre os possíveis sintomas apresentados;
- Avaliar a necessidade de introduzir uma medicação por período curto para reduzir a ansiedade e promover o sono.

Os procedimentos de apoio são geralmente breves, realizados semanalmente, com duração de aproximadamente 15 minutos. Depois de certo tempo, as sessões poderão ser espaçadas até a avaliação de alta junto ao paciente, deixando em aberto para retornos, caso necessário. Após as medidas de apoio, pode aparecer a necessidade de encaminhamentos para serviços de saúde mental, caso o paciente não apresente melhoras. Os profissionais de saúde podem se sentir despreparados para utilizar este recurso, mas devem se interessar em ajudar seus pacientes e devem procurar orientação com os profissionais específicos da saúde mental para planejar uma escuta cuidadosa. As dificuldades podem ser superadas com supervisão regular, pois os encaminhamentos para o serviço de Psicologia devem ser reservados aos casos mais graves. Assim, é fundamental saber identificar com segurança os casos que terão melhor benefício do atendimento com um profissional da psicologia.

### **Técnica de resolução de problemas**

Tratamento que tem o objetivo de ajudar o paciente a resolver problemas pessoais estressantes e a fazer mudanças necessárias em sua vida. É utilizado diante de problemas que demandam uma decisão cuidadosa, como em situações de separação conjugal, situações de mudanças no campo profissional, entre outras. Também pode ser usado em situações que exigem compreensão e formas de lidar que possam contribuir para o ajustamento necessário, como em casos de luto ou doenças terminais. Em outras

situações, que exigem mudanças e ajustamentos, como no tratamento de dependência química, essa técnica pode ser utilizada e beneficiar o paciente. Os procedimentos básicos da técnica, conforme Pereira (2009, p. 26), consistem em:

1. Uma **lista de problemas** é feita pelo paciente com a ajuda do profissional de saúde, que ajuda o primeiro a definir o problema e a separar seus vários aspectos;
2. O **paciente escolhe** um dos problemas para resolver;
3. O paciente é auxiliado a relacionar **meios alternativos de ação** que poderiam solucionar ou reduzir o problema. Os cursos de ação devem ser especificados, indicando o que deve ser feito e como o sucesso será avaliado;
4. O **paciente é estimulado a avaliar os prós e os contras** de cada plano de ação e escolher o mais promissor;
5. O paciente tenta **colocar em prática** o curso de ação escolhido para o problema selecionado;
6. Os **resultados** da experiência são avaliados. Se tiverem sido bem-sucedidos, outro problema é escolhido para ser resolvido. Se o plano não tiver caminhado bem, a tentativa é revista construtivamente pelo paciente e pelo terapeuta para decidir como aumentar as chances de sucesso da próxima vez. A falta de sucesso não é vista como um fracasso pessoal, mas como uma oportunidade de aprender mais.

As sessões ocorrem semanalmente e duram de 15 a 20 minutos. São realizadas normalmente de quatro a oito sessões, variando de acordo com a complexidade do problema. É fundamental que os pacientes sejam encorajados a buscar uma solução para os seus problemas, considerando que as consequências das decisões tomadas devem ser de responsabilidade dos próprios pacientes. Os profissionais de saúde devem estimular a autorreflexão e a tomada de decisões de forma mais consciente, levando os pacientes a reconhecerem sua autonomia e a assumirem sua responsabilidade.

### **Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC)**

Amplamente reconhecida como uma das intervenções mais eficazes para transtornos de ansiedade. Ela ajuda os pacientes a identificarem e modificarem padrões de pensamento disfuncionais e comportamentos associados à ansiedade. Geralmente conduzida por profissionais da Psicologia.

- **Terapias de Exposição:** utilizadas especialmente para transtorno de pânico e fobias. A técnica envolve a exposição gradual e controlada do paciente às situações temidas, reduzindo a resposta ansiosa ao longo do tempo. Geralmente, conduzida por profissionais da psicologia.
- **Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT):** com foco na aceitação das emoções e dos pensamentos ansiosos e no comprometimento com ações alinhadas aos valores pessoais, promovendo maior flexibilidade psicológica. Geralmente, conduzida por profissionais da psicologia.

### 5.1.1.2 Intervenções Farmacológicas:

**Antidepressivos:** Inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS) e inibidores da recaptação de serotonina e noradrenalina (IRSN) são, frequentemente, prescritos para o tratamento de transtornos de ansiedade devido à sua eficácia e perfil de segurança. Na ausência ou não de resposta a essas classes de psicofármacos, consideram também os tricíclicos (TC).

Critérios para uso de antidepressivos nos casos de depressão e ansiedade:

#### **Depressão:**

- Humor deprimido, perda de interesse e prazer, fadigabilidade aumentada (dois desses sintomas e, pelo menos, mais dois sintomas acessórios);
- Pelo período mínimo de duas semanas;
- Gravidade: apresentando dificuldade considerável em continuar com atividades sociais, laborativas ou domésticas e sofrimento subjetivo intenso;
- Considerar abordagens psicossociais para os quadros depressivos leves e de início recente.

#### **Ansiedade:**

- Presença de sintomas ansiosos graves: que gerem sofrimento intenso e/ou dificuldade considerável em continuar com atividades sociais, laborativas ou domésticas;
- Por um período mínimo de quatro semanas;

- Os quadros ansiosos com evidência de resposta à medicação: ansiedade generalizada, transtorno de pânico, fobia social, transtorno obsessivo-compulsivo;
- Quadros com baixa evidência de resposta medicamentosa: fobia simples.

### **Abordagem farmacológica dos transtornos depressivos e ansiosos**

Antidepressivos usualmente escolhidos:

- Fluoxetina
- Sertralina
- Paroxetina
- Escitalopram
- Citalopram
- Fluvoxamina
- Venlafaxina
- Duloxetina
- Amitriptilina
- Imipramina
- Clomipramina
- Nortriptilina

Observação: Usados prioritariamente para sintomas depressivos:

- Desvenlafaxina
- Mirtazapina
- Bupropiona
- Vortioxetina
- Trazodona (XR)

#### ○ **Ansiolíticos - Benzodiazepínicos:**

- Exemplos: Diazepam, Lorazepam, Alprazolam, Clonazepam.
- Indicações: Benzodiazepínicos são indicados para o manejo de situações agudas de ansiedade, como crises de pânico, ansiedade

severa e estados de agitação psicomotora. Podem ser úteis para o alívio imediato dos sintomas, durante uma crise e em situações de curto prazo, como antes de procedimentos médicos (ex.: cirurgias ou exames invasivos).

- **Recomendações:** O uso prolongado de benzodiazepínicos não é recomendável devido ao risco de dependência, tolerância e efeitos adversos como prejuízo da memória e da coordenação motora. Em geral, devem ser prescritos por períodos curtos de até 2 a 4 semanas e em baixas doses. Para pacientes que necessitam de tratamento a longo prazo para a ansiedade, deve-se priorizar o uso de antidepressivos, como descrito acima.

○ **Beta-bloqueadores:**

- **Exemplos:** Propranolol, Atenolol.
- **Indicações:** Utilizados para controlar sintomas físicos associados à ansiedade, como taquicardia, tremores e sudorese, especialmente, em situações de ansiedade situacional. São frequentemente indicados para pessoas que enfrentam medo de falar em público, apresentações ou exames que provocam sintomas físicos de ansiedade.
- **Recomendações:** Os beta-bloqueadores podem ser administrados em doses baixas, antes de eventos específicos que desencadeiam sintomas físicos de ansiedade. No entanto, eles não atuam nos aspectos emocionais da ansiedade, e seu uso contínuo deve ser avaliado conforme a necessidade e tolerância do paciente.

### 5.1.1.3 Intervenções Integrativas e Complementares:

- **Técnicas de Relaxamento:** Exercícios de respiração, meditação e mindfulness podem ser eficazes na redução dos sintomas de ansiedade, promovendo um estado de relaxamento e de bem-estar.
- **Atividade Física:** A prática regular de exercícios físicos é recomendada como uma intervenção complementar devido aos seus efeitos positivos na redução da ansiedade e melhoria do humor.

- **Alimentação e Sono:** Orientações sobre hábitos alimentares saudáveis e a importância de um sono adequado são integrantes do manejo da ansiedade.

## 5.2 Insônia e uso abusivo de Benzodiazepínicos

A insônia, caracterizada pela dificuldade em iniciar ou manter o sono, é um transtorno que afeta significativamente a qualidade de vida e a saúde mental dos indivíduos. O uso abusivo de benzodiazepínicos para tratar a insônia é um problema crescente, associado a riscos como dependência, tolerância e efeitos adversos. Conforme orientações do MS e da OPAS, é fundamental abordar a insônia de maneira abrangente e segura, promovendo o uso racional de benzodiazepínicos e alternativas terapêuticas eficazes.

### 5.2.1 Estratégias terapêuticas

O manejo da insônia deve ser baseado em uma avaliação cuidadosa das causas subjacentes e na aplicação de intervenções não farmacológicas, como primeira linha de tratamento. As diretrizes do MS e da OPAS recomendam uma abordagem multimodal, que inclui:

**5.2.1.1 Higiene do Sono:** Orientar os pacientes sobre práticas de higiene do sono é fundamental. Isso inclui:

- **Estabelecer uma Rotina de Sono Regular:**
  - **Horário Consistente:** Ir para a cama e acordar no mesmo horário todos os dias, inclusive, nos fins de semana, ajuda a regular o relógio biológico.
  - **Rotina de Relaxamento:** Estabelecer um período de relaxamento antes de dormir, como leitura ou um banho morno, pode sinalizar ao corpo que é hora de desacelerar.
- **Ambiente Propício ao Sono:**
  - **Quarto Escuro e Silencioso:** Utilizar cortinas blackout, tampões de ouvido ou máquinas de ruído branco para criar um ambiente tranquilo e escuro.

- **Temperatura Adequada:** Manter o quarto em uma temperatura confortável, geralmente mais fria, pode facilitar o início e a manutenção do sono.
- **Conforto da Cama:** Um colchão e travesseiros confortáveis e adequados às necessidades individuais são fundamentais para uma boa noite de sono.
- **Evitar Estimulantes e Hábitos Inadequados:**
  - **Cafeína e Nicotina:** Evitar o consumo de cafeína (presente em café, chá, refrigerantes e chocolate) e nicotina, pelo menos, quatro a seis horas antes de dormir, pois são estimulantes que podem interferir no sono.
  - **Álcool:** Embora o álcool possa induzir sonolência inicial, ele pode interromper o sono mais tarde, durante a noite. Portanto, é recomendável limitar o seu consumo.
- **Uso de Eletrônicos:**
  - **Limitar a Exposição a Telas:** A luz azul emitida por celulares, tablets, computadores e televisores pode interferir na produção de melatonina, o hormônio do sono. É aconselhável evitar o uso desses dispositivos, pelo menos, uma hora antes de dormir.
  - **Criação de um Espaço Livre de Tecnologia:** Manter os dispositivos eletrônicos fora do quarto pode ajudar a associar o espaço exclusivamente ao sono e ao relaxamento.
- **Alimentação e Hidratação:**
  - **Refeições Leves à Noite:** Evitar refeições pesadas ou muito condimentadas nas horas próximas ao horário de dormir. Uma ceia leve, se necessário, pode ser mais apropriada.
  - **Hidratação Moderada:** Beber líquidos em excesso, antes de dormir, pode causar interrupções no sono devido à necessidade de urinar durante a noite.
- **Atividade Física:**
  - **Exercício Regular:** A prática regular de atividade física pode promover um sono melhor, mas deve ser evitada nas horas próximas ao horário de dormir, pois pode ter um efeito estimulante.

- **Gerenciamento do Estresse:**
  - **Técnicas de Relaxamento:** Práticas como meditação, respiração profunda, ioga ou técnicas de relaxamento muscular podem reduzir a ansiedade e preparar o corpo e a mente para o sono.

**5.2.1.2 Terapia Cognitivo-Comportamental:** É a intervenção não-farmacológica mais eficaz para insônia. Ela ajuda a modificar pensamentos e comportamentos que contribuem para a insônia, promovendo um sono mais reparador e sustentável. Geralmente, conduzida pelo profissional de psicologia.

**5.2.1.3 Técnicas de Relaxamento e Mindfulness:** Técnicas como relaxamento muscular progressivo, meditação e mindfulness podem ser benéficas para reduzir a ansiedade e promover um estado mental que favoreça o sono.

#### **5.2.1.4 Uso de Benzodiazepínicos**

Os benzodiazepínicos são, frequentemente, prescritos para o tratamento de insônia devido à sua eficácia rápida. No entanto, o uso prolongado pode levar à dependência, tolerância e efeitos adversos, como prejuízo cognitivo e risco de quedas, especialmente em idosos.

- **Risco de Dependência e Tolerância:** O uso crônico de benzodiazepínicos pode resultar em dependência física e psicológica, com a necessidade de doses progressivamente maiores para obter o mesmo efeito, além de sintomas de abstinência ao tentar interromper o uso. A terapêutica segura é de 4 semanas, se o uso for diário.
- **Efeitos Adversos:** Além da dependência, os benzodiazepínicos podem causar sonolência diurna, prejuízo da memória, confusão e aumento do risco de quedas e fraturas, particularmente, em populações idosas.
- **Estratégias para Redução do Uso Abusivo**
  - **Desmame Gradual:** A interrupção do uso de benzodiazepínicos deve ser feita de maneira gradual e supervisionada para minimizar os sintomas de abstinência e o risco de recaída. Seguindo as orientações de redução gradual, sendo 25% da dose a cada semana ou a cada 15 dias, dando preferência para os benzodiazepínicos de

meia vida mais longa, como Diazepam, Bromazepam e Clonazepam.

- **Alternativas Terapêuticas:** Substituir benzodiazepínicos por outras intervenções, como antidepressivos de ação sedativa, como Trazodona (50 mg), Mirtazapina (15 mg) ou Amitriptilina (25 mg), quando indicado, pode ser uma estratégia eficaz, além de antipsicóticos em baixas doses, como Quetiapina 25 a 50 mg ou Clorpromazina 25 a 100 mg. Além disso, a incorporação de terapias não-farmacológicas, como TCC-I e técnicas de relaxamento, é crucial para a manutenção do sono sem dependência.
- **Educação e Aconselhamento:** Informar os pacientes sobre os riscos do uso prolongado de benzodiazepínicos e sobre a disponibilidade de alternativas eficazes é fundamental para promover uma mudança segura e sustentável no manejo da insônia.

A insônia deve ser abordada com uma combinação de intervenções comportamentais e, quando necessário, terapias farmacológicas de curto prazo. O uso abusivo de benzodiazepínicos é um problema significativo que requer estratégias de redução cuidadosas e a promoção de alternativas seguras e eficazes. As diretrizes do MS e da OPAS enfatizam a importância de um manejo integrado e personalizado, focado na educação do paciente e na utilização de abordagens terapêuticas, baseadas em evidências para garantir a saúde e o bem-estar dos indivíduos.

### 5.3 Depressão

Assista ao vídeo “A vida vale a pena?”, disponível na biblioteca virtual do Nescon: [https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registo/A\\_VIDA\\_vale\\_a\\_pena/735](https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registo/A_VIDA_vale_a_pena/735).

### Comentários

Comentários pertinentes ao Transtorno Depressivo com Risco de Suicídio, extraídos de “Saúde Mental - Caderno NESCON UFMG”, elaborados por Pereira et al. (2013, p. 64).

Nos últimos anos, o termo depressão tem sido banalizado e é constantemente usado para descrever um estado emocional normal. Sentimentos de tristeza ou infelicidade são comuns em situações de perda, separações, insucessos ou conflitos interpessoais e fazem parte da experiência cotidiana, caracterizando estado emocional não-patogênico. Um exemplo é o luto normal, no qual há tristeza e ansiedade, que melhoram com o tempo. Na maioria dos casos o papel dos profissionais de saúde deve ser acolher o sofrimento e oferecer algum suporte de escuta e aconselhamento, sem necessidade de prescrição medicamentosa. Em todo caso suspeito de depressão, é muito importante que pesquisemos o intuito de conduta suicida. Uma abordagem ativa por parte do profissional de saúde pode prevenir tentativas de suicídio, contribuindo, assim, para a diminuição dos óbitos por esse tipo de agravo. Nem toda ideação suicida necessita de encaminhamento urgente para as equipes ou serviços de saúde mental. Quase sempre, as pessoas que pensam em se matar não desejam realmente fazê-lo, especialmente se não apresentam transtorno psiquiátrico evidente. Quando pensam em suicídio é porque estão se sentindo desesperados, não veem saída para algumas situações impostas pela vida. Neste caso, é fundamental adequada avaliação de risco para definição de uma possível emergência psiquiátrica (alto risco) ou se o caso poderá ser conduzido na atenção primária (baixo risco).

Na presença dos sintomas clássicos de depressão - profundo sofrimento e alto risco de autoextermínio (pacientes com transtorno depressivo grave), os autores recomendam:

A equipe da Atenção Básica deverá estabelecer contato franco e aberto com o paciente e seus familiares, organizar uma estrutura de proteção continuada (na residência, Centro de Apoio Psicossocial, hospital geral ou psiquiátrico) até que um parecer psiquiátrico possa ser providenciado. Aqui, há clara indicação de tratamento medicamentoso com a introdução de antidepressivo e/ou mesmo de benzodiazepínico, que poderá ser utilizado para reduzir a angústia e ajudar na regulação do sono nas primeiras semanas de tratamento. A indicação de internação hospitalar ou em CAPS que possuem leitos noturnos deverá ser instituída sempre que houver ideação de autoextermínio persistente, especialmente

se há transtorno psiquiátrico ou comportamental grave associado, como, por exemplo, pacientes com depressão grave, psicóticos em crise, dependentes químicos e indivíduos com impulsividade evidente.

Ou autores concluem:

Devemos sempre suspeitar de **depressão** quando estão presentes: humor deprimido persistente, baixa energia, perda de interesse pelas coisas que antes davam prazer, inibição psicomotora, falta de esperança, ideação de autoextermínio.

A depressão é um transtorno mental comum e debilitante, que afeta milhões de pessoas em todo o mundo, incluindo uma parcela significativa da população brasileira. Conforme as diretrizes do MS e da OPAS, o acolhimento adequado aos pacientes com depressão, na APS, é essencial para garantir um tratamento eficaz e humanizado. Seguem, abaixo, estratégias de acolhimento e as principais intervenções terapêuticas recomendadas para pacientes com depressão.

### 5.3.1 Estratégias Terapêuticas

Conforme as diretrizes do MS e da OPAS, o tratamento da depressão na atenção primária deve ser individualizado e pode incluir uma combinação de intervenções psicossociais e farmacológicas.

#### 5.3.1.1 Intervenções Psicossociais:

- **Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC):**
  - **TCC** é uma abordagem eficaz que ajuda os pacientes a identificarem e modificarem padrões de pensamento negativos e comportamentos disfuncionais que contribuem para a depressão, geralmente conduzido por profissional da psicologia.
  - **Apoio e Feedback:** A TCC inclui atividades estruturadas e sessões regulares de feedback, proporcionando apoio contínuo ao paciente, geralmente conduzido por profissional da psicologia.
- **Psicoterapia Interpessoal (TIP):**

- **Foco em Relacionamentos:** A TIP se concentra em melhorar os relacionamentos interpessoais e resolver problemas de relacionamento, que podem estar contribuindo para a depressão. Geralmente, conduzido por profissional da psicologia.
- **Apoio Emocional à crise:** Abordagem que proporciona um espaço seguro para explorar emoções e experiências referentes aos relacionamentos, pode ser conduzida por qualquer profissional de saúde.
- **Grupos de Apoio e Terapia de Grupo:**
  - **Apoio Mútuo:** Participar de grupos de apoio ou terapia de grupo pode proporcionar um senso de comunidade e apoio mútuo, ajudando os pacientes a se sentirem menos isolados.
  - **Compartilhamento de Experiências:** O compartilhamento de experiências e estratégias de enfrentamento com outros que estão passando por situações semelhantes pode ser extremamente benéfico.

#### 5.3.1.2 Intervenções Farmacológicas:

- **Antidepressivos:**
  - **Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina (ISRS):** são, frequentemente, a primeira escolha devido ao seu perfil de segurança e eficácia.
  - **Inibidores da Recaptação de Serotonina e Noradrenalina (IRSN):** também são eficazes e podem ser indicados dependendo do perfil do paciente (hipertensão arterial controlada) e não tenha havido resposta terapêutica com os ISRS.
  - **Outros antidepressivos (listados acima):** também são eficazes e podem ser indicados, se não houver contra indicação e não tenha havido resposta terapêutica com os dois grupos de antidepressivos acima.
  - **Observação:** Caso não tenha havido melhora importante do quadro depressivo, após 02 ensaios clínicos com antidepressivos

de classes diferentes, discutir o caso com o psiquiatra de referência ou encaminhar para os serviços de saúde mental.

- **Monitoramento e Ajustes:** É crucial monitorar os pacientes regularmente para ajustar a dosagem e avaliar a eficácia e possíveis efeitos colaterais. Até ocorrer a remissão significativa dos sintomas, os retornos às consultas devem ser realizados de cada 02 (duas) a 04 (quatro) semanas.

#### 1. Intervenções Integrativas e Complementares:

- **Exercício Físico:**
  - **Atividade Regular:** A prática regular de exercício físico tem demonstrado benefícios significativos na redução dos sintomas de depressão e na melhoria do humor, especialmente, em atividades aeróbicas, realizada por 50 minutos, 03 (três) vezes na semana. Esse benefício apresenta melhores resultados nos quadros depressivos leves e nas populações de idosos.
  - **Recomendação Personalizada:** A atividade física deve ser adaptada às preferências e capacidades do paciente.
- **Técnicas de Relaxamento e Mindfulness:**
  - **Meditação e Mindfulness:** Técnicas que ajudam a reduzir o estresse e a promover uma maior autoconsciência e bem-estar emocional.
  - **Relaxamento Muscular Progressivo:** Outra técnica útil para reduzir a tensão e promover o relaxamento.

#### 5.3.1.4 Intervenções Sociais e Educacionais:

- **Suporte Social:**
  - **Fortalecimento de Redes de Apoio:** Incentivar o paciente a fortalecer suas redes de apoio, como família e amigos, pode proporcionar suporte emocional e prático.
  - **Engajamento em Atividades Sociais:** Participar de atividades sociais pode ajudar a reduzir o isolamento e melhorar o humor.
- **Educação sobre Saúde Mental:**

- **Informação e Recursos:** Fornecer informações sobre a depressão e recursos disponíveis, como centros de apoio e linhas de ajuda, pode empoderar o paciente.
- **Redução do Estigma:** Educar o paciente e a comunidade sobre a depressão pode ajudar a reduzir o estigma e promover uma maior compreensão e aceitação.

### 5.3.2 Avaliação do risco de suicídio e formas de abordagem

Os principais fatores de risco para o suicídio são: **história de tentativa prévia de suicídio e presença de transtorno mental**. Deve-se atentar para a comunicação com o paciente, especialmente:

- Ouvir atentamente, com calma.
- Entender os sentimentos da pessoa (empatia).
- Dar mensagens não verbais de aceitação e respeito.
- Expressar respeito pelas opiniões e pelos valores da pessoa.
- Conversar honestamente e com autenticidade.
- Mostrar sua preocupação, seu cuidado e sua afeição.
- Focalizar nos sentimentos da pessoa.

Em sequência, deve-se classificar o risco. De modo geral, classifica-se como:

- **Baixo risco:** a pessoa teve alguns pensamentos suicidas, como “eu não consigo continuar”, “eu gostaria de estar morto”, mas não fez nenhum plano.
- **Médio risco:** a pessoa tem pensamentos e planos para cometer o suicídio, mas não tem planos de cometê-lo imediatamente.
- **Alto risco:** a pessoa tem um plano definido, tem os meios para fazê-lo e planeja fazê-lo prontamente. Muitas vezes, já tomou algumas providências prévias e parece estar se despedindo.

#### **Ações necessárias no baixo risco**

- Oferecer apoio emocional.
- Trabalhar sobre os sentimentos ligados à ideação suicida.
- Focalizar nos aspectos positivos da pessoa, fazendo-a falar sobre como problemas anteriores foram resolvidos.

- Encontrar com o paciente em intervalos regulares.
- Explorar alternativas ao suicídio.
- Encaminhar para um serviço ou profissional de saúde mental, caso o paciente não demonstre melhora após as intervenções promovidas acima ou possa apresentar um transtorno psiquiátrico mais grave ou não tratado, como: Transtorno Bipolar, Dependência Química, Traços de Personalidade Impulsiva ou Psicose.

#### **Ações necessárias no médio risco**

- Utilizar as estratégias de Baixo Risco descritas acima.
- Extrair uma promessa sincera do paciente de que ele não vai cometer suicídio até uma próxima consulta ou até conseguir ajuda especializada.
- Entrar em contato com a família, amigos ou pessoas próximas para dar conhecimento a elas dos riscos envolvidos e ampliar o suporte psicossocial e monitorização do paciente.
- Orientar sobre medidas de prevenção ao suicídio, impedindo o acesso aos meios para cometer suicídio, como: medicamentos, venenos, armas, facas, cordas, e acesso a lugares perigosos.
- Encaminhar para um serviço ou profissional de saúde mental, caso o paciente não demonstre melhora, após as intervenções promovidas acima.

#### **Ações necessárias no alto risco**

- Utilizar as estratégias de Baixo e Médio Risco descritas acima.
- Ficar junto do paciente e nunca deixá-lo sozinho.
- Informar a família da gravidade da situação.
- Encaminhar o paciente para o pronto atendimento médico mais acessível, mesmo que de forma involuntária, caso ele recuse ajuda (CAPS, UPA, Hospital Geral, Hospital Psiquiátrico).

### **5.4 Psicose**

Assista ao vídeo “O que está acontecendo com ela?” que está disponível na biblioteca virtual do Nescon: [https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/O\\_QUE\\_esta\\_acontecendo\\_com\\_ela\\_/735](https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/O_QUE_esta_acontecendo_com_ela_/735).

## Comentários

Comentários pertinentes ao Transtorno Psicótico, extraídos de “Saúde Mental - Caderno NESCON UFMG”, elaborados por Pereira et al. (2013, p. 70).

Embora representem uma parcela menor de transtornos mentais atendidos na atenção básica, pacientes com transtornos psicóticos correm maior risco de segregação social e de abandono de tratamento, em virtude de expressivo comprometimento de julgamento da realidade, especialmente nos períodos agudos da doença. Nesses casos é importante que o profissional de saúde não conteste nem corrobore a vivência psicótica descrita pelo paciente, mas que procure estabelecer, desde o início, uma postura de escuta interessada e respeitosa. O fundamental é a construção de uma relação de confiança que reverta a posição de involuntariedade inicial para com o tratamento. A indicação da estratégia farmacológica, fundamental para a reversão mais adequada dos sintomas, deve ser discutida com o paciente e sempre que possível negociada com ele com base nas queixas apresentadas. Por exemplo, se ele não está dormindo bem, pode ser sugerido que tome uma medicação que o ajude a descansar durante a noite. Nesse caso, o antipsicótico é a medicação de escolha. Um benzodiazepínico também pode ser introduzido durante a fase aguda. Além disso, é muito importante estabelecer se há alguma situação de risco para o paciente e terceiros. Caso exista, orientar o paciente e a família no sentido de não se exporem àquela situação específica até que haja melhora significativa dos sintomas, por exemplo, evitar ir à escola ou ao trabalho. O atendimento inicial de um quadro como esse pode e deve ser realizado pela equipe da Atenção Básica, que deverá discutir o caso com a equipe de Saúde Mental assim que possível. A internação hospitalar pode e deve ser evitada, caso haja cooperação do paciente para os procedimentos de tratamento e se não houver situação de risco que exija observação diária e contínua devido à intensa agitação psicomotora, franca hostilidade dirigida a terceiros, grave negligência com os cuidados com a saúde ou conduta suicida.

Os autores concluem:

Devemos sempre suspeitar de um **transtorno psicótico** quando, na ausência de uma causa orgânica detectável e ausência de abuso de álcool ou drogas, estão usualmente presentes os sintomas de alucinações, delírios, comportamento francamente anormal para o padrão cultural e de vida do paciente, com quebra na relação com

a realidade, excitação e hiperatividade ou retardo psicomotor marcantes.

#### 5.4.1 Estratégias Terapêuticas

Na atenção primária, conforme as diretrizes do MS e da OPAS, o manejo das psicoses deve ser abrangente e individualizado, combinando intervenções psicossociais e farmacológicas.

##### 5.4.1.1 Intervenções Psicossociais:

- **Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC):**
  - **TCC para Psicoses:** Pode ajudar os pacientes a desenvolverem estratégias para lidar com delírios e alucinações, além de melhorar o funcionamento social e ocupacional. Geralmente, conduzida por profissional da psicologia.
  - **Sessões Estruturadas:** A terapia envolve sessões estruturadas focadas em identificar e modificar pensamentos disfuncionais e comportamentos problemáticos. Geralmente, conduzidas por profissional da psicologia.
- **Terapia Familiar:**
  - **Suporte à Família:** A terapia familiar pode ser crucial para educar e apoiar os familiares, ajudando-os a entender a condição do paciente e a desenvolver habilidades de comunicação e resolução de conflitos.
  - **Redução do Estresse:** Envolver a família no tratamento pode reduzir o estresse e melhorar a dinâmica familiar, contribuindo para um ambiente de suporte mais estável. Em especial, a família deve ser orientada para não contestar ou fazer chacota dos possíveis sintomas psicóticos dos pacientes, como delírios e alucinações, já que, no contexto familiar, esse tipo de conduta apenas exacerba as emoções expressas de forma negativa. Uma postura de neutralidade, nessas situações, é melhor acolhida pelos pacientes.
- **Reabilitação Psicossocial:**

- **Habilidades de Vida Diária:** Programas de reabilitação psicossocial focam no desenvolvimento de habilidades de vida diária, sociais e ocupacionais, promovendo a independência do paciente.
- **Integração Social:** A reabilitação psicossocial visa, também, à reintegração do paciente na comunidade, facilitando o retorno à atividades educacionais e de trabalho.

#### 5.4.1.2 Intervenções Farmacológicas:

- **Antipsicóticos de Primeira Geração (APGs):** Embora apresentem um perfil de efeitos colaterais mais significativos, incluindo sintomas extrapiramidais (como rigidez muscular, tremores e discinesias), os APGs, como o Haloperidol, continuam sendo uma opção valiosa, especialmente para o manejo de quadros psicóticos agudos. O Haloperidol é amplamente utilizado devido à sua segurança (pode ser usado em qualquer faixa etária e mesmo em gestantes) e eficácia na redução de sintomas psicóticos, especialmente em situações de agitação psicomotora e delírios e alucinações intensas. Apesar dos efeitos adversos potenciais, a escolha de um APG pode ser vantajosa em contextos específicos, considerando o custo-benefício e a disponibilidade. Outros antipsicóticos, como Clorpromazina, Levomepromazina, Tioridazina ou a Periciazina são usados, geralmente, em doses mais baixas, apenas para indução de sono ou sedação mais incisiva.

##### **Formulações existentes do Haloperidol:**

- Haloperidol comprimidos
- Haloperidol solução para pacientes que recusam uso de comprimidos ou têm dificuldade de deglutição
- Haloperidol ampola
- Haldol Decanoato ampolas

##### **Alternativa ao Haloperidol:**

- Zuclopentixol comprimidos
- Zuclopentixol ampolas para aplicação, de 28 em 28 dias, nos casos de pacientes com baixa adesão ao uso oral

**Observação 1:** Em caso de uso de Zuclopentixol ou Haloperidol de longa ação, iniciar com dose oral por 5 dias, pelo menos, para avaliação de possíveis sintomas adversos importantes.

**Observação 2:** O tratamento do primeiro episódio de psicose deve ser tratado, prioritariamente, com monoterapia de antipsicóticos. Recomenda-se iniciar com doses baixas e ajustes a cada semana, até à remissão dos sintomas, respeitando as doses máximas de bula. Caso haja resposta clínica satisfatória na presença de efeitos extra piramidais, considerar a introdução de Biperideno oral.

- **Antipsicóticos de Segunda Geração (APSGs):** Esses medicamentos são preferidos devido ao seu perfil de efeitos colaterais mais favoráveis, apresentando menor risco de sintomas extrapiramidais e melhor tolerabilidade. Seguem, abaixo, alguns APSGs comumente encontrados na rede pública (podendo ser solicitados, a partir de critérios definidos pelas secretarias estaduais de saúde, por formulário próprio) que são, frequentemente, indicados para tratamento de manutenção devido à eficácia em sintomas positivos e negativos da esquizofrenia, além de menor risco de sintomas extra piramidais (parkinsonismo, distonia aguda, acatisia ou discinesia tardia):
  - Risperidona
  - Olanzapina
  - Quetiapina
  - Clozapina
  - Aripiprazol liberação prolongada
- **Diretrizes Gerais de Uso:** Ao iniciar o tratamento com antipsicóticos, é fundamental uma avaliação individualizada que considere a escolha do medicamento com base na condição clínica do paciente, histórico de resposta a tratamentos anteriores e possíveis interações medicamentosas. Em quadros agudos, os APGs podem ser empregados para estabilização inicial, enquanto os APSGs são indicados para tratamentos de longo prazo, visando melhorar a adesão e a qualidade de vida do paciente.
- **Monitoramento Regular:** O acompanhamento contínuo é essencial para ajustar dosagens, avaliar a eficácia e monitorar possíveis efeitos colaterais.

Isso inclui a verificação de parâmetros metabólicos, especialmente em pacientes que utilizam APSGs, devido ao risco aumentado de ganho de peso, diabetes e dislipidemia. Nos APGs, o manejo de possíveis efeitos extrapiramidais pode exigir o uso concomitante de medicamentos antiparkinsonianos, como sugerido anteriormente.

#### 5.4.1.3 Intervenções Sociais e Educacionais:

- **Suporte Social:**
  - **Fortalecimento de Redes de Apoio:** Incentivar o paciente a fortalecer suas redes de apoio, como família e amigos, pode proporcionar suporte emocional e prático.
  - **Engajamento em Atividades Sociais:** Participar de atividades sociais pode ajudar a reduzir o isolamento e melhorar o funcionamento social.
  
- **Educação sobre Saúde Mental:**
  - **Informação e Recursos:** Fornecer informações sobre a doença e recursos disponíveis, como Centro de Convivência, ou estratégias de reabilitação pelo trabalho (economia solidária ou inserção em trabalho protegido pela Lei de Cotas para Pessoas com Deficiência – Lei 8.213 de 1991) pode empoderar o paciente.
  - **Redução do Estigma:** Educar a comunidade sobre como interagir com pessoas com sintomas psicóticos pode ajudar a reduzir o estigma e promover uma maior compreensão e aceitação.

#### 5.5 Somatização Ou Queixas Somáticas Inexplicadas

Assista ao vídeo “Estou muito doente, doutor!” que está na biblioteca virtual do Nescon em: [https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/ESTOU\\_muito\\_doente\\_doutor\\_\\_\\_Video\\_/735](https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/ESTOU_muito_doente_doutor___Video_/735)

## Comentários

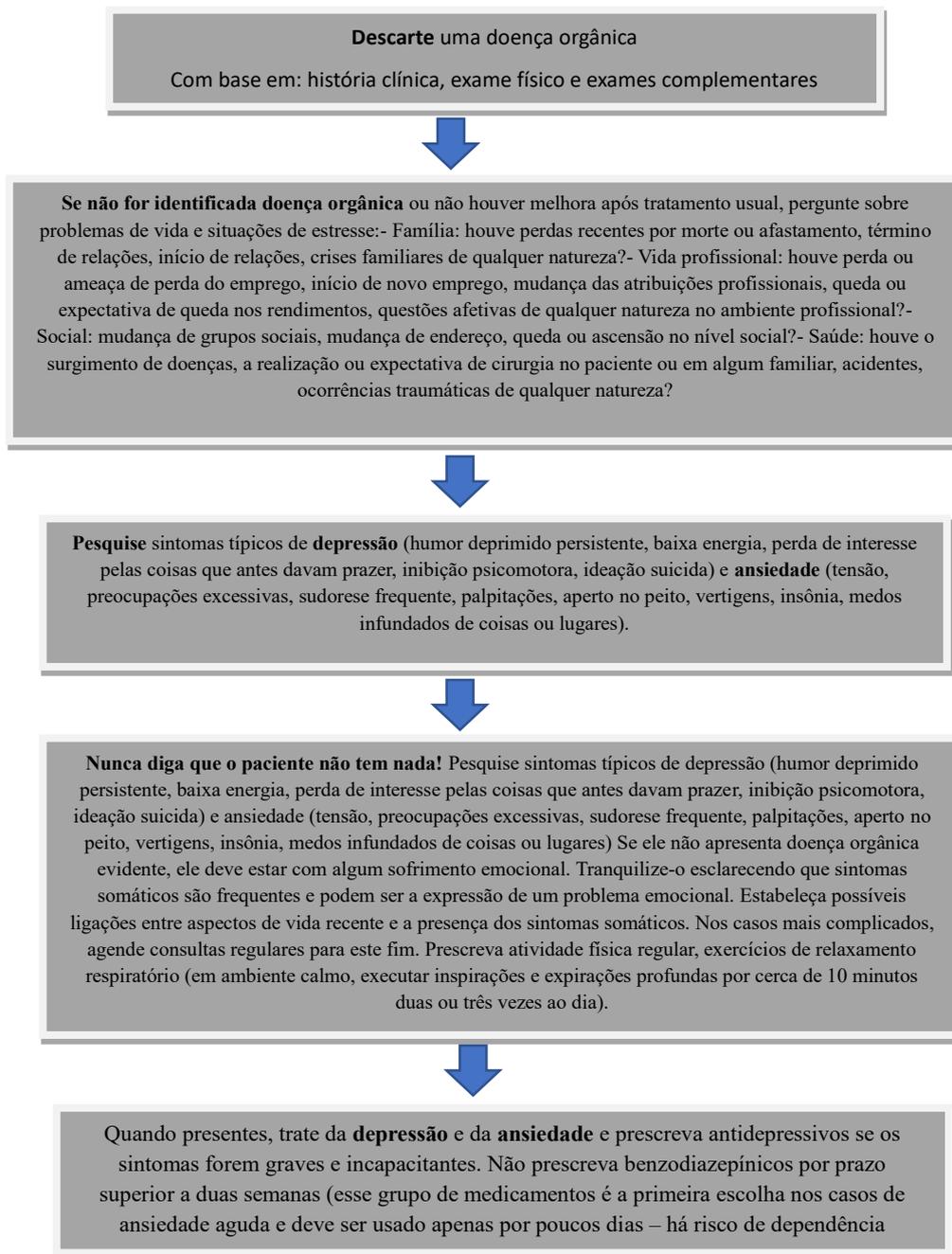
Seguem comentários pertinentes à Somatização ou queixas somáticas inexplicadas, extraídos de “Saúde Mental - Caderno NESCON UFMG”, elaborados por Pereira et al. (2013, p. 60).

É comum que a manifestação do sofrimento mental, na atenção primária, ocorra através de sintomas físicos. Por isso, é sempre importante pesquisar os aspectos de vida atual do paciente, já que situações de vida que geram estresse podem estar relacionadas com esse tipo de expressão sintomatológica. Na maioria das vezes, a tranquilização sobre a natureza das queixas (de origem emocional e não-orgânica) é suficiente para o apaziguamento dos sintomas. Entretanto, quando as queixas são crônicas, especialmente acima de 06 meses, os pacientes apresentam muita dificuldade de relacionar problemas emocionais às suas queixas físicas, o que pode tornar o acompanhamento a esse tipo pouco confortável para a equipe de saúde. Para esse perfil de paciente, que demanda atenção e cuidados de forma frequente e pouco organizada, o ideal é o estabelecimento de consultas regulares agendadas. Essa conduta irá assegurar-lhe que seu problema será acompanhado de forma sistemática, tornando desnecessária sua presença na unidade a todo o momento. Geralmente, é para o médico que as queixas de natureza física são encaminhadas e, portanto, ele deve esclarecer ao paciente que problemas psicossociais vivenciados pelas pessoas podem se expressar a partir de dores e desconfortos percebidos no corpo. Assim, não devemos banalizar a queixa, mas atendê-lo de forma contínua, procurando estabelecer com ele relações entre as queixas físicas e os acontecimentos de sua vida. Espera-se que, gradativamente, ele perceba de forma mais clara as relações existentes entre o corpo e as vivências emocionais e passe a conviver melhor com seus sintomas. É sempre importante avaliar a presença de transtorno ansioso ou depressivo concomitante. Nesses casos, o tratamento deve ser instituído, geralmente utilizando-se antidepressivos.

Os autores concluem:

Devemos suspeitar de **somatização** sempre que estão presentes queixas físicas frequentes, geralmente mutáveis no tempo, sem substrato fisiopatológico aparente.

Segue o **Fluxograma de abordagem das somatizações**, reproduzido das Diretrizes para Saúde Mental em Atenção Básica / NESCON/UFMG, conforme Pereira (2009, p. 31).



### 5.5.1 Estratégias Terapêuticas

O tratamento da somatização na APS deve ser individualizado e pode incluir uma combinação de intervenções psicossociais e, quando necessário, farmacológicas, conforme as diretrizes do MS e da OPAS.

#### 5.5.1.1 Intervenções Psicossociais:

- **Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC):**
  - **TCC** é uma abordagem eficaz que ajuda os pacientes a identificar e a modificar padrões de pensamentos negativos e comportamentos disfuncionais que contribuem para a somatização.
  - **Apoio e Feedback:** A TCC inclui atividades estruturadas e sessões regulares de feedback, proporcionando apoio contínuo ao paciente.
- **Psicoterapia de Apoio:**
  - **Foco no Suporte Emocional:** A psicoterapia de apoio oferece um espaço seguro para o paciente explorar suas emoções e experiências, ajudando a reduzir a ansiedade e melhorar o bem-estar emocional.
  - **Reforço Positivo:** Abordagem que ajuda o paciente a desenvolver uma visão mais positiva de si mesmo e de suas capacidades.
- **Grupos de Apoio e Terapia de Grupo:**
  - **Apoio Mútuo:** Participar de grupos de apoio, terapia de grupo ou terapia comunitária pode proporcionar um senso de comunidade e apoio mútuo, ajudando os pacientes a se sentirem menos isolados.
  - **Compartilhamento de Experiências:** O compartilhamento de experiências e estratégias de enfrentamento com outros, que estão passando por situações semelhantes, pode ser extremamente benéfico.

#### 5.5.1.2 Intervenções Farmacológicas:

- **Antidepressivos e Ansiolíticos:**
  - **Uso Racional:** Antidepressivos, como os inibidores seletivos da recombinação de serotonina (ISRS), e ansiolíticos podem ser

utilizados em casos em que a somatização está associada a transtornos depressivos ou ansiosos.

- **Monitoramento e Ajustes:** É crucial monitorar os pacientes regularmente para ajustar a dosagem e avaliar a eficácia e possíveis efeitos colaterais.

#### 5.5.1.3 Intervenções Integrativas e Complementares:

- **Exercício Físico:**
  - **Atividade Regular:** A prática regular de exercício físico tem demonstrado benefícios significativos na redução dos sintomas de somatização e na melhoria do humor.
  - **Recomendação Personalizada:** A atividade física deve ser adaptada às preferências e capacidades do paciente.
- **Técnicas de Relaxamento e Mindfulness:**
  - **Meditação e Mindfulness:** Essas técnicas ajudam a reduzir o estresse e a promover uma maior autoconsciência e bem-estar emocional.
  - **Relaxamento Muscular Progressivo:** Técnica útil para reduzir a tensão e promover o relaxamento.

#### 5.5.1.4 Intervenções Sociais e Educacionais:

- **Suporte Social:**
  - **Fortalecimento de Redes de Apoio:** Incentivar o paciente a fortalecer suas redes de apoio, como família e amigos, pode proporcionar suporte emocional e prático.
  - **Engajamento em Atividades Sociais:** Participar de atividades sociais pode ajudar a reduzir o isolamento e melhorar o humor.
- **Educação sobre Saúde Mental:**
  - **Informação e Recursos:** Fornecer informações sobre os mecanismos emocionais envolvidos na somatização e recursos disponíveis, como os citados anteriormente, pode empoderar o paciente.

- **Redução do Estigma:** Educar o paciente e a comunidade sobre a somatização pode ajudar a reduzir o estigma e promover uma maior compreensão e aceitação.

## 5.6 Dependência de Álcool e Drogas

Assista ao vídeo “Não consigo me livrar disso!” disponível na biblioteca virtual do Nescon: [https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registo/NAO\\_consigo\\_me\\_livrar\\_disso\\_/735](https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registo/NAO_consigo_me_livrar_disso_/735)

### Comentários

Seguem comentários pertinentes à Dependência Química com Abstinência Alcoólica, extraídos de “Saúde Mental - Caderno NESCON UFMG”, elaborados por Pereira et al. (2013, p. 67).

Os quadros de dependência química geralmente trazem, além das repercussões negativas sobre a saúde do usuário, graves reflexos no âmbito sociofamiliar. Entre esses problemas está a chamada **Codependência** da família. Em situações como essa, os membros da família perdem a autonomia em relação às suas vidas e passam a viver exclusivamente voltados para os problemas gerados pelo dependente químico. Geralmente, esse tipo de conduta gera muito sofrimento familiar e ajuda pouco o usuário de álcool ou drogas. A família necessita ser orientada e apoiada no sentido de acolher o dependente químico, mas não a qualquer custo. Os membros da família devem ser estimulados a falar de seus sentimentos em relação ao problema e encorajados a retomar seus projetos de vida sem clima de culpabilização, muito frequente nessas circunstâncias. Reuniões familiares regulares na própria unidade de saúde e indicação para participação em grupos de autoajuda são ações recomendadas (ex.: Grupo Amor Exigente). Nos casos em que o paciente não apresenta demanda clara para o tratamento, os profissionais de saúde devem compreender que ele ainda está na fase de negação do problema ou não consegue perceber os prejuízos que o envolvimento com a droga

tem causado para si e para as pessoas de sua convivência. Uma postura considerada adequada é a equipe se disponibilizar a acolhê-lo sempre que ele tiver alguma complicação com o uso de álcool ou drogas. Nessas ocasiões, sem emitir juízo de valor sobre as ações do paciente, deve-se procurar refletir com ele sobre sua vida, a família e sua relação com as substâncias psicoativas envolvidas. O encaminhamento para grupos de autoajuda como os Alcoólatras Anônimos (AA) ou Narcóticos Anônimos (NA) e dispositivos comunitários de tratamento como os Centros de Apoio Psicossocial de Álcool e Drogas (CAPS AD) deve ser sempre encorajado. A ida para comunidades de tratamento terapêutico ou clínicas de reabilitação de dependentes químicos, onde os pacientes ficam restritos do contato social e familiar por semanas ou meses, deve ser indicada apenas para aqueles que fracassaram nas estratégias de tratamento ambulatorial, que não possuem outros transtornos psiquiátricos graves e que aceitem passar por um regime de confinamento prolongado, já que esse regime de tratamento deve ser sempre voluntário. No tratamento da dependência química, o ideal é que a equipe da Atenção Básica possa prover informações úteis para os usuários e seus familiares, facilitando o acesso a várias opções de tratamento, já que cada usuário poderá se beneficiar de recursos diferentes de acordo com seus interesses e necessidades em um dado momento do seu tratamento.

Os autores concluem:

Devemos sempre suspeitar de **dependência química** quando estão presentes, pelo menos, três dos elementos que se seguem: compulsão para consumir a substância, dificuldades de controlar o consumo da substância, evidências de estado de abstinência ou tolerância da substância, abandono progressivo de outras atividades ou interesses em favor do uso da substância, persistência no uso a despeito de evidência clara dos prejuízos físicos, econômicos e sociofamiliares envolvidos.

## 5.6.1 Diferenças das Substâncias e Implicações no Manejo

A dependência química pode envolver diversas substâncias, cada uma com características específicas que determinam o manejo do paciente. As principais substâncias incluem álcool, tabaco, maconha, cocaína, crack, heroína, benzodiazepínicos e outras drogas sintéticas.

### 5.6.1.1 Álcool

- **Características:** O álcool é uma substância legal e amplamente disponível, com efeitos depressivos no sistema nervoso central. O abuso pode levar a uma variedade de problemas de saúde, incluindo doenças hepáticas, cardiovasculares e neurológicas.
- **Manejo: Intervenções breves (IB)** são abordagens de curta duração (entre 5 e 15 minutos), que utilizam intervenções objetivas e focadas para indivíduos com uso nocivo, adaptadas ao estágio de motivação do paciente. Recomendam-se técnicas de **Entrevista Motivacional (IM)**, que ajudam a explorar ambivalências e motivar mudanças de comportamento. Isso pode ser conseguido a partir da explicitação dos prós e contras do uso, identificação dos fatores de risco e proteção relacionados, além do planejamento de medidas de prevenção de recaída, que devem ser trabalhadas a cada consulta. **Redução de danos** é recomendada para aqueles que não conseguem cessar o uso, promovendo estratégias para minimizar os riscos associados ao consumo, como: reduzir o teor alcoólico das bebidas ingeridas, inserir água e alimentos entre as doses e não dirigir ao beber.
- **Tratamento Farmacológico:**

#### Medicações para auxílio na abstinência:

- **Benzodiazepínicos** (ex.: Diazepam ou Clonazepam) são usados para controle de sintomas de abstinência, como tremores, agitação e convulsões. Preferíveis em regimes de curto prazo.
  - **Haloperidol** pode ser indicado para controle de sintomas psicóticos breves.
  - **Vitaminas**, especialmente **tiamina (B1)**, são essenciais para prevenir ou tratar complicações neurológicas como encefalopatia de Wernicke.
- **Manutenção e Prevenção de Recaídas:**

- **Naltrexona** é um medicamento que ajuda a reduzir a vontade de beber e prevenir recaídas, devendo ser usado como parte de um plano terapêutico mais amplo.
- **Acompanhamento contínuo:** Consultas regulares para avaliar progresso, ajustar tratamentos e reforçar estratégias de enfrentamento.
- **Encaminhamento para Pronto Atendimento:**
  - **Delirium tremens:** caracterizado por agitação, alucinações, confusão, febre e tremores severos. Necessita de tratamento intensivo.
  - **Convulsões:** emergências médicas que requerem estabilização imediata e suporte hospitalar.
  - **Intoxicação grave:** casos de overdose alcoólica ou uso concomitante de outras substâncias requerem intervenção hospitalar.
- **Abordagem Multidisciplinar:**
  - Envolvimento de equipes multiprofissionais, incluindo psicólogos, assistentes sociais e enfermeiros, para suporte integral ao paciente e à família, fortalecendo a adesão ao tratamento e promovendo mudanças sustentáveis no estilo de vida. Esses profissionais, geralmente, estão disponíveis nos serviços especializados de saúde mental.

#### 5.6.1.2 Tabaco:

- **Características:** A nicotina, presente no tabaco, é altamente viciante e está associada a várias doenças, incluindo câncer, doenças respiratórias e cardiovasculares.
- **Manejo:** As intervenções incluem aconselhamento, terapia de reposição de nicotina (adesivos, gomas) e medicamentos como Bupropiona. Os pacientes devem ser incentivados a entrar para grupos de tratamento, oferecidos, geralmente, pelas Secretarias Municipais de Saúde.

#### 5.6.1.3 Maconha:

- **Características:** A maconha é a droga ilícita mais utilizada no mundo, com efeitos psicoativos que variam de euforia a alucinações. O uso crônico pode afetar a memória, o aprendizado e a saúde mental.

- **Manejo:** O tratamento foca em intervenções psicossociais, como TCC e programas de prevenção de recaídas, sem medicamentos aprovados para a dependência de maconha especificamente.

#### 5.6.1.4 Cocaína e Crack:

- **Características:** A cocaína é um poderoso estimulante que pode ser consumido em pó ou na forma de crack. O uso pode levar a graves problemas cardiovasculares, neurológicos e psiquiátricos.
- **Manejo:** O tratamento envolve TCC, manejo de contingências e programas de reabilitação. Não existem medicamentos aprovados especificamente para a dependência de cocaína/crack, mas estudos investigam o uso de medicamentos como psicoestimulantes e topiramato.

#### 5.6.1.5 Heroína e Opioides:

- **Características:** A heroína é um opioide potente que causa euforia e depressão respiratória. O uso de opioides prescritos também pode levar à dependência.
- **Manejo:** A terapia medicamentosa com metadona, buprenorfina e naltrexona é eficaz, juntamente com TCC e programas de manutenção. A naloxona é usada para tratar overdoses.

#### 5.6.1.6 Benzodiazepínicos:

- **Características:** Usados para tratar ansiedade e insônia, os benzodiazepínicos são altamente viciantes e podem causar sedação e dependência.
- **Manejo:** O desmame gradual supervisionado é essencial, junto com TCC e intervenções psicossociais para tratar a dependência e comorbidades. Orientações foram fornecidas anteriormente sobre a retirada gradual desse grupo farmacológico.

### 5.6.2 Estratégias Terapêuticas

O tratamento da dependência química na APS deve ser abrangente e personalizado, combinando intervenções psicossociais e farmacológicas, conforme as diretrizes do MS e da OPAS.

### 5.6.2.1 Intervenções Psicossociais:

- **Terapia de Motivação (Entrevista Motivacional):**

A entrevista motivacional (EM) é uma abordagem colaborativa e centrada na pessoa que visa promover mudanças comportamentais, especialmente útil em casos de dependência química. É estruturada em torno do espírito de parceria, empatia e respeito à autonomia. Aqui, estão as principais recomendações para sua aplicação, considerando os **estágios de motivação** do paciente:

**Pré-contemplação:** O paciente não reconhece o problema. A tarefa do profissional é levantar dúvidas e aumentar a percepção de riscos.

**Contemplação:** Há ambivalência em relação à mudança. É necessário "inclinar a balança", destacando benefícios e fortalecendo a autossuficiência.

**Preparação:** O paciente se compromete a mudar. Auxilie na criação de planos e estratégias.

**Ação:** Mudanças comportamentais são implementadas. Reforce o compromisso e ofereça suporte social.

**Manutenção:** Trabalhe na prevenção de recaídas, reforçando ganhos e estratégias de controle.

**Recaída:** Encare como parte do processo de mudança, renovando a motivação e estratégias anteriores.

**Princípios Fundamentais:**

**Expressar empatia:** Escutar de forma reflexiva e sem julgamentos.

**Desenvolver discrepância:** Destacar incongruências entre comportamentos atuais e objetivos futuros.

**Fluir com a resistência:** Evite confrontos diretos; use reflexões para explorar ambivalências.

**Evitar discussões:** Não insista em rótulos como "dependente químico".

**Estimular a autoeficácia:** Reforce conquistas e a capacidade de mudança do paciente.

**Técnicas de Comunicação:**

**Questões abertas:** Incentive o paciente a explorar seus sentimentos e crenças.

**Escuta reflexiva:** Parafraseie e valide emoções, promovendo uma compreensão mútua.

**Reestruturação positiva:** Destaque aspectos positivos das experiências do paciente.

**Resumo:** Reforce pontos-chave e organize ideias para facilitar a reflexão.

**Estratégias para Lidar com Resistências:**

**Reflexão simples:** Reconheça a resistência sem julgá-la.

**Reflexão amplificada:** Devolva a perspectiva do paciente de forma ampliada, mas sem sarcasmo.

**Mudar o foco:** Redirecione a atenção para áreas mais produtivas.

**Reinterpretar:** Ofereça novas perspectivas sobre os comentários do paciente.

**Armadilhas a Evitar:**

**Confrontação:** Aumenta a resistência e reduz a colaboração.

**Rotular:** Cria estigmas desnecessários.

**Culpar:** Redirecione a energia para soluções, não para identificar culpados.

○ **Grupos de Apoio e Terapia de Grupo:**

- **Apoio Mútuo:** Proporciona um senso de comunidade e apoio mútuo, ajudando os pacientes a se sentirem menos isolados.
- **Compartilhamento de Experiências:** O compartilhamento de experiências e estratégias de enfrentamento com outros em situações semelhantes pode ser extremamente benéfico.

**5.6.2.2 Intervenções Farmacológicas:**

○ **Medicações Específicas:**

- **Álcool:** Naltrexona.
- **Tabaco:** Terapia de reposição de nicotina e bupropiona.
- **Opioides:** Metadona, buprenorfina e naltrexona.

○ **Monitoramento e Ajustes:**

- **Acompanhamento Regular:** Monitorar os pacientes regularmente para ajustar a dosagem e avaliar a eficácia e possíveis efeitos colaterais. Os casos que apresentam baixa adesão ao tratamento

ambulatorial na APS devem ser encaminhados para serviços especializados em tratamento de dependência química disponíveis.

#### 5.6.2.3 Intervenções Integrativas e Complementares:

- **Exercício Físico**
  - **Benefícios:** A prática regular de exercício físico tem demonstrado benefícios significativos na redução dos sintomas de dependência e na melhoria do humor.
  - **Programas Adaptados:** A atividade física deve ser adaptada às preferências e capacidades individuais do paciente.
- **Técnicas de Relaxamento e Mindfulness:**
  - **Meditação e Mindfulness:** Essas técnicas ajudam a reduzir o estresse e a promover uma maior autoconsciência e bem-estar emocional.
  - **Relaxamento Muscular Progressivo:** Outra técnica útil para reduzir a tensão e promover o relaxamento.

#### 5.6.2.4 Intervenções Sociais e Educacionais:

- **Suporte Social:**
  - **Redes de Apoio:** Incentivar o paciente a fortalecer suas redes de apoio, como família e amigos, pode proporcionar suporte emocional e prático.
  - **Engajamento em Atividades Sociais:** Participar de atividades sociais pode ajudar a reduzir o isolamento e melhorar o funcionamento social.
- **Educação sobre Dependência Química:**
  - **Informação e Recursos:** Fornecer informações sobre a dependência química e recursos disponíveis, como centros de apoio e linhas de ajuda, pode empoderar o paciente.
  - **Redução do Estigma:** Educar o paciente e a comunidade sobre a dependência química pode ajudar a reduzir o estigma e promover uma maior compreensão e aceitação.

## CONCLUSÃO

O manejo das patologias de saúde mental na atenção primária é uma tarefa complexa e desafiadora, que exige uma abordagem integral e humanizada. Conforme as diretrizes do MS e da OPAS, o acolhimento é um componente essencial para o sucesso do tratamento e a promoção do bem-estar dos pacientes.

O acolhimento, fundamentado na escuta ativa, empatia, criação de um ambiente seguro e na oferta de informações claras e orientações adequadas, forma a base do cuidado em saúde mental. Essas práticas não só melhoram a adesão ao tratamento, como também promovem um vínculo terapêutico forte e de confiança entre o paciente e os profissionais de saúde.

O matriciamento em saúde mental é uma estratégia importante para garantir que os profissionais da atenção primária recebam suporte e capacitação contínuos. Essa abordagem promove a integração dos cuidados em saúde mental, garantindo que os pacientes recebam um atendimento qualificado e humanizado, mesmo nos níveis mais básicos do sistema de saúde.

Este manual visa oferecer uma ferramenta para os profissionais da APS, através de orientações fundamentadas na importância do acolhimento ao paciente e no manejo adequado das patologias de saúde mental. A implementação dessas práticas requer comprometimento e sensibilidade por parte dos profissionais de saúde, cujos benefícios são inestimáveis. Ao priorizar o acolhimento e a humanização no cuidado, pode-se facilitar a transformação da experiência dos pacientes, proporcionando-lhes um tratamento mais eficaz e respeitoso.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos dados e estudos desenvolvidos nesta pesquisa, a presente dissertação teve êxito em produzir o “**MANUAL PARA CAPACITAÇÃO EM TRANSTORNOS MENTAIS ATRAVÉS DE SIMULAÇÃO DE CONSULTAS CLÍNICAS GRAVADAS**”, construído de forma científica e embasado em experiências comprovadas de ensino.

Neste cenário, observa-se um enorme potencial na sua utilização, considerando diversos cenários e práticas de ensino, como as citadas abaixo:

### **1. Aulas Presenciais e Workshops com Prática Simulada**

**1.1. Simulações de Cenários Clínicos:** Usar os vídeos e materiais do manual em aulas presenciais para simular atendimentos com pacientes fictícios. Essa prática possibilita que os profissionais desenvolvam habilidades de diagnóstico e manejo em ambiente seguro e controlado, recebendo feedback imediato dos instrutores.

**1.2. Discussões de Caso em Pequenos Grupos:** Formar pequenos grupos para que os participantes assistam aos vídeos e discutam diferentes abordagens para cada caso, estimulando a análise crítica e o debate sobre os desafios encontrados em cada situação.

**1.3. Role-Playing com Feedback Guiado:** Solicitar aos participantes que reencenem os cenários com outros colegas, simulando situações semelhantes às dos vídeos, enquanto o instrutor fornece feedback sobre a linguagem corporal, empatia e eficácia das intervenções.

### **2. Aprendizagem a Distância e Ensino Híbrido**

**2.1. Plataformas de e-Learning com Material Interativo:** Disponibilizar o manual e os vídeos em uma plataforma de e-learning, onde os profissionais possam assistir aos conteúdos de forma assíncrona e realizar atividades interativas, como quizzes de avaliação e fóruns de discussão.

**2.2. Webinars com Demonstrações Práticas:** Realizar sessões online ao vivo, onde instrutores possam demonstrar abordagens de atendimento em saúde mental na APS, seguidas de sessões de perguntas e respostas. Os participantes podem compartilhar dúvidas e reflexões em tempo real.

### **3. Utilização de Tradução Simultânea e Integração de IA para Acessibilidade**

**3.1. Tradução Simultânea dos Vídeos:** Utilizar IA para fornecer traduções automáticas simultâneas dos vídeos em idiomas relevantes (espanhol, inglês, etc.). Isso facilita o acesso ao manual por profissionais de diferentes regiões e promove a internacionalização do conteúdo.

**3.2. Legendas Geradas por IA em Diferentes Idiomas:** Fornecer legendas automáticas para os vídeos, permitindo que os profissionais acompanhem o conteúdo de forma clara em seu idioma preferido. Essa abordagem é especialmente útil para atender a populações multilíngues e para profissionais com deficiência auditiva.

#### **4. Implementação de um Programa de Mentoria e Tutoria**

**4.1. Mentoria entre Pares e Supervisão:** Após assistir aos vídeos e estudar o manual, os profissionais podem ser agrupados em pares ou em pequenos grupos para mentoria. Profissionais mais experientes podem orientar os menos experientes na aplicação das técnicas de manejo dos transtornos mentais, criando um ambiente de aprendizagem colaborativa.

#### **5. Integração com Práticas de Campo e Educação Continuada**

**5.1. Atividades de Campo Supervisionadas:** Após o treinamento teórico, os profissionais podem aplicar o que aprenderam em cenários reais, com supervisão e suporte dos instrutores. Essa estratégia facilita a transferência do aprendizado para o ambiente prático.

**5.2. Programa de Educação Continuada com Atualizações:** Desenvolver um programa de educação continuada que permita aos profissionais retornarem ao manual periodicamente para atualizações sobre novos protocolos e melhores práticas em saúde mental na APS.

#### **6. Adaptação para Diferentes Contextos Locais**

**6.1. Customização Cultural e Regional dos Conteúdos:** Considere ajustar alguns aspectos dos vídeos e materiais do manual para refletir melhor as necessidades e desafios específicos de diferentes contextos e culturas, especialmente quando traduzido para outros idiomas.

**6.2. Incorporação de Exemplos Locais nos Vídeos:** Ao expandir o alcance para outros países, inclua cenários que abordem condições prevalentes em cada contexto específico, facilitando a aplicação prática e aumentando a relevância do conteúdo para profissionais de diversas regiões.

Essas estratégias tornam o manual um recurso abrangente e dinâmico, que se adapta às necessidades dos profissionais na APS e contribui para o desenvolvimento de habilidades práticas e humanizadas no cuidado em saúde mental.

## REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. Asilos, alienados e alienistas: uma pequena história da psiquiatria no Brasil. In: AMARANTE, Paulo. **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p. 73-84.

ANDREWS, Gavin. et al. Epidemiology of mental disorders in primary care. **Journal of Primary Health Care**, Victoria, Australia, v. 10, n. 3, p. 123-130, 2018.

ARAÚJO, Tânia Maria de, TORRENTÉ, Mônica de Oliveira Nunes de. Mental Health in Brazil: challenges for building care policies and monitoring determinants. **Epidemiologia e Serviços de Saúde** [online], Brasília, DF, v. 32, n. 1, e2023098, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/S2237-96222023000200028>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/sHG86NSQNYMdLY5CxdBc3gN/?lang=en>. Acesso em: 10 set. 2024. ISSN 2237-9622.

BARROSO, Sabrina Martins; SILVA, Mônia Aparecida. Reforma Psiquiátrica Brasileira: o caminho da desinstitucionalização pelo olhar da historiografia. **Revista SPAGESP**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 1, p. 66-78, jun. 2011. Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-29702011000100008&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702011000100008&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 26 jul. 2024.

BASAGLIA, Franco. As instituições da violência. In: BASAGLIA, Franco (org.). **A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico, referência em reforma psiquiátrica e luta antimanicomial**. Rio de Janeiro: Graal, p. 99-133, 1985.

BERLINCK, Manoel Tosta; MAGTAZ, Ana Cecília; TEIXEIRA, Mônica. A Reforma Psiquiátrica Brasileira: perspectivas e problemas. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 21-28, mar. 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1415-47142008000100003>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlpf/a/3wsBnYKdJF5jvnRQkmmpj4s/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 15 mar. 2022.

BRASIL Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em:

BRASIL Ministério da Saúde. **Diretrizes de Atenção à Pessoa com Esquizofrenia**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_atencao\\_pessoa\\_esquizofrenia.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_pessoa_esquizofrenia.pdf). Acesso em: 12 set. 2024.

BRASIL Ministério da Saúde. **Linha de Cuidado para a Atenção Integral às Pessoas com Transtorno de Ansiedade**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em:  
[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha\\_cuidado\\_atencao\\_pessoas\\_transtorno.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_atencao_pessoas_transtorno.pdf). Acesso em: 12 set. 2024.

BRASIL Ministério da Saúde. **Protocolo de Tratamento da Depressão na Atenção Primária**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em:  
<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/d/depressao>. Acesso em: 12 set. 2024.

BRASIL Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em:  
[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns\\_alcool\\_drogas.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns_alcool_drogas.pdf). Acesso em: 20 out. 2023.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Pesquisa Nacional de Saúde 2019: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal, Brasil e grandes regiões**. Rio de Janeiro: IBGE 2020. 113 p. Disponível em:  
<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101764.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2023.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União: República Federativa do Brasil: Poder Legislativo**, Brasília, DF, 06 abril 2001. Col. 1, p. 7. Disponível em:  
[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm). Acesso em: 15 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. O Plenário do Conselho Nacional de Saúde em sua Quinquagésima Nona Reunião Extraordinária, realizada nos dias 06 e 07 de abril de 2016, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006. **Diário Oficial da União: República Federativa do Brasil: Poder Executivo**, Brasília, DF, 07 abril 2016. Disponível em:  
[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510\\_07\\_04\\_2016.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html). Acesso em: 20 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Dados da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília. 2022. Disponível em:  
<https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e>

programas/caps/raps/arquivos/dados-da-rede-de-atencao-psicossocial-raps.pdf/. Acesso em: 20 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Linha de Cuidado para a Atenção Integral às Pessoas com Transtorno de Ansiedade. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota técnica de saúde mental para organização da rede de atenção à saúde com foco nos processos da atenção primária à saúde e da atenção especializada.** Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein: Ministério da Saúde, 2021, 40 p. Disponível em: [https://www.ufsm.br/app/uploads/sites/342/2021/09/notatecnica\\_saude\\_mental.pdf](https://www.ufsm.br/app/uploads/sites/342/2021/09/notatecnica_saude_mental.pdf). Acesso em: 17 jul. 2024

BRASIL. Ministério da Saúde. Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo de Tratamento da Depressão na Atenção Primária. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – **Cadernos de Atenção Básica nº 34.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: [cadernos\\_atencao\\_basica\\_34\\_saude\\_mental.pdf](#). Acesso em: 20 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 364, de 9 de abril de 2013. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Esquizofrenia. **Diário Oficial da União:** República Federativa do Brasil: Poder Executivo, Brasília, DF, 09 abril 2013. Disponível em: <https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/pcdt-esquizofrenia-livro-2013-1.pdf>. Acesso em: 20 out. 2023.

Universidade Professor Edson Antônio Velano - UNIFENAS Digital. Curso de Extensão Online de Saúde Mental. Núcleo de Educação a Distância (NED) [online]. 2024. Disponível em: <https://ned.unifenas.br/saudemental/>. Acesso em: 20, jul. 2024

BRUN, J. **Pesquisa Não Clínica.** São Paulo: Editora Acadêmica, 2015.

CHIAVERINI, Dulce Helena; GONÇALVES, Daniel Almeida; BALLESTER, Dinarte; TÓFOLI, Luís Fernando; CHAZAN, Luís Fernando; ALMEIDA, Naly; FORTES, Sandra. **Guia de Matriciamento em Saúde Mental.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011. Disponível em: [https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_pratico\\_matriciamento\\_saudemental.pdf](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saudemental.pdf). Acesso em: 10 jul. 2024.

CRUZ, Andrey Oliveira da; OLIVEIRA, Jene Greyçe Oliveira da. Ética e bioética em telemedicina na atenção primária à saúde. **Revista Bioética**, Brasília, DF, v. 29, n. 4, p. 844–854, 2021. Disponível em: [https://revistabioetica.cfm.org.br/revista\\_bioetica/article/view/2886](https://revistabioetica.cfm.org.br/revista_bioetica/article/view/2886). Acesso em: 05 mai. 2024.

DALGALARRONDO, Paulo; ODA, Ana Maria Galdini Raimundo; ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa; BANZATO, Claudio. Challenges facing the psychiatric reform and mental health care in Brazil: Critical unmet needs and prospects for better integrating the public and university sectors. **SSM - Mental Health, Cambridge Core**, 2023. DOI: 10.1016/j.ssmmh.2023.100262. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/373976321\\_Challenges\\_facing\\_the\\_psychiatric\\_reform\\_and\\_mental\\_health\\_care\\_in\\_Brazil\\_Critical\\_unmet\\_needs\\_and\\_prospects\\_for\\_better\\_integrating\\_the\\_public\\_and\\_university\\_sectors](https://www.researchgate.net/publication/373976321_Challenges_facing_the_psychiatric_reform_and_mental_health_care_in_Brazil_Critical_unmet_needs_and_prospects_for_better_integrating_the_public_and_university_sectors). Acesso em: 05 mai. 2024.

DALIRI, Dennis Bomansang *et al.* Exploring the barriers to mental health service utilization in the Bolgatanga Municipality: the perspectives of family caregivers, service providers, and mental health administrators. **Global Health Action**, New York, United State, v. 11, n. 1, p. 1441373, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-024-10567-2>. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-024-10567-2>. Acesso em: 10 set. 2024.

DAVIS, K. et al. Integration of Mental Health and Substance Use Services in Primary Care. **Journal of Behavioral Health Services & Research**, London, United Kingdom, v. 46, n. 2, p. 265-276, 2019.

D'SOUZA, Ryan S.; HOOTEN, W. M. Somatic Symptom Disorder. [Atualizado em 13 de março de 2023]. In: STATPEARLS. Ilha do Tesouro (FL): **Publicação StatPearls**; 2024 jan-. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK532253/>. Acesso em: 20 dez. 2024.

ESPERAT, M. Christina *et al.* Interprofessional Collaborative Practice: Management of Chronic Disease and Mental Health Issues in Primary Care. **Public Health Reports**, 138, n. 4, p. 29-35, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1177/00333549231155469>. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/00333549231155469>. Acesso em: 26 jul. 2024.

FOUCAULT, M. A casa dos loucos. In: **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 2001.

GENEROSO, Alexandre Tadeu Azevedo. Elaboração e validação da Escala Brasileira de Empatia Clínica (EBEC): teste-piloto. **Revista Brasileira de Educação Médica**.

Belo Horizonte, v. 48, n. 4, 2024. Disponível em:  
<https://www.scielo.br/j/rbem/a/DdgQckF4v3rpBB7BtvvyvFfD/>. Acesso em: 09 out. 2024

HÄFELE, Vitor; NOBRE, Mauro Lorenzato; SIQUEIRA, Fernando Vinholes. Prevalência de transtornos mentais e fatores associados em usuários da Atenção Primária. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Pelotas, RS, Brasil, v. 31, p. 3 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/1414-462X202331030473>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/3JZBTFqyqxbjj6TwxhJ5nSp/?lang=pt>. Acesso em: 20 jun. 2024.

HAMILTON-WESTA, Kate; BATESB, Aamanda; HOTHAMC, Sarah; WILSOND, Patricia. Development of a training programme for primary care mental health staff to support management of depression and anxiety in long-term conditions. **Prim Health Care Res Dev**. Whashington, DC, United States, v. 20, e. 12. Doi: 10.1017/S1463423618000658. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30149820/>. Acesso em: 10 set. 2024

HARRISON, Joyce N.; STEINBERG, Janna; WILMS FLOET, Anna Maria Louise; et al. Addressing Pediatric Developmental and Mental Health in Primary Care Using Tele-Education. **Clinical Pediatrics**. Los Angeles, United States, v. 61, n. 1, p. 46-55, 2022, Doi:10.1177/00099228211059644. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/00099228211059644>. Acesso em: 10 set. 2024.

LAZZARO, Celina D. S.; ÁVILA, Lazslo Antonio. Somatization in general medicalpractice. **Arquivos Ciências da Saúde**, Niterói, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. X-X, 2004. Disponível em: [https://repositorio-racs.famerp.br/racs\\_ol/vol-11-2/ac09%20-%20id%2036.pdf](https://repositorio-racs.famerp.br/racs_ol/vol-11-2/ac09%20-%20id%2036.pdf). Acesso em: 20 jul. 2024.

LEE, A. *et al.* Building Complex Care Capacity in Primary Care: An Educational Evaluation of Project ECHO Ontario Integrated Mental and Physical Health. **Canadian Family Physician**, Mississauga, ON, Canada, v. 66, n. 9, p. e186-e194, 2020. Disponível em: <https://europepmc.org/article/MED/35176518>. Acesso em: 20 jul. 2024.

LOPES, Carmen Marques. **Supervisão de saúde mental no programa médico de família de Niterói: uma ferramenta de inclusão da saúde mental na atenção básica**. 2020. 134 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade de São João Del Rei, São João Del Rei, MG, 2020. Disponível em: <https://ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/ppgpsi/Dissertacao%20Carmen%20Lopes%20Final%20Corrigida.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2023.

MARCHIONATTI, L. E.; ROCHA, K. B.; BECKER, N.; GOSMANN, N. P.; SALUM, G. A. Mental Health Care Delivery and Quality of Service Provision in Brazil. **Frontiers in Public Health**, Suíça, v. 12, n. 3, p. 45-60, 2023. Disponível em:

<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2023.00001/full>. Acesso em: 11 set. 2024.

MARTINS, P. et al. Management of Depression in Primary Care: Guidelines and Practice. **Primary Care Companion for CNS Disorders**, London, United Kingdom, v. 23, n. 2, p. 20m02751, 2021. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/365/bmj.l835>. Acesso em: 10 set. 2024.

MENDONÇA, J. M. T. *et al.* Implementing mhGAP training to strengthen mental health in primary health care centers in Brazil. **European Journal of Public Health**, Oxford, United Kingdom, v. 30, n. Supplement\_5, ckaa165.885, set. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaa165.885>. Acesso em: 10 set. 2024.

NOBLEZA, Deanna *et al.* Gretchen. Resident Mental Health Care: a Timely and Necessary Resource. **Academic Psychiatry**, London, United Kingdom, v. 45, p. 366–370, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1007/s40596-021-01422-1>. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s40596-021-01422-1#citeas>. Acesso em: 20 jul. 2024.

OKLAHOMA STATE DEPARTMENT OF HEALTH. FS UP Project ECHO. Oklahoma, 2019. Disponível em: <https://oklahoma.gov/content/dam/ok/en/health/health2/documents/fs-up-project-echo-2019.pdf>. Acesso em: 9 dez. 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. (2022). **World mental healthreport: Transforming mental health for all**. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1433523/retrieve>. Acesso em: 10 jul. 2023.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Guia de Saúde Mental na Atenção Primária**. Washington, DC: OPAS, 2015. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/saude-mental>. Acesso em: 10 jul. 2023.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Guia de Saúde Mental na Atenção Primária**. Washington, DC: OPAS, 2015.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Brasil – CapacitaçãomhGAPen. Rio de Janeiro. Brasília, DF: **Organização Pan-Americana da Saúde**, 2017. Disponível em: <https://www.paho.org/es/noticias/9-1-2017-brasil-capacitacion-mhgap-rio-janeiro>. Acesso em: 10 set. 2024.

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.** Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2018. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/18648>. Acesso em: 10 set. 2024

PEREIRA, Alexandre de Araújo. **Diretrizes para saúde mental em atenção básica.** Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2009.

PEREIRA, Alexandre de Araújo *et al.* **Saúde Mental.** Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2013

PEREIRA, Alexandre de Araújo; ANDRADE, Daniela Correia Leite. Estratégia Educacional em Saúde Mental para Médicos da Atenção Básica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, , Belo Horizonte, MG, Brasil, v. 42, n. 1, p. 6–14, jan. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v41n4RB20160021>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/WbgsFqvTSRXgcLHX7LNmQ5P/#>. Acesso em: 10 mar. 2023.

PEREIRA, Alexandre de Araújo; REINALDO, Amanda Marcia dos Santos; ANDRADE, Daniela Correia Leite. Formação dos enfermeiros em saúde mental que atuam na atenção primária à saúde: contribuições teóricas. **SANARE - Revista de Políticas Públicas**, [S. l.], v. 14, n. 1, 2015. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/601>. Acesso em: 10 ago. 2023.

PEREIRA, Alexandre de Araújo; VIANNA, Paula Cambraia de Mendonça; MACHADO, Lourdes Aparecida; SILVEIRA, Marília Rezende da. **Rede de atenção: saúde mental.** Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2020, 58 p. Disponível em: [rede-de-atencao-saude-mental\\_18\\_05\\_2020.pdf](#). Acesso em: 10 set. 2024.

PETERS, Micah DJ.; MARNIE, Casey; TRICCO, Andrea C.; POLLOCK, Danielle; MUNN, Zachary; ALEXANDRE, Lyndsay; MCINERNEY, Patrícia; GODFREY, Cristina M.; KHALIL, Hanan. Orientações metodológicas atualizadas para a condução de revisões de escopo. **JBIE Evidence Synthesis**. North Adelaide, SA, Austrália, v. 18, n.10, p 2119-2126, out. 2020. DOI: 10.11124/JBIES-20-00167. Disponível em: [https://journals.lww.com/jbisrir/fulltext/2020/10000/Updated\\_methodological\\_guidance\\_for\\_the\\_conduct\\_of.4.aspx/1000](https://journals.lww.com/jbisrir/fulltext/2020/10000/Updated_methodological_guidance_for_the_conduct_of.4.aspx/1000). Acesso em: 15 set. 2024

PUPO, Ligia Rivero *et al.* Saúde mental na Atenção Básica: identificação e organização do cuidado no estado de São Paulo. **Saúde em Debate** [online]. Rio de Janeiro, v. 44, spe 3, pp. 107-127, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E311>. ISSN 2358-2898. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/nYHd8GWRgV94fRCHqz7fNXj/?lang=pt>. Acesso em: 18, ago. 2024.

ROTHER, Edna Terezinha. Revisão Sistemática X Revisão Narrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 193-199, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/z7zZ4Z4GwYV6FR7S9FHTByr/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 jul. 2024.

SANTOS, Rafaela Oliveira; LIMA, Mariana Costa. A Atenção Psicossocial na Atenção Primária à Saúde: Desafios e Estratégias de Aperfeiçoamento no Contexto Brasileiro. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, RJ, Brasil, v. 33, n. 3, p. 310-327, 2023.

SHEEHAN, Kathleen A. *et al.* Building complex care capacity in primary care: an educational evaluation of project ECHO Ontario integrated mental and physical health. **Journal of the Academy of Consultation-Liaison Psychiatry**, Washington, DC, United States, v. 63, n. 5, p. 454-462, 2022. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2667296022000155?via%3Dihub>. Acesso em: 05 mai. 2024.

SILVA, Ednaldo Antonio da. A Telessaúde e seus impactos na formação continuada dos profissionais de saúde em rede. **EmRede - Revista de Educação a Distância**, [S. l.], v. 4, n. 1, p. 116–129, 2017. DOI: 10.53628/emrede.v4i1.151. Disponível em: <https://www.aunirede.org.br/revista/index.php/emrede/article/view/151>. Acesso em: 10 jul. 2023.

SILVA, J. A.; SOUZA, M. F.; PEREIRA, L. C. Saúde mental no Brasil: associações entre variáveis sociodemográficas e transtornos mentais. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, Paraná, v. 7, n. 3, p. 01-20, 2024. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/download/69646/49236/171091>. Acesso em: 20 dez. 2024.

OLIVEIRA, Elisduarda da Costa; PEREIRA, Cristina Camargo. Saúde mental no Brasil: associações entre variáveis sociodemográficas e transtornos mentais. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, Paraná, v. 7, n. 3, p. 01-20, 2024. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/download/69646/49236/171091>. Acesso em: 20 dez. 2024.

SILVA, M. *et al.* Rethinking structural competency: Continuing education in mental health and practices of territorialisation in Brazil. **Global Public Health**, Milton Park, Abingdon, United Kingdom, v. 14, n. 6-7, p. 851-863, 2019. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/17441692.2022.2157034>. Acesso em: 20 jul. 2024.

**SMITH, L.** *et al.* Evidence-based management of depression in primary care. **American Family Physician**, London, United Kingdom, v. 98, n. 4, p. 199-208, 2018. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/365/bmj.l835>. Acesso em: 20 jul. 2024.

SMITH, Robert C. *et al.* Teaching residents mental health care. **Patient Educ Couns.** Bethesda, United States, v. 101(12), p. 2145-2155. 2018, Doi: 10.1016/j.pec.2018.07.023. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30126678/>. Acesso em: 20 jul. 2024.

SOCKALINGAM, Sanjeev *et al.* Building Provincial Mental Health Capacity in Primary Care: An Evaluation of a Project ECHO Mental Health Program. **Acad. Psychiatry.** Bethesda, United States, v. 42, n. 4, p. 451-457, 2018. Doi: 10.1007/s40596-017-0735-z. Epub 2017 Jun 7. PMID: 28593537. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28593537/>. Acesso em: 20 jul. 2024.

TAYLOR, S. *et al.* Pharmacological and psychological treatment of generalized anxiety disorder in primary care. **Journal of Clinical Psychiatry**, Memphis, Tennessee, United States, v. 80, n. 1, p. 18m12433, 2019.

THOMAS, R. *et al.* Prevalence and management of substance use disorders in primary care: a review. **Addiction Science & Clinical Practice**, London, United Kingdom, v. 13, n. 1, p. 8, 2018.

UNIFENAS. Curso de Medicina - BH – Síndromes Neuropsiquiátricas: **Guia do Tutor**. Universidade Professor Edson Antônio Velano - UNIFENAS, Belo Horizonte, MG, (2024).

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Mental health action plan 2013-2020**. World Health Organization, 2013. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506021>. Acesso em: 20 jul. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Mental health**, 2024. Disponível em [https://www.who.int/health-topics/mental-health#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/mental-health#tab=tab_1). Acesso em: 20 jul. 2024.

## APÊNDICE 1

### **Estratégia utilizada na revisão de escopo**

A metodologia de revisão de escopo utilizada nesta pesquisa foi desenvolvida pelo JBI (Joanna Briggs Institute), em 2014, e atualizada por Peters et al., em 2020, apresentando um conjunto de diretrizes destinadas a orientar a realização de revisões de escopo. Incluem as seguintes etapas-chave:

1. **Definição do objetivo e da questão da revisão:** As revisões de escopo necessitam de uma questão clara de pesquisa, que define o escopo do estudo.
2. **Desenvolvimento do protocolo:** Um protocolo pré-definido deve ser estabelecido para guiar a revisão. Isso inclui critérios de elegibilidade de estudos, informações para extração e abordagens para apresentar os resultados.
3. **Pesquisa e seleção de literatura:** A pesquisa por literatura deve ser abrangente, utilizando várias bases de dados e fontes de informação para capturar o máximo de estudos relevantes.
4. **Extração de dados:** Os dados devem ser extraídos de maneira sistemática, usando um formulário previamente definido, que captura informações essenciais dos estudos.
5. **Apresentação dos resultados e discussão:** Os resultados são apresentados em forma de tabelas e gráficos, seguidos por uma discussão que mapeia as evidências e identifica lacunas e oportunidades para futuras pesquisas.

O desenho do estudo, uma pesquisa não clínica, conforme descrito por Brun (2015), foi integrado aplicando-se a metodologia Problema, Conceito e Contexto (PCC), para nortear a coleta de dados. A estratégia PCC é uma mnemônica que auxilia a identificar os tópicos-chave: Problema, Conceito e Contexto. Tal estratégia foi adotada para conduzir a questão de pesquisa da revisão de escopo JBI.

Com vistas a atender a etapa 1, para a formulação da pergunta de pesquisa, utilizou-se a estratégia PCC (P- Population; C- Concept; C- Context), a qual foi estabelecida como:

- P: Profissionais da atenção primária;
- C: Capacitação de profissionais;
- C: Área da educação em saúde mental.

Portanto, a seguinte pergunta orientou a revisão de escopo: “Que perfil de estratégias educacionais em EAD mostraram-se eficazes para capacitar profissionais que atuam na atenção primária em saúde mental?”

São critérios de inclusão dos artigos:

- a) **Tipo de estudo:** incluir aqueles publicados em revistas científicas revistadas por pares, excluindo relatórios de casos e opiniões. Os estudos devem abordar a capacitação de profissionais de nível superior da área da saúde, estratégias de formação, desenvolvimento de habilidades, manejo de casos, promoção da saúde mental comunitária ou ainda intervenções de educação continuada.
- b) **Ano de publicação:** são inclusos aqueles publicados nos últimos 11 anos (2012 a 2023), garantindo que as evidências estejam atualizadas e relevantes. Assim foi determinado, uma vez que uma revisão da literatura, até 2012, foi conduzida pelo próprio orientador da atual pesquisa.
- c) **Idioma:** os estudos se apresentam em idiomas com os quais os pesquisadores possuem domínio e boa compreensão. Os estudos serão avaliados nos idiomas: inglês, espanhol e português.
- d) **População:** incluir aqueles que abordam a população de interesse, definida na questão da pesquisa, atuantes na atenção básica de saúde, como médicos, enfermeiros, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, dentistas, entre outros, independentemente da localização geográfica.

São critérios de exclusão dos artigos:

- a) **Estudos com metodologia frágil:** aqueles com metodologias inadequadas, com amostragens insuficientes, desenhos de estudo não comparativos ou falta de rigor na coleta e análise de dados.
- b) **Estudos com dados incompletos:** aqueles que não forneçam informações suficientes para responder à questão de pesquisa ou que apresentem dados inconsistentes ou incompletos.

Os descritores foram selecionados por meio de consulta ao vocabulário controlado “Descritores em Ciências da Saúde/Medical Subject Headings (DeCS/MeSH)”, e servem como uma linguagem única na indexação de artigos de revistas científicas, livros, anais de congressos, relatórios técnicos e outros tipos de materiais, bem como para serem usados na pesquisa e recuperação de assuntos da literatura científica, nas fontes de

informação disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e em outras bases de dados.

<b>DESCRITORES SELECIONADOS</b>			
Descritor em português:	Descritor em inglês:	Descritor em espanhol:	Descritor em francês:
Capacitação Profissional	Professional Training	Capacitación Profesional	Formation Professionnelle
Atenção Primária à Saúde	Primary Health Care	Atención Primaria de Salud	Soins de santé primaires
Saúde Mental	Mental Health	Salud Mental	
Formação de Profissionais de Saúde	Healthcare Professionals' Training	Formación de Profesionales de Salud	
Desenvolvimento Profissional	Professional Development	Desarrollo Profesional	
Educação a Distância	Education a Distance	Educación a Distancia	

**Fonte:** Extraído de Decs e compilado pela autora (2024)

#### **COLETA DE DADOS**

<b>Base de dados</b>	<b>Data</b>	<b>Estratégia</b>	<b>Resultados</b>
<b>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE)</b>	07/04/2024	Search: (capacitação profissional OR professional training OR capacitación profesional) OR (desenvolvimento profissional OR professional development OR desarrollo profesional) OR (formação de profissionais de saúde OR health care professionals' training OR formación de profesionales de salud) AND (atenção básica OR primarycare OR atención básica) AND (saúde mental OR mental health OR salud mental) AND (educação a distância OR education, distance OR educación a distancia)	31

		Filters: <b>from 2012/1/1 - 2023/12/31</b>	
<b>Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL)</b>	07/04/2024	Cochrane Reviews matching (capacitação profissional OR professional training OR capacitación profesional) OR (desenvolvimento profissional OR professional development OR desarrollo profesional) OR (formação de profissionais de saúde OR healthcare professionals' training OR formación de profesionales de salud) AND (atenção básica OR primary care OR atención básica) AND (saúde mental OR mental health OR salud mental) AND (educação a distância OR education, distance OR educación a distancia) in Title Abstract Keyword - with Cochrane Library publication date Between Jan 2012 and Dec 2023 (Word variations have been searched)	327
<b>Excerpta Médica Database (EMBASE)</b>	08/04/2024	('professional development'/exp OR 'professional development') AND ('primary health care'/exp OR 'primary health care') AND ('mental health'/exp OR 'mental health') AND ('distance learning'/exp OR 'distance learning')	1
<b>Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS)</b>	07/04/204		3
Scielo	08/04/2024	Expressão: (capacitação profissional) AND (formação de profissionais de saúde) AND (atenção básica) AND (educação a distância) AND (saúde mental)  Filtros aplicados: (Coleções:	0

		<p>Brasil), 0, Incluir item no campo de busca</p> <p>#2, Expressão: Professional Training AND Primary Health Care AND Mental Health AND Distance Education</p> <p>Filtros aplicados: (Coleções: Brasil), 0, Incluir item no campo de busca Editar expressão de busca Excluir da lista</p> <p>#1, Expressão: (capacitação profissional OR professional training OR capacitación profesional) OR (desenvolvimento profissional OR professional development OR desarrollo profesional) OR (formação de profissionais de saúde OR health care professionals' training OR formación de profesionales de salud) AND (atenção básica OR primary care OR atención básica) AND (saúde mental OR mental health OR salud mental) AND (educação a distância OR education, distance OR educación a distancia)</p> <p>Filtros aplicados: (Coleções: Brasil), ,</p>	
<b>Education Information (ERIC)</b>	<b>Resources Center</b>	NÃO FOI POSSÍVEL O ACESSO	95

Fonte: Extraído de Decs e compilado pela autora (2024)

## **ANEXO 1 - PROPOSTA EDUCATIVA EM SAÚDE MENTAL PARA MÉDICOS DA ATENÇÃO BÁSICA**

### **Objetivos gerais**

Os médicos deverão saber diagnosticar precocemente e instituir tratamento psicofarmacológico e não-farmacológico aos transtornos mentais mais prevalentes na clínica geral; delegar a outros técnicos da sua equipe as tarefas correspondentes às suas capacidades; encaminhar aos serviços especializados os pacientes que necessitem de investigação diagnóstica mais complexa ou não responderem adequadamente ao tratamento instituído inicialmente pela atenção básica; gerenciar a situação clínica do paciente, coordenando os contatos com outros profissionais de saúde de forma a assegurar a continuidade dos cuidados; organizar a assistência aos portadores de transtorno mental na unidade de saúde; fazer promoção, prevenção e reabilitação psicossocial em situações clínicas compatíveis com estas ações dirigidas aos pacientes, aos cuidadores e à comunidade.

### **Estratégia docente**

Implantar ações combinadas de qualificação profissional que devem incorporar elementos cognitivos e vivências, teóricos e práticos, desenvolvidos prioritariamente no território de atuação dos profissionais de saúde, com base no enfoque interdisciplinar e com ênfase nos métodos ativos de aprendizagem, que estimulem uma postura criativa na tomada de decisões. Os facilitadores devem organizar estratégias educativas com predomínio da problematização, ou seja, com base na apresentação de uma vinheta de caso clínico ou de uma situação concreta de saúde mental. Após a discussão e elaboração do problema com o grupo, outras formas de intervenção educativa complementares podem ser empregadas: aulas teóricas dialogadas, exercícios de habilidades clínicas, *role play*, *video feedback*, pesquisa bibliográfica, etc. As habilidades clínicas serão desenvolvidas, preferencialmente, durante o matriciamento: entrevistas conjuntas, visitas domiciliares conjuntas e triagens grupais realizadas nas Unidades Básicas de Saúde. A elaboração desta proposta visa: responder às necessidades sociais, ter perfil amplo, ser flexível, equilibrado, cientificamente concebido, centrado no

profissional e que tenha aplicabilidade. Nesse sentido, foi desenvolvida uma estratégia de qualificação em dois eixos, os quais devem ocorrer simultaneamente:

**Eixo I: Curso Introdutório de Saúde Mental** (quatro ou cinco dias úteis em regime semanal ou quinzenal) - Conteúdos obrigatórios que devem ser abordados de forma sindrômica: somatizações, quadros ansiosos e depressivos (TMC), esquizofrenia e transtorno afetivo bipolar (TMM), *delirium*, demência, dependência química (incluindo abuso de benzodiazepínicos), retardo mental, distúrbios de conduta em crianças e adolescentes, transtornos globais do desenvolvimento, déficit de atenção e hiperatividade, prevenção de suicídio e problemas de sono. Conceitos básicos sobre: psicofarmacologia (benzodiazepínicos, antidepressivos, antipsicóticos e estabilizadores do humor); estratégias terapêuticas não-farmacológicas (escuta ativa e acolhimento, terapia de resolução de problemas, terapia de reatribuição, princípios de intervenção grupal, utilização de recursos psicossociais do território). A rede de atenção psicossocial, organização das demandas de saúde mental no território da UBS, construção de vínculos com as equipes de saúde mental e do Nasf (matriciamento).

**Eixo II: Matriciamento em saúde mental nas Unidades Básicas de Saúde** (três horas mensais ou quinzenais) - Os matriciadores deverão atuar como facilitadores do processo de educação permanente de toda a equipe da atenção primária, organizando os momentos de aprendizado nas UBS, de acordo com as necessidades de saúde locais. As atividades desenvolvidas deverão ser prioritariamente direcionadas para a aquisição de habilidades clínico-assistenciais e de intervenção comunitária, além da constante reflexão sobre a postura ética dos profissionais frente aos problemas de saúde mental. Atividades educativas que podem ser desenvolvidas: discussões de casos clínicos e problemas de saúde mental da comunidade, avaliação de pacientes por meio de consultas e visitas domiciliares conjuntas, além da triagem de grupo. Orientação quanto à indicação e administração de psicofármacos e condução de grupos, planejamento e organização das ações assistenciais e de intervenção no território, supervisão da aplicação de instrumentos padronizados de auxílio diagnóstico, avaliação das atividades práticas do curso introdutório e supervisão da utilização dos recursos de aprendizagem independentes. Poderão ser organizados momentos de aprofundamento

teórico-prático de temas abordados no curso introdutório ou de novos temas de saúde mental que se mostrarem relevantes. A comunicação entre o facilitador e os profissionais de saúde poderá, eventualmente, ser conduzida por chamada telefônica ou por meios de comunicação rápida por escrito (ex.: WhatsApp).

### **Sistema de avaliação**

A proposta avaliativa será qualitativa, de caráter formativo. Deverá contemplar a avaliação dos objetivos de aprendizagem por meio de: 1. Observação direta dos profissionais de saúde, realizada pelos facilitadores, por meio de uma escala de qualificação de competências com os seguintes critérios de avaliação: satisfatório e insatisfatório. 2. Avaliação da atuação profissional mediante consulta direta aos profissionais de saúde, gerência das unidades de saúde e coordenação da ESF do município sobre a satisfação no trabalho e desempenho profissional. Sugere-se fazer essa consulta seis meses após a realização do curso introdutório de saúde mental.

**Nota:** Com poucas adaptações, os autores defendem que esta proposta pode ser utilizada para a qualificação de qualquer profissional de nível superior que venha a atuar na atenção básica.