



ABORDANDO O SOFRIMENTO MENTAL COMUM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM 7 PASSOS

FÁBIO ARAUJO GOMES DE CASTRO
LEANDRO DAVID WENCESLAU

EXPEDIENTE

Autoria

Fábio Araujo Gomes de Castro
Leandro David Wenceslau

Mestrando

Fábio Araujo Gomes de Castro

Orientador

Leandro David Wenceslau

Coorientadora

Débora Carvalho Ferreira

Projeto Gráfico e Diagramação

Talisson Maranhão Morais

Revisão

Gabriela Mendes Morais
Nara Araújo Gomes de Castro



Universidade Federal de Viçosa



Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Castro, Fábio Araujo Gomes de
Abordando o sofrimento mental comum na atenção
primária em 7 passos [livro eletrônico] / Fábio
Araujo Gomes de Castro, Leandro David Wenceslau. --
1. ed. -- Viçosa, MG : Editora Asa Pequena, 2023.
PDF

Bibliografia.
ISBN 978-65-84589-34-6

1. Atenção Primária à Saúde 2. Intervenção
psicossocial 3. Medicina da família 4. Saúde
mental I. Wenceslau, Leandro David. II. Título.

23-159630

CDD-610

Índices para catálogo sistemático:

1. Saúde mental : Medicina da família e comunidades
610

SUMÁRIO

Apresentação	4
Quais os potenciais problemas de centrar a abordagem em sistemas classificatórios sindrômicos?	5
A vida como ela é	6
Conceituando o sofrimento mental comum	8
Compreendendo o SMC	8
Fatores associados ao SMC	9
O SMC e a APS	10
Sofrimento mental comum e o sistema de saúde	11
Abordagem do SMC na APS	13
Abordando o SMC em 7 passos	14
5 dicas do que não fazer durante a abordagem do SMC	15
Preparação para os 7 passos	16
Os 7 passos	17
Passo 1: Escuta ativa e empática	18
Passo 2: Exame físico	20
Passo 3: Construção de uma versão inicial	21
Passo 4: Desconstrução	21
Passo 5: Resignificação	23
Passo 6: Resolução	25
Passo 7: Fechamento	28
Referências	29

APRESENTAÇÃO

Você já atendeu pessoas com sofrimento mental e se deparou com questões semelhantes a essas?

- 1) A condição apresentada não preenche todos os critérios para o diagnóstico de transtorno depressivo ou transtorno de ansiedade generalizada.
- 2) A condição preenche critérios diagnósticos para diversos transtornos psiquiátricos em apresentações consideradas “leves” ou “moderadas.”
- 3) Prescreveu um antidepressivo para uma pessoa com tristeza e angústia e ela não melhorou.



- Essas dúvidas estão relacionadas à histórica tendência da biomedicina moderna a reduzir as perturbações emocionais a múltiplos diagnósticos sindrômicos e a manejá-las prioritariamente com medicamentos.
- Na prática clínica, os diagnósticos dados a essas condições se apresentam frequentemente sobrepostos e muitas pessoas atendidas têm experienciado sofrimentos que são superficialmente descritos por essas classificações.

QUAIS OS POTENCIAIS PROBLEMAS DE CENTRAR A ABORDAGEM EM SISTEMAS CLASSIFICATÓRIOS SINDRÔMICOS?

1. Dificulta a construção de uma abordagem integral do sofrimento mental comum.
2. Aumenta a probabilidade de realizar diagnósticos específicos precipitados e inadequados.
3. Maior probabilidade de intervenções farmacológicas desnecessárias e com potenciais riscos para as pessoas.

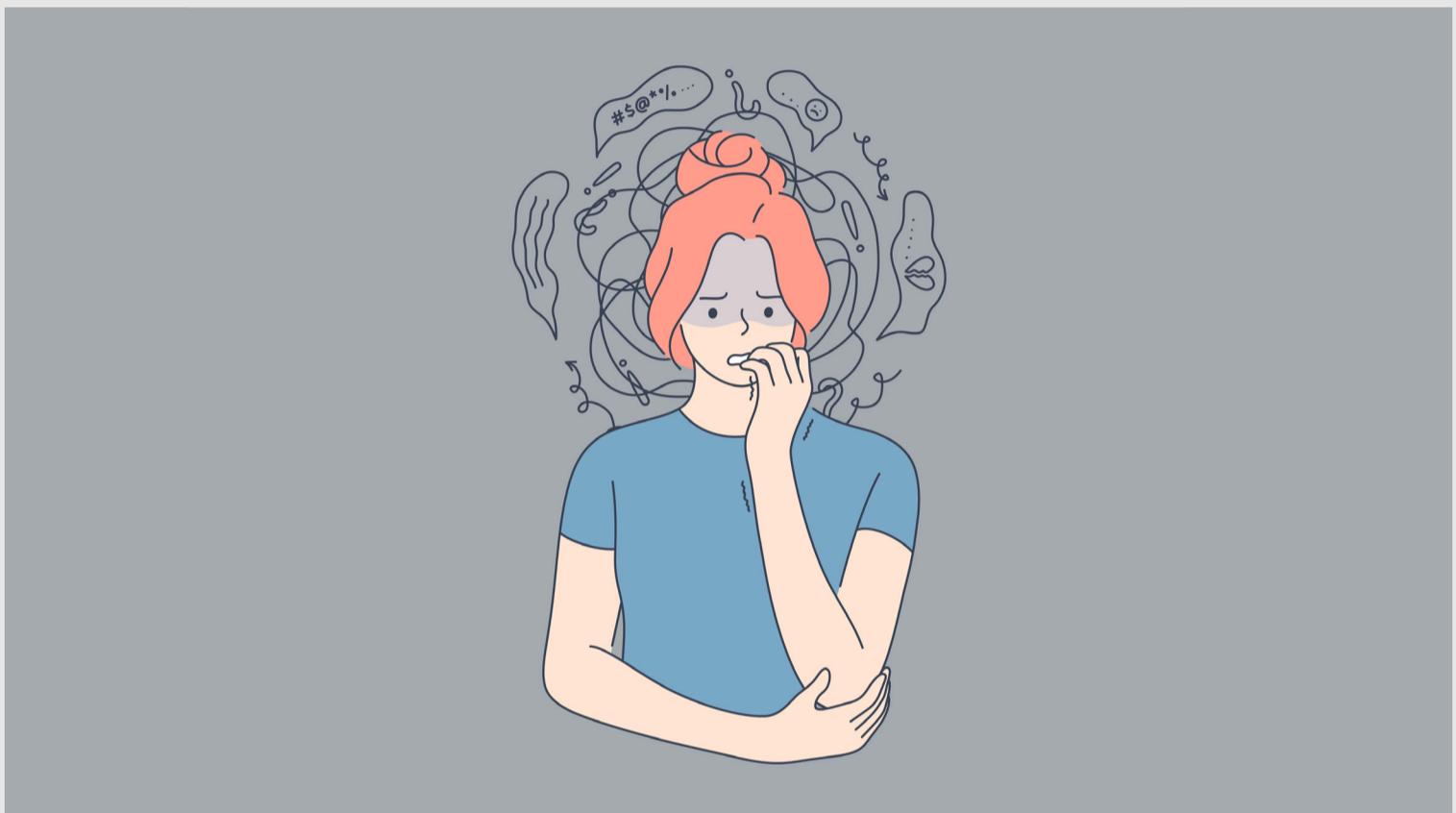


PARA REFLETIR

Para realizar uma consulta centrada na pessoa com sofrimento mental devemos ter em mente as limitações dos sistemas classificatórios como Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) e Classificação Internacional das Doenças (CID) e compreender que classificar é um processo de generalizações que pode ser falho se as diferenças individuais e contextuais não forem consideradas.

A VIDA COMO ELA É

“ A vida como ela é
Queria ter aceitado
A vida como ela é
A cada um cabe alegrias
E a tristeza que vier ”
Epitáfio - Titãs



- A tristeza, a ansiedade, o medo, a raiva, a indignação, a angústia, o aborrecimento e a impotência são exemplos de emoções comuns quando passamos por momentos difíceis na vida.

- É esperado, por exemplo, sentir tristeza quando perdemos algo ou alguém importante, medo quando enfrentamos algum perigo ou raiva quando nos sentimos ofendidos ou injustiçados. Essas emoções são importantes

para mobilizar o cuidado solidário dos coletivos humanos e enfrentarmos a realidade buscando um equilíbrio entre adaptação e transformação.

- Essas experiências são motivos de consultas muito frequentes nos sistemas de saúde, com expectativa de uma resposta centrada em diagnósticos e tratamentos médicos. Este fenômeno vem sendo chamado de “medicalização” da vida.

Já pensou em outras maneiras de compreender as questões que você aborda como demanda de saúde mental no dia a dia de uma forma menos fragmentada, mais holística e centrada na pessoa?

- No campo da atenção primária têm surgido diversos debates propondo uma compreensão dos sofrimentos emocionais leves e moderados de forma ampla, dentro de uma categoria maior – “guarda-chuva” –, conhecida como **Sufrimento Mental Comum**.
- A partir da percepção de que essa é uma condição prevalente nos cenários de atenção primária, frequentemente associada a problemas psicossociais, e que não necessariamente preenche critérios diagnósticos padronizados – ou preenche vários desses critérios em menor gravidade simultaneamente, pesquisadores ingleses criaram o termo Transtorno Mental Comum (TMC).



ATENÇÃO:

Atenção: Além de Transtorno Mental Comum, outros termos similares também podem ser encontrados na literatura sobre o assunto, como sofrimento mental comum, mal-estar emocional, sofrimento difuso e perturbações físico-morais.

Utilizaremos nessa cartilha o termo Sofrimento Mental Comum (SMC), apresentado no Caderno de Atenção Básica de Saúde Mental.

CONCEITUANDO O SOFRIMENTO MENTAL COMUM

Síndrome clínica de evolução flutuante, caracterizada por sofrimento emocional que apresenta três dimensões de sintomas que se combinam: tristeza/desânimo, ansiedade e sintomas físicos.

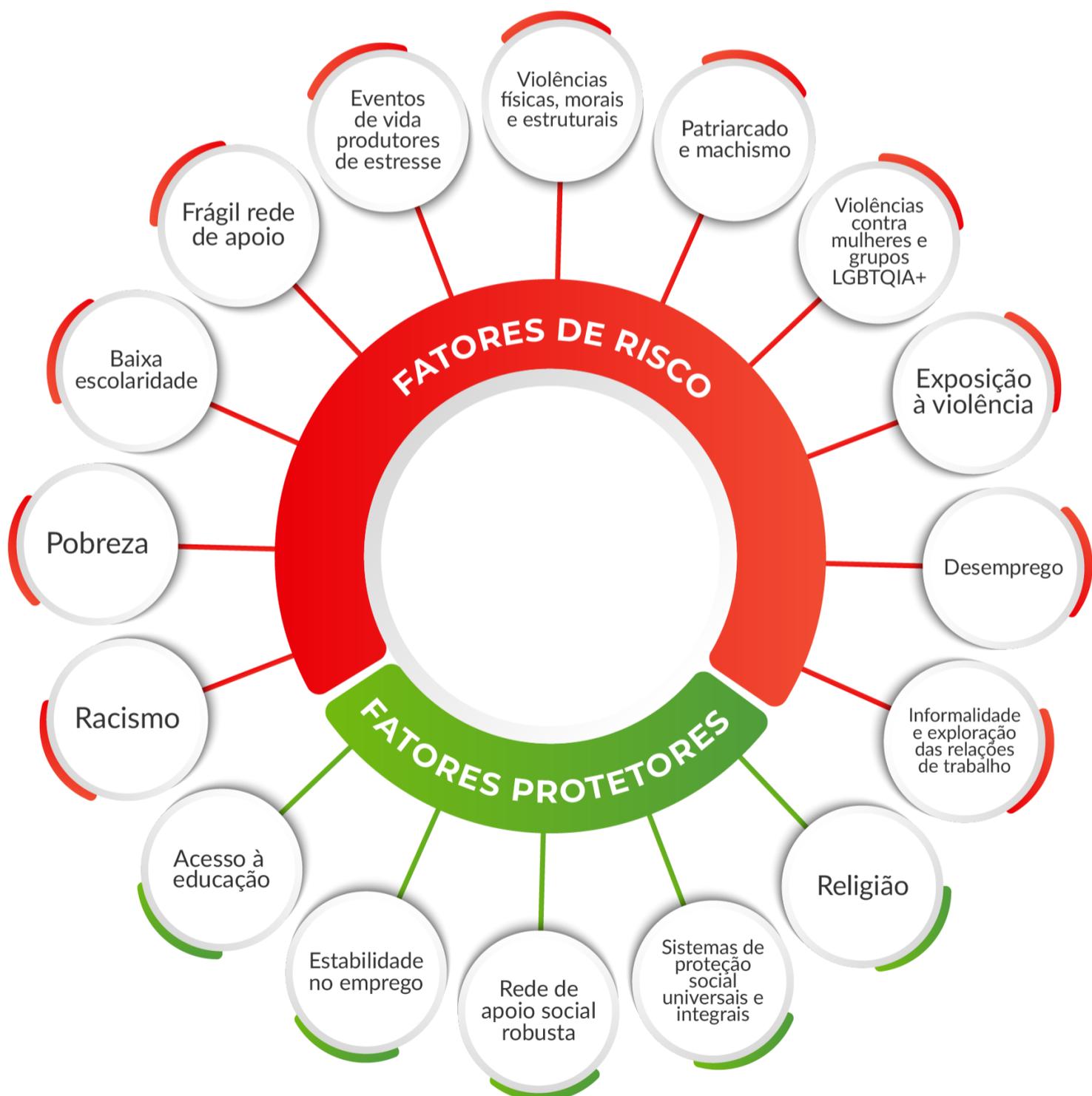
COMPREENDENDO O SMC

Esse sofrimento emocional apresenta características diferentes de transtornos mentais graves que possuem apresentações mais específicas e generalizáveis, vem acompanhado de muitos sintomas, com muitas experiências disfóricas, moralmente difíceis, dolorosas e que não se encaixam muito bem nos rótulos das classificações médicas convencionadas, que tendem a separar o sofrimento emocional em diagnósticos como, por exemplo, transtornos depressivos, ansiosos, estresses adaptativos, estresse pós-traumático, comportamentos prejudiciais e dependências de diversas ordens.



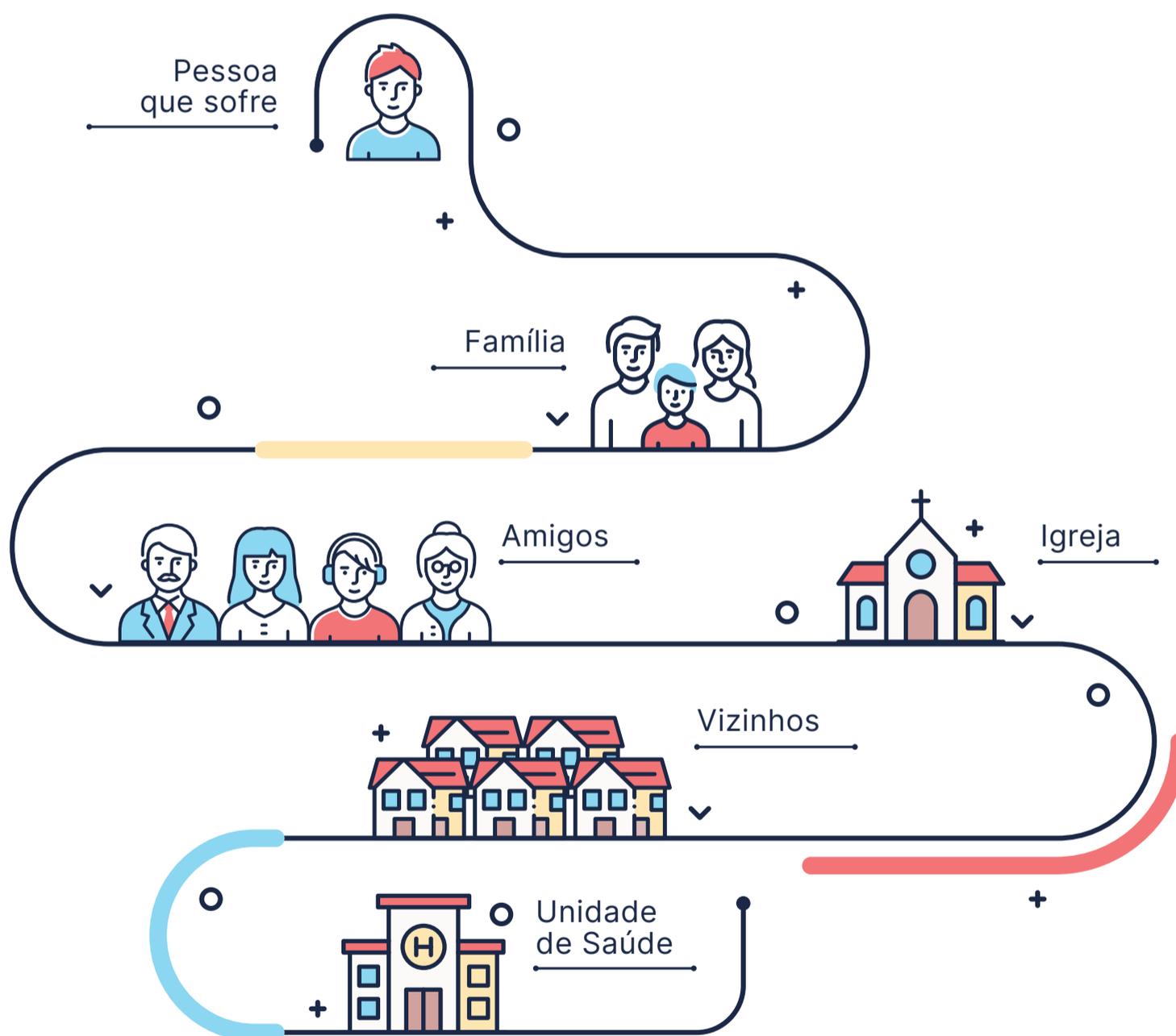
FATORES ASSOCIADOS AO SMC

Muitas pessoas, por diferentes motivos, apresentam alguma forma de mal-estar emocional. Estudos epidemiológicos mostram que diferentes fatores presentes na vida das pessoas interagem entre si de forma dinâmica, podendo contribuir positivamente ou negativamente no estado de saúde mental durante os ciclos de vida.



O SMC E A APS

Pessoas em sofrimento emocional enfrentam essas dificuldades sozinhas ou procuram apoio em suas famílias e comunidades. No entanto, não raro, o mal-estar emocional compromete negativamente suas atividades diárias, sua vida social e moral, e as leva a buscar auxílio no sistema de saúde, sobretudo na atenção primária à saúde.



SOFRIMENTO MENTAL COMUM E O SISTEMA DE SAÚDE

O QUE TEM SIDO RECOMENDADO?

Há evidências e recomendação de abordar esses sofrimentos nos serviços de APS, por meio de intervenções psicossociais.

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



OS SERVIÇOS DE APS ESTÃO ABORDANDO DA FORMA RECOMENDADA?

Estudos apontam que profissionais da APS têm encontrado dificuldades para abordar o tema da maneira recomendada.

Consequências:

- 1) Prescrição inadequada e potencialmente iatrogênica de psicotrópicos.
- 2) Encaminhamentos em excesso para outros profissionais e serviços.

Alguns motivos:

- 1) Ausência ou deficiência de treinamentos.
- 2) Pouca disponibilidade de materiais sobre o tema em português.
- 3) Insegurança de realizar abordagens não medicalizantes em um contexto de construção social medicalizante da demanda em saúde mental.
- 4) Falta de tempo para aplicar as intervenções psicossociais.

ABORDAGEM DO SMC NA APS

PONTOS-CHAVE:

Existem evidências de que, no SMC (casos leves ou moderados), a melhora com tratamento medicamentoso é mínima ou inexistente.

Abordagens não farmacológicas são eficazes e muitas vezes preferidas pelos pacientes.

Importantes organizações médicas recomendam as intervenções psicossociais como abordagem inicial de escolha.

Há diversas técnicas e intervenções psicossociais para abordar o Sofrimento Mental Comum na atenção primária, com diferentes níveis de dificuldade e complexidade para aprender e aplicá-las.

ABORDANDO O SMC EM 7 PASSOS

Nesta cartilha, propomos uma abordagem em passos pautada no princípio básico da atividade médica- “primeiro não fazer mal” (primum non nocere)- e que reconheça e valorize o protagonismo das pessoas e comunidades no seu cuidado, que visibilize e abra espaço para a sua riqueza de recursos, conhecimentos e habilidades para enfrentar seus problemas no lugar de priorizar a medicalização como resposta dos serviços de saúde a essas experiências de sofrimento de ampla determinação social. Propomos uma abordagem que se adeque ao tempo médio de consultas em serviços de atenção primária no Brasil.

Para isso utilizamos como base fundamentos do conceito “indicação de não tratamento” e da terapia de manejo de problemas. Além disso, adaptamos e incorporamos algumas técnicas e habilidades clínicas interpessoais de comunicação.



IMPORTANTE:

O objetivo da abordagem desse material não é propor algo fixo e estático a ser seguido sem uma reflexão, mas sim proporcionar solidez às nossas ações. Entendemos que ter os passos em mente e em mãos de uma maneira sistematizada poderá proporcionar segurança aos profissionais, sobretudo aqueles com menor experiência.

Para a abordagem do SMC, outras diferentes intervenções psicossociais podem ser utilizadas, elas não são excludentes e podem ser aplicadas em diferentes etapas do cuidado. Na realidade, todas estão, de certa forma, relacionadas.

5 DICAS DO QUE NÃO FAZER DURANTE A ABORDAGEM DO SMC

- Desconsiderar o SMC como uma questão que deve ser abordada pelo profissional da AP.
- Deixar de legitimar o sofrimento da pessoa e não agir com empatia.
- Rotular os pacientes com termos pejorativos como poliqueixoso, hipocondríaco, somatizador.
- Encaminhar pacientes para psiquiatria ou psicologia sem indicação.
- Medicalizar a vida e o sofrimento humano.

Medicalização da vida:

A medicalização da vida ou do viver pode ser entendida como um processo em que são oferecidas respostas médicas desnecessárias a problemas que fazem parte da própria vida, com suas adversidades. A medicalização do viver pretende evitar as adversidades e problemas cotidianos, mas de forma negativa diminui a resiliência e autonomia das pessoas além de desconsiderar e expropriar cuidados familiares, comunitários e tradicionais.



PARA REFLETIR

Quando indicamos um tratamento desnecessário para uma pessoa que está passando por um sofrimento mental proporcional e adaptativo em decorrência de eventos da vida cotidiana, corremos o risco de passar a mensagem de que a pessoa saudável está doente e de que necessita sempre de apoio de um profissional de saúde para enfrentar os eventos que causem sofrimento proporcional e legítimo, limitando assim o empoderamento, resiliência e senso de autonomia e governança.

Alberto Ortiz Lobo

PREPARAÇÃO PARA OS 7 PASSOS

Atenção! Antes de iniciar os passos, certifique-se de que não está diante de um transtorno mental grave que necessitará de outra abordagem. Lembre-se de investigar ativamente condições associadas à presença de sinais de alerta:

- Ideação suicida e risco de auto/heteroagressão
- Episódios de mania
- Alteração do nível de consciência
- Presença de sintomas psicóticos
- Associação com doença física grave ou descompensada
Ex: diabetes, hipotireoidismo, lúpus, doença de Parkinson, deficiência nutricional.

Fonte: elaborado pelos autores



IMPORTANTE:

Os passos a seguir não necessitam ser realizados em uma única consulta. Talvez, inclusive, o melhor é que não os sejam. Os passos podem ser aplicados por todos os profissionais de saúde da equipe que tenham recebido o treinamento para sua realização de outros profissionais de saúde com capacitação adequada para o tema.

OS 7 PASSOS



PASSO 1: ESCUTA ATIVA E EMPÁTICA

Objetivos:

- Compreender o que está acontecendo com a pessoa e as emoções associadas.
- Mostrar interesse genuíno, buscando a construção de vínculo e uma relação de confiança sem julgamentos.

Intervenções/técnicas:

SIFE – Técnica para explorar as quatro dimensões da experiência da doença.

Técnica SIFE		
S	Sentimento	Sentimento da pessoa, especialmente os temores sobre seus problemas.
I	Ideia	Suas ideias e possíveis explicações sobre o que está acontecendo.
F	Funcionalidade	Efeito da doença em sua funcionalidade.
E	Expectativa	Expectativas da pessoa em relação à consulta.

Fonte: elaborado pelos autores

NURSE – Técnica para facilitar a expressão da empatia.

NURSE– Mnemônico para expressar empatia	
TÉCNICA	EXEMPLOS
Naming (nomeando)	“Me parece que você está preocupada com essas questões. Isso faz sentido para você?”
Understanding (legitimando expressar compreensão)	“Isso tem sido muito difícil para você.” “Entendo quanto isso tem te preocupado.”

NURSE- Mnemônico para expressar empatia	
TÉCNICA	EXEMPLOS
Respecting (respeitando/valorizando)	“Você tem passado por muitas dificuldades.” “Deve ser muito angustiante lidar com(…)” Já parou para pensar o quanto você é forte?
Supporting (oferecer suporte)	“Pode contar comigo nesta fase difícil.” “Gostaria de saber como espera que posso te ajudar.”
Exploring (explorando)	Conte-me mais sobre isso. Como você está enfrentando isso?

Fonte: Adaptado de Smith's Patient Centered Interviewing: An Evidence-Based Method.

BATHE – Técnica para explorar o status psicossocial da pessoa desenvolvida especificamente para medicina de família e comunidade. Pode ser aplicada em menos de 5 minutos.

BATHE Mnemônico para explorar o status psicossocial da pessoa	
COMPONENTE	EXEMPLOS
Background (Contexto)	“Como tem andado a vida? O que tem acontecido?”
Affect (Afeto)	“Como você se sente com isso?”
Troubles (Problemas/efeitos)	“Que tipo de problemas e dificuldades essa situação traz para você?” “O que mais te incomoda nessa situação?”
Handling (Manejo)	“Como você tem lidado com isso?” “Como você tem manejado esse problema?”
Empaty (Empatia)	“Eu percebo que você está enfrentando um momento (bastante) difícil.”

Fonte: Adaptado de The Fifteen Minute Hour: Efficient and Effective Patient-Centered Consultation Skills.

PASSO 2: EXAME FÍSICO

Objetivos:

- Estabelecer vínculo e confiança
- Tranquilizar e auxiliar a comunicação nos dois próximos passos
- Potencial efeito terapêutico, sobretudo nos pacientes que apresentam manifestações físicas.

Intervenções/técnicas:

- **Aferir Pressão Arterial e realizar breve ausculta cardíaca e respiratória**

Justificativa: parte importante das manifestações físicas do sofrimento mental comum estão relacionadas aos sistemas cardiovascular e pulmonar. Palpitações, falta de ar e aperto no peito são exemplos de sintomas frequentemente relatadas pelos pacientes e são motivos de preocupação.

- **Ampliar ou direcionar o exame caso exista alguma preocupação específica.**

Por exemplo: realizar palpação cervical caso o paciente se mostre preocupado com a possibilidade da sensação de “bolo na garganta” estar relacionada a um câncer na região.

O exame físico é um antigo ritual médico, que apresenta um profundo sentido simbólico: entrar em contato com a realidade do paciente, e de certa forma, representa o contato com sua intimidade.

Apesar de as evidências mostrarem que parte das técnicas e manobras utilizadas apresenta baixa acurácia, o exame físico é uma etapa da consulta esperada e valorizada pelos pacientes, portanto deve ser realizada, mesmo que de forma sumária.

Em muitas situações o exame físico pode evitar a realização desnecessária de um exame complementar inicialmente desejado pelo paciente.

PASSO 3: CONSTRUÇÃO DE UMA VERSÃO INICIAL

Objetivos:

- Delimitar, compreender e explicitar o que de fato motivou o paciente a se consultar.

Intervenções/técnicas:

- **Esclarecimentos**

Por exemplo: “O que quer dizer quando me diz que precisa de ajuda?” O que significa para você se sentir mal?

- **Recapitulações**

Por exemplo: Oferecemos ao paciente um resumo das informações, concluindo com as seguintes perguntas: “Acha que esse resumo reflete bem o que acontece com você?” “Se entendi bem, você deseja que eu prescreva uma medicação para aliviar sua angústia. É isso mesmo?”

PASSO 4: DESCONSTRUÇÃO

Objetivos:

- Desvincular o problema apresentado como sendo algo patológico no campo biomédico e que necessita de uma solução médico-centrada.
- Contextualizar o sofrimento, desconfortos e os sintomas na vida da pessoa, em suas diversas dimensões, da mais individual e biográfica a mais social e coletiva.

Intervenções/técnicas:

- Perguntas sugestivas

Por exemplo: “Você já se sentiu assim em outros momentos da sua vida? O que aconteceu então? Como você lidou com isso?”
“Você acha estranho estar triste com a morte da sua mãe?”

- Confrontações

Por exemplo: “Você me disse que está muito triste porque sua namorada terminou com você de forma inesperada. Contudo, em consultas anteriores tive a impressão que as coisas entre vocês não estavam indo muito bem. Essa minha percepção é correta?”

- Meta comunicação

Por exemplo: “Tenho a sensação de que você está esperando que eu lhe diga o que fazer, como se eu soubesse melhor do que você como administrar sua própria vida. O que você acha disso?”

- Interpretações

Por exemplo: “Tenho a sensação de que, além da sua frustração com o trabalho, te incomoda o fato de seus pais não reconhecerem seu sofrimento e você parece não saber como transmitir isso a eles.”

Na psicoterapia, a desconstrução é entendida como um processo de desmantelamento das suposições que as pessoas consideram bem estabelecidas e, portanto, consideradas verdadeiras, e que são feitas em torno de um evento ou circunstância da vida.

É importante a validação do sofrimento como algo real que está acontecendo, mas também como algo não patológico, e sim integrado à difícil situação de vida pela qual está passando.

PASSO 5: RESSIGNIFICAÇÃO

Objetivos:

- Construir juntamente com o paciente uma nova versão e compreensão em que:
 - I. O problema esteja vinculado ao seu contexto de vida.
 - II. A carga emocional seja legitimada e integrada às dificuldades psicossociais enfrentadas por ela.
 - III. O papel do paciente mude para um mais consciente e, se possível, mais autônomo.
- Dar sentido às emoções e explicar sua importância.

Intervenções/técnicas:

- **Interpretações**

Por exemplo: “Parece que essa tristeza que sente pelo falecimento do seu pai mostra o quanto o amava e o bom relacionamento que tinham” “Tenho a sensação de que toda a indignação que você sente com os conflitos e injustiças do seu trabalho está te ajudando a ter força para lutar pelos seus direitos e denunciar.”

- **Reforços**

Por exemplo: “Apesar de você estar passando por um momento difícil que cause sofrimento, sua capacidade de reconhecer isso e pedir ajuda continua admirável. O fato de você ter vindo aqui prova isso.” “Você já me contou em outros momentos alguns episódios difíceis que teve que enfrentar na sua vida. Você já parou para pensar o tanto que você é forte?”

- **Informar**

Por exemplo: “Sentir-se muito triste quando se perde alguém tão próximo e querido como seu marido me parece sensato e até necessário. Qual é sua opinião?” “Acho importante que você saiba que todo esse sofrimento que você está vivenciando pode, infe-

lizmente, acontecer com muitas pessoas que estejam passando por situações difíceis como a sua. Embora eu compreenda que é muito difícil e desagradável e que é possível que vá se sentir assim por mais algum tempo.”

- **Lista de problemas compartilhada**

Por exemplo: Considerando o que conversamos até aqui, como você definiria com suas palavras essas dificuldades/esse sofrimento que você tem enfrentado?; Se você fosse conversar com uma pessoa amiga, como você contaria sobre o que está vivenciando?

Dica: Podem ser recuperadas expressões que o/a paciente tenha usado ao longo da entrevista ou oferecidas opções como emoções, estados psicológicos, os próprios diagnósticos psiquiátricos, e também categorias de grupos culturais, sociais e étnicos a que o/a paciente pertença.

Por exemplo: Você já ouviu falar de problemas de saúde como depressão, ansiedade generalizada,...)?; Conte-me mais sobre o que você entende dessas condições; Você acredita que pode estar passando por alguma delas ou por outra condição de saúde mental/transtorno psiquiátrico? Por qual motivo?; Que tratamentos você conhece para essas condições, quais você acredita que possam te trazer benefício e por quais razões (caso a/o paciente avalie que pode apresentar um ou mais diagnósticos)?

- **Psicoeducação sobre o Sofrimento Mental Comum**

Por exemplo: Diante do que conversamos até aqui, entendo que você tem vivido um sofrimento/mal-estar amplo – emocional, mental, às vezes, corporal, físico – profundamente relacionado às difíceis situações que você está enfrentando. Por enquanto, não vejo elementos ou benefícios em fecharmos um diagnóstico específico em saúde mental, como depressão ou ansiedade, para as dificuldades que você está enfrentando. Há pesquisas e recomendações que mostram que o mais importante neste momento é buscarmos juntos caminhos para você se cuidar e encontrar a

partir da sua própria experiência formas para você se proteger e se fortalecer. Que tal tentar fazer esse percurso de buscar formas de cuidar de você mesma(o) com o meu apoio como profissional?

PASSO 6: RESOLUÇÃO

Objetivos:

- Desenvolver habilidades de resolução de problemas e autonomia.
- Transmitir a mensagem de que o sofrimento vivido por ela(e) demanda cuidados, e cuidar em saúde mental nem sempre envolve dar diagnósticos e prescrever medicamentos.
- Transmitir a mensagem de que o paciente pode ter ferramentas para lidar com esse problema e que a prescrição de medicamentos não está indicada no momento.

Intervenções/técnicas:

- **Sumarizar**

Sumarizar os principais pontos da entrevista reconhecendo e validando o sofrimento apresentado, reforçar que o sofrimento não é patológico e que a pessoa.

Por exemplo: “Agradeço a confiança por compartilhar essas questões íntimas comigo. Compreendi que esses momentos estão sendo difíceis e causando um grande sofrimento, e eu não esperava que isso fosse diferente. Se eu estivesse passando por situações semelhantes, penso que também me sentiria assim. Quero reforçar que você não está com uma doença e que remédios não vão te ajudar a resolver esses problemas.”

- **Decisão compartilhada**

Compartilhar decisão e checar se paciente deseja algum apoio na abordagem do sofrimento.

Por exemplo: “Quero que saiba que não precisa passar por isso sozinha e estou aqui com você. Se desejar, podemos pensar juntos em estratégias.”

- **Terapia de manejo de problemas**

Intervenção psicossocial focada que ajuda os pacientes a desenvolver habilidades de resolução de problemas que podem ser aplicadas a problemas da vida. O objetivo é capacitar o paciente a identificar e resolver seus próprios problemas, orientando-o no processo de resolução de problemas de maneira estruturada e sequencial. A depender do tempo disponível e do desejo do paciente, essa etapa pode ser pactuada como uma tarefa para ser realizada pelo paciente em casa e apresentada na próxima consulta.

ETAPA DA TERAPIA DE MANEJO DE PROBLEMAS	DESCRIÇÃO
Explicação e pactuação terapêutica	Introduzir o conceito de terapia de manejo de problemas e pactuar os papéis do “paciente e profissional.”
Definição do problema e esclarecimento	1) Solicite que o paciente construa uma lista objetiva com os principais problemas apresentados na consulta. Atenção: Oriente que o paciente elimine itens sobre os quais ele não tem controle ou problemas que pertencem a outras pessoas e que não podem ser resolvidos por ele. 2) Peça para o paciente elencar o problema a ser avaliado. (considerar complexidade, prioridade e urgência). 3) Compreender melhor o problema escolhido pelo paciente.
Criação/identificação de soluções	Encoraje o paciente a uma chuva de ideias e à construção de lista com soluções possíveis para o problema elencado.

ETAPA DA TERAPIA DE MANEJO DE PROBLEMAS	DESCRIÇÃO
Tomada de decisão	<p>1) Avalie com o paciente as possíveis soluções e consequências das soluções escolhidas.</p> <p>2) Caso necessário, ajude o paciente a eliminar da lista qualquer solução que ele conclua ser irrealista, sobre as quais ele não tem controle e autonomia, de pouca utilidade, que não possa ser facilmente implementada no presente ou que poderia causar mais problemas do que resolução.</p> <p>3) Solicite ao paciente que escolha a solução que acredita ser a mais provável de ser bem-sucedida e que esteja disposto a implementar.</p>
Implementação e acompanhamento da solução	<p>1) Solicite ao paciente que escolha um dia e horário para aplicar seu plano.</p> <p>2) Podem ser usados métodos de role-play ou de ensaio para o treinamento nas habilidades de resolução de problemas.</p> <p>3) Elimine obstáculos perguntando sobre as circunstâncias que poderiam interferir no sucesso e desenvolva um plano de enfrentamento para o caso de esses problemas ocorrerem.</p>

Fonte: elaborado pelos autores

Para ampliar o repertório

A depender do contexto e habilidade do profissional, outras intervenções psicossociais podem ser utilizadas durante a abordagem do sofrimento mental comum na Atenção Primária à Saúde.

Acesse o QR code para ter acesso a materiais que abordam outras intervenções psicossociais.



PASSO 7: FECHAMENTO

Objetivos:

- Fortalecimento de vínculo e confiança.
- Verificar e pactuar necessidade de acompanhamento do problema apresentado.

Intervenções/técnicas:

- **Reforço:**

Por exemplo: “Penso que a consulta de hoje foi importante para compreendermos melhor seu sofrimento e as questões relacionadas a ele. Além disso, senti que você conseguiu avançar e já está pensando em algumas estratégias.”

- **Verificação**

Por exemplo: “Gostaria de saber se você tem alguma dúvida sobre o que conversamos hoje.”

- **Pactuação de seguimento**

Verificar e pactuar retorno se paciente e profissional julgarem necessário.

Por exemplo: “Pensei em agendar um retorno em duas semanas para saber como as coisas estão indo. O que acha da ideia?” “Fico feliz em saber que você acha que as coisas estão resolvidas e que você acha que não precisa de agendarmos um retorno. Mas quero deixar as portas abertas caso sinta necessidade.”

- **Encerrar formalmente a consulta**

Contato visual e cumprimento de despedida.

REFERÊNCIAS

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde Mental. Cadernos de Atenção Básica, n. 34, Brasília, 2013. 176 p. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MTIxMQ==> Acesso em: 20/02/2023.

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

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

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

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

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

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

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

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

WONCA. World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians. Working party for mental health guidance paper: Family doctors' role in providing non-drug interventions (NDIs) for common mental health disorders in primary care. Geneva: WONCA, 2017. Disponível em: <https://www.globalfamilydoctor.com/news/mentalhealthresourcepgpfroleinnondruginterventions.aspx> Acesso em: 16/05/2022.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

UFV

Universidade Federal de Viçosa

Esta cartilha é produto técnico de pesquisa do Programa de Mestrado em Ciências da Saúde do Departamento de Medicina e Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa

Autoria

Fábio Araujo Gomes de Castro
Leandro David Wenceslau

Mestrando

Fábio Araujo Gomes de Castro

Orientador

Leandro David Wenceslau

Coorientadora

Débora Carvalho Ferreira

Projeto Gráfico e Diagramação

Talisson Maranhão Morais

Revisão

Gabriela Mendes Morais
Nara Araújo Gomes de Castro



PPGCS

Programa de Pós-Graduação
em Ciências da Saúde