

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL INSTITUTO INTEGRADO  
DE SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA  
MATHEUS SILVA CASQUER

**COMPETÊNCIAS MÉDICAS PARA O CUIDADO EM SAÚDE  
MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: ANÁLISE A PARTIR DA  
FORMAÇÃO DO MÉDICO DE FAMÍLIA E COMUNIDADE**

Campo Grande-MS  
2025

MATHEUS SILVA CASQUER

**COMPETÊNCIAS MÉDICAS PARA O CUIDADO EM SAÚDE  
MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: ANÁLISE A PARTIR DA  
FORMAÇÃO DO MÉDICO DE FAMÍLIA E COMUNIDADE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família – Mestrado Profissional, do Instituto Integrado de Saúde, da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Linha de Pesquisa: Diagnósticos Locais e Atenção à Saúde da Família.

Grupo de pesquisa CNPq: Núcleo de Estudo e Pesquisa em Saúde Mental e em Condições Crônicas.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Bianca Cristina Ciccone Giacom Arruda

Campo Grande-MS  
2025

MATHEUS SILVA CASQUER

**COMPETÊNCIAS MÉDICAS PARA O CUIDADO EM SAÚDE  
MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: ANÁLISE A PARTIR DA  
FORMAÇÃO DO MÉDICO DE FAMÍLIA E COMUNIDADE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família – Mestrado Profissional, do Instituto Integrado de Saúde, da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Linha de Pesquisa: Diagnósticos Locais e Atenção à Saúde da Família.

Grupo de pesquisa CNPq: Núcleo de Estudo e Pesquisa em Saúde Mental e em Condições Crônicas.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Bianca Cristina Ciccone Giacom Arruda

Campo Grande, MS 27 de Agosto de 2025

**BANCA EXAMINADORA**

Nota/Conceito

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Bianca Cristina Ciccone Giacom Arruda – UFMS

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Danusa Céspedes Guizzo – UFMS

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>o</sup> João Mazzoncini de Azevedo Marques – USP

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>o</sup> Nathan Aratani – UFMS

AValiação FINAL: ( ) Aprovação

( ) Reprovação

Dedicar algo trata-se, em sua acepção primária, a oferecer. A quem oferece-se este trabalho? Naturalmente, às pessoas que instigaram meu desejo por ele. Dedico inicialmente à minha noiva, Gabriele. Se há aqui um trabalho muito próprio do que é meu, certamente há também um produto impossível de ser construído sem seu apoio em todos os momentos vitais deste projeto. Por fim, dedico aos meus pais. Se estamos falando de desejo, é impossível deixar de citar as primeiras figuras deste na minha vida e que continuam balizando toda a minha caminhada até hoje. Aos dois devo o alicerce de quem sou, a coragem para seguir e a serenidade para não desistir, mesmo diante das maiores dificuldades. Este trabalho, que se ergueu do encontro entre desejo, rigor e afeto, é também deles.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço inicialmente ao Dr. André Barciela Veras, chefe de minha residência, que, em primeiro momento, provocou a possibilidade de um simples trabalho de conclusão de residência tornar-se algo maior. E à sua esposa, Dra. Ana Carolina Ametlla Guimarães, também chefe no serviço de residência médica em que me formei, pela sensibilidade em capitanear a criação de um modelo de assistência de psiquiatria em rede, que transforma o imaginário médico do especialista sobre como funciona a rede de atenção básica à saúde em um Real vivenciado dia a dia. Sem tal percepção, a própria ideia deste trabalho jamais ganharia corpo.

Um espaço um pouco maior desse agradecimento deve ser reservado à minha orientadora, a Prof.<sup>a</sup> Dra. Bianca Cristina Ciccone Giacon Arruda, que acolheu meus primeiros esboços e me auxiliou substancialmente no processo de transformar uma ideia em um projeto. O subjetivo, quando ganha forma, passa a habitar a realidade, e este projeto nada seria sem este percurso. Devo salientar também a excepcional gentileza em dar espaço e asas às minhas ideias durante todo o processo de condução, permitindo-me ter uma postura crítica sobre meu trabalho, o que o fez se tornar, essencialmente, meu, tomado posse e reconhecido neste.

Agradeço também aos membros da banca, Dr. João Mazzoncini de Azevedo Marques, o qual tive o prazer de conhecer durante o processo de qualificação e que muito contribuiu com suas vivências e referências para o produto final; Dr. Nathan Aratani, com uma visão de alguém que, a uma distância justa do meu tema, pôde me fazer ver meu trabalho com igual distanciamento, notar e polir ainda mais o feito; e, por fim, Dra. Danusa Céspedes Guizzo, pessoa fundamental em meu processo formativo, uma das responsáveis pelo meu desejo em fazer psiquiatria, uma das primeiras anfitriãs neste caminho e hoje, alguém que me acompanha em uma posição horizontal no cotidiano e desafios da profissão. No trabalho, suas pontuações e contra pontuações, bem como seu reconhecido rigor, foram necessários e complementares a esta peça que, mosaico pincelado por cada um dos contribuintes, assume corpo de produto sólido com existência própria.

## RESUMO

O presente estudo tem como objetivo compreender os desafios enfrentados por médicos de Família e Comunidade no cuidado a pessoas com demandas em saúde mental na Atenção Primária à Saúde (APS) e, com base nesses achados, propor a construção de um relatório técnico voltado ao desenvolvimento de competências clínicas e relacionais. A pesquisa adota abordagem qualitativa, fundamentada nos referenciais teórico-metodológicos do modelo Conhecimento para Ação (Knowledge to Action Framework – KTA) e do Theoretical Domains Framework (TDF). A coleta de dados foi realizada por meio de Grupos Focais (GF) com médicos residentes e preceptores vinculados aos programas de residência em Medicina de Família e Comunidade da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS) e da Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande – MS. A análise foi conduzida por meio da técnica de Análise Temática (AT), articulada aos domínios do TDF. Participaram do estudo 16 profissionais, com perfis diversos quanto à formação acadêmica, tempo de atuação e experiências prévias. A análise das transcrições permitiu a identificação de dezoito núcleos de sentido, organizados em duas categorias centrais: (1) o cuidado em saúde mental na APS e (2) a estrutura da rede de cuidados e seus desafios. A primeira categoria destacou aspectos como vínculo terapêutico, comunicação, interdisciplinaridade e lacunas na formação profissional. A segunda categoria evidenciou entraves estruturais, dificuldades de acesso aos serviços especializados e a influência dos determinantes sociais no processo de adoecimento. A discussão demonstrou que o cuidado em saúde mental na APS demanda competências relacionais (escuta, vínculo, comunicação) e colaborativas, frequentemente desafiadas por uma formação biomédica tradicional, insegurança técnica e barreiras organizacionais. Conclui-se que é necessário estabelecer percursos formativos intencionais, que integrem teoria, prática supervisionada e trabalho em equipe, a fim de fortalecer a resolutividade, a integralidade e a coordenação do cuidado. Como produto, foi desenvolvido um relatório técnico com estrutura semelhante a uma matriz de competências, fundamentado em referenciais nacionais e internacionais, com aplicabilidade para a formação na Estratégia Saúde da Família, a educação permanente, a supervisão clínica e o planejamento do cuidado (PTS). O produto apresenta potenciais impactos formativos, clínicos e organizacionais. Reconhecem-se limitações referentes ao escopo institucional e temporal do estudo e recomenda-se a avaliação da implementação e da expansão interprofissional do produto.

**Palavras Chaves:** Estratégia Saúde da Família; Saúde Mental; Educação Médica; Competências clínicas; Medicina de Família e Comunidade.

## ABSTRACT

This study aims to understand the challenges faced by Family and Community Physicians in the care of people with mental health needs in Primary Health Care (PHC) and, based on these findings, to propose the construction of a technical report focused on developing clinical and relational competencies. The research adopts a qualitative approach, grounded in the theoretical-methodological frameworks of the Knowledge to Action (KTA) model and the Theoretical Domains Framework (TDF). Data collection was conducted through Focus Groups (FG) with residents and preceptors from Family and Community Medicine residency programs at the Federal University of Mato Grosso do Sul (UFMS) and the Municipal Health Secretariat of Campo Grande – MS, Brazil. Thematic Analysis (TA), articulated with the TDF domains, was used for data interpretation. Sixteen professionals participated, with diverse profiles regarding academic background, professional experience, and previous training. The analysis identified eighteen meaning units organized into two main categories: (1) mental health care in PHC and (2) the structure of the care network and its challenges. The first category highlighted aspects such as therapeutic bond, communication, interdisciplinarity, and training gaps. The second category pointed to structural barriers, limited access to specialized services, and the role of social determinants in the illness process. The discussion demonstrated that mental health care in PHC requires relational (listening, bonding, communication) and collaborative competencies, often challenged by traditional biomedical training, technical insecurity, and organizational constraints. It is concluded that intentional training pathways integrating theory, supervised practice, and teamwork must be established to strengthen resoluteness, integrality, and coordination of care. As a result, a technical report (with a structure similar to a competency framework) was developed, supported by national and international references, with applicability to Family Health Strategy training, continuing education, clinical supervision, and care planning (PTS). The product has potential formative, clinical, and organizational impacts. The study acknowledges limitations regarding its institutional and temporal scope and suggests further evaluation of the implementation and interprofessional expansion of the product.

**Keywords:** Family Health Strategy, Clinical Competencies; Family and Community Medicine; Primary Health Care; Mental Health; Medical Education.

## APRESENTAÇÃO

O primeiro contato que tive com o termo “Saúde da Família” foi durante a graduação em Medicina, na Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), campus de Campo Grande, concluída em 2018. Desde o início do curso, havia uma carga horária considerável voltada a esse tema. Ainda assim, era culturalmente disseminada entre os estudantes a ideia de que se tratava de uma “matéria menor”, quase um anexo às temíveis Anatomia, Histologia, Cirurgia Cardiovascular e Neurologia Clínica.

No entanto, algo me distanciou desta lógica a partir dos primeiros estágios nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Ali tive a sensação de estar diante da verdadeira medicina— aquela que se exerce no mundo real, entre as pessoas e suas histórias reais. Havia, naquele cotidiano, uma dimensão humana e prática que me parecia mais autêntica do que qualquer refinamento técnico.

No quinto ano, ao iniciar minha preparação para as provas de residência, fui profundamente impactado por professores de cursos preparatórios que abordavam temas como a história do SUS, os modelos de organização dos sistemas de saúde e a Medicina Centrada na Pessoa. Aquilo, para mim — então um jovem às portas da profissão médica — foi uma pequena revolução. Compreendi, ali, algo que me acompanha até hoje: para além de sua fundamentação política ou ideológica, a Saúde da Família representa, sobretudo, a maneira mais lógica, coerente e eficiente de se praticar saúde. Passei a estudar o tema com afinco, e cheguei a colaborar com os primórdios da Liga de Saúde da Família da UFMS, elaborando a primeira prova do processo seletivo e ministrando o curso preparatório para a seleção dos novos membros.

Contudo, minha vocação não apontava somente para a Medicina de Família. Desde os primeiros anos da graduação, fui fortemente atraído pela Psiquiatria — campo que, a meu ver, oferecia um caminho privilegiado para compreender o sofrimento humano em toda a sua complexidade. Entendi, então, que minha atuação como psiquiatra seria guiada pelos fundamentos da Saúde Coletiva, mas que seria essa especialidade, e não a Medicina de Família, a trilha principal da minha trajetória profissional.

Mas o destino, em uma de suas felizes contingências, me levou a ser aprovado na Residência Médica em Psiquiatria da Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande (SESAU). À época, tratava-se de um programa estruturado de maneira singular: com base integral na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), oferecia rodízios nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Residências Terapêuticas (RT), no Projeto Atenda (voltado ao cuidado

de pessoas em situação de rua com transtornos mentais graves), entre outros pouco comuns em residências mais tradicionais.

Durante o programa, aprendi duas lições fundamentais. A primeira: é impossível oferecer um cuidado em saúde mental de qualidade sem o exercício efetivo dos princípios da Atenção Básica. A segunda: tais princípios são frequentemente mal aplicados. Frustrrei-me inúmeras vezes ao perceber que usuários com sofrimento psíquico eram encaminhados a serviços especializados, quando poderiam ter sido bem atendidos no território, com manejo simples e sensível. Igualmente desanimador era constatar que, mesmo onde havia iniciativas criativas e comprometidas, a falta de articulação entre os dispositivos da RAPS tornava-as frágeis, efêmeras — meros lampejos diante de uma rotina estagnada, marcada pelo desinvestimento subjetivo.

Foi então que, guiado pelo preceptor à época, Dr. André Barciela Veras, deixei a queixa passiva e mergulhei na construção de uma intervenção concreta: um projeto voltado à educação médica. Eu nutria a convicção de que, com uma formação mais robusta em saúde mental, médicos atuantes na Atenção Básica seriam capazes de transformar positivamente a Rede. Esse projeto, inicialmente concebido como Trabalho de Conclusão de Residência (TCR), tornou-se, por incentivo do mesmo professor, meu pré-projeto de mestrado — o embrião deste estudo. Um fato curioso em meu percurso é que cheguei a ser aceito e iniciar este programa já em 2022, mas por mudanças na coordenação e nas políticas da residência (eu então cursava o terceiro ano) fui chamado a me desligar. Não desisti, e, no ano seguinte, submeti minha ideia ao processo seletivo, sendo novamente aprovado, desta vez sob a orientação da Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Bianca Cristina Ciccone Giacom Arruda, no que posso classificar como um dos bons encontros da vida.

Contudo, sem me antecipar aos resultados, posso afirmar que as contingências mais uma vez me surpreenderam. Aquilo que deveria ser apenas um produto técnico formativo — sustentado pela ideia, quase ingênua, de que bastava “ensinar melhor” — revelou-se, na verdade, uma oportunidade de escuta. Escuta dos profissionais que estão na ponta, vivendo uma realidade complexa, atravessada por múltiplas camadas. A proposta inicial se ampliou. O projeto cresceu, tornou-se mais denso e mais fiel àquilo que o inspirou: o desejo de compreender.

Sigmund Freud, em sua Nova Conferência Introdutória à Psicanálise (1932), afirmou: “Wo Es war, soll Ich werden” — onde estava o Id, deve advir o Eu. Ou seja, o sujeito precisa apropriar-se de sua verdade. Jacques Lacan, por sua vez, em seu Seminário 11 (1964), cunhou a célebre frase: “O inconsciente é o discurso do Outro” — lembrando-nos que é o próprio sujeito quem detém o saber sobre si.

Inspirado por essa ética do não-saber, espero ter me colocado, neste trabalho, como mero mediador — um espelho que não impõe reflexos, mas que acolhe as imagens projetadas pelos sujeitos que dele se aproximam. Que este estudo, portanto, seja um retorno, uma devolução fiel aos profissionais que o constituíram com suas experiências, angústias e desejos. Que seja, acima de tudo, um gesto de escuta.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário da Saúde
ACGME	Accreditation Council for Graduate Medical Education
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CFIR	Consolidated Framework for Implementation Research
CNES	Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNRM	Comissão Nacional de Residência Médica
COVID 19	Doença causada pelo coronavírus SARS-CoV-2
CPA	Conhecimento para Ação
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
GF	Grupo Focal
IFES	Instituição Federal de Ensino Superior
KTA	Knowledge-to-Action Framework
MFC	Medicina de Família e Comunidade
MS	Mato Grosso do Sul
NASF	Núcleo Ampliado de Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PICs	Práticas Integrativas e Complementares
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PTS	Projeto Terapêutico Singular
R1	Residente de primeiro ano
R2	Residente de segundo ano
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RPB	Reforma Psiquiátrica Brasileira
SBMFC	Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
SERAFIM-BR	Setting the Research Agenda for Family Medicine – Brazil
SMS	Secretaria Municipal de Saúde

SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDF	Theoretical Domains Framework
TMC	Transtornos Mentais Comuns
UFMS	Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
USF	Unidade de Saúde da Família
WHO	World Health Organization

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	14
<b>2.1. O cuidado em saúde mental na Atenção primária: potencialidades e desafios..</b>	18
<b>2.2. A formação de profissionais médicos para o cuidado em saúde mental na atenção primária à saúde.....</b>	21
<b>3. OBJETIVOS</b> .....	23
<b>3.1. Objetivo geral</b> .....	23
<b>3.2. Específicos</b> .....	23
<b>4. MÉTODO</b> .....	24
<b>4.1. Tipo de estudo e referenciais teórico-metodológicos.....</b>	24
4.1.1 <i>Modelo Knowledge-to-Action Framework – KTA</i> .....	24
4.1.2 <i>Theoretical Domains Framework (TDF)</i> .....	25
<b>4.2. Local do estudo</b> .....	36
4.2.1. Participantes .....	37
4.2.3. Coleta de dados .....	38
<b>4.3. Procedimentos de análise dos dados</b> .....	41
<b>4.4. Questões éticas</b> .....	46
<b>5. RESULTADOS</b> .....	46
<b>5.1. Categoria 1 – O cuidado em saúde mental na APS.....</b>	47
5.1.1. Práticas integrativas e complementares e estratégias de cuidado ampliado.....	49
5.1.2. Formação e o desenvolvimento de competências interpessoais.....	50
5.1.3. Interdisciplinaridade e papel da equipe na APS.....	52
<b>5.2. Categoria 2 – a estrutura da rede de cuidados e seus desafios.....</b>	55
5.2.1. A APS como porta de entrada e eixo do cuidado.....	55
5.2.2. Barreiras no acesso a serviços especializados.....	56
5.2.3. Articulação entre APS e CAPS .....	58
<b>6. DISCUSSÃO</b> .....	59
<b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	68
<b>8. RELEVÂNCIA, IMPACTOS E APLICABILIDADE À ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA</b> .....	70
<b>9. CONCLUSÃO.....</b>	72
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	73
<b>APÊNDICES</b> .....	79
<b>APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido</b> .....	79

APÊNDICE B – Questionário de caracterização sociodemográfica.....	83
APÊNDICE C - Questões norteadoras para o grupo focal.....	84
APÊNDICE D – Relatório de competências clínicas e relacionais para o cuidado em saúde mental na APS.....	85
APÊNDICE E – Eixo 1: Comunicação, vínculo e clínica ampliada na atenção em saúde mental.....	87
APÊNDICE F – Eixo 2: Avaliação clínica e manejo longitudinal de condições mentais comuns .....	89
APÊNDICE G – Eixo 3: Planejamento compartilhado do cuidado e articulação da rede de atenção psicossocial (RAPS).....	91
APÊNDICE H – Eixo 4: Promoção, prevenção e cuidado ampliado em saúde mental na APS.....	93
APÊNDICE I – Eixo 5: Trabalho em equipe, interdisciplinaridade e liderança no cuidado em saúde mental na APS .....	95

## 1. INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS), enquanto principal porta de entrada do sistema de saúde brasileiro e o ponto central de comunicação com a Rede de Atenção à Saúde (RAS) e suas redes específicas, enfrenta diversos desafios no cuidado e assistência integral às demandas de saúde mental em suas diferentes gravidades e complexidades (LIMA et al., 2021).

O papel da APS na assistência em saúde mental resulta da mudança de paradigma de cuidado decorrente da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), em que o modelo biomédico é substituído por um modelo de cuidado integral e centrado na pessoa e na família, que considera aspectos psicossociais na compreensão do processo saúde-doença. Em específico ao cuidado em saúde mental, congruente com essa abordagem, o paradigma hospitalocêntrico e biologizante da doença mental transicional para um modelo psicossocial, em que a reabilitação psicossocial, a inclusão comunitária e o cuidado em liberdade são premissas básicas. (NABARRETE; BASTOS, 2023).

Essas mudanças resultaram na consolidação dos diferentes dispositivos territoriais da RAS que articulam os diferentes pontos de atenção, com o objetivo de promover atenção integral, cidadania e autonomia. A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) integra esse sistema na assistência às pessoas em sofrimento psíquico. Ela estrutura-se dentro das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), como assistência integral, equânime, de qualidade, respeitando direitos e autonomias dos usuários, centrada no território e contemplando ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação em saúde. Ela é coordenada regionalmente pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), articulados a outros serviços da RAPS com diferentes níveis de complexidade (primário, secundário e terciário) (NABARRETE; BASTOS, 2023). Apesar dos avanços normativos e conceituais, a implementação efetiva da RAPS tem sido permeada por desafios. Estudo longitudinal realizado entre 2008 e 2017 nos 5.570 municípios brasileiros demonstrou que, embora houvesse avanços significativos nas taxas de cobertura da RAPS e da população adscrita, cerca de 77% da população brasileira ainda habitava regiões com baixa ou inexistente assistência dos serviços específicos dessa rede, realidade potencializada em áreas metropolitanas (FERNANDES et al., 2020).

Nesse âmbito, as necessidades em saúde mental irão se apresentar na APS de diferentes maneiras. Os transtornos mentais comuns (TMC) configuram-se como uma das principais demandas gerais, caracterizando-se predominantemente por quadros de ansiedade, depressão e queixas somáticas inespecíficas. (CARVALHO et al., 2014). Segundo os autores, em estudo

multicêntrico realizado em unidades de saúde da família em quatro capitais brasileiras — São Paulo, Rio de Janeiro, Fortaleza e Porto Alegre — revelou uma prevalência alarmante de TMC entre os usuários da APS, com variações entre 51,9% no Rio de Janeiro e 64,3% em Fortaleza. A média geral foi de 57%, indicando que mais da metade da população atendida nesses serviços apresentava sofrimento psíquico significativo.

Cita-se ainda revisão integrativa conduzida por Torres Neto e colaboradores (2023), embasada em estudos brasileiros publicados entre 1997 e 2018, a prevalência de TMC em populações assistidas pela APS variou de 20,5 % a 64 %, indicando ampla variação entre contextos regionais (TORRES NETO et al., 2023). Esses achados corroboram e ampliam os dados apresentados por Carvalho et al. (2014), que observaram uma média de 57 % (com variação de 51,9 % a 64,3 %) em quatro capitais brasileiras.

Todos os estudos da revisão integrativa destacaram a forte associação entre TMC e condições de vulnerabilidade social. Os principais fatores associados incluíram ser mulher, renda familiar baixa e menor nível educacional — alinhando-se às evidências do estudo multicêntrico de Carvalho et al.

Esses dados reforçam a importância de abordagens integradas na APS, que considerem não apenas os sintomas mentais, mas também suas raízes sociais e econômicas. Em particular, a escuta qualificada, a vinculação contínua e a atenção às múltiplas dimensões que permeiam o sofrimento psíquico na vida cotidiana dos usuários são práticas fundamentais.

Entretanto, o cenário da atenção psicossocial na APS brasileira mostra um quadro de desequilíbrio entre a crescente demanda por cuidados em saúde mental e a limitada capacidade de resposta dos serviços. Uma análise dos ciclos 2 e 3 do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) indicou que, apesar dos esforços significativos por parte das equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) — especialmente em cidades do interior — persistem lacunas estruturais importantes na oferta desse cuidado. Os resultados demonstraram que mais de 96% das equipes NASF realizavam ações em saúde mental, incluindo manejo de psicofármacos, grupos terapêuticos e articulação com os CAPS. No entanto, mais de 1.500 municípios não contavam com equipes NASF, e diversas regiões dispunham apenas da Estratégia Saúde da Família (ESF) como único ponto de atenção psicossocial (DIMENSTEIN, MACEDO E FONTENELE; 2022).

O estudo também aponta que tais vazios assistenciais fragilizam a efetividade, continuidade e equidade do cuidado em saúde mental, especialmente em localidades de pequeno e médio porte. Essa situação agrava-se pelo desfinanciamento progressivo da Política Nacional de Saúde Mental e da APS, ampliando o “hiato terapêutico”, em que grande parte da

população permanece sem diagnóstico, tratamento ou acompanhamento adequado. A pandemia da COVID-19 intensificou essa crise, aprofundando desigualdades e aumentando a demanda por cuidados psicossociais, sobretudo entre populações em vulnerabilidade social (DIMENSTEIN, MACEDO E FONTENELE; 2022).

Fundamentalmente, nas diretrizes do SUS, a APS é responsável pelo acompanhamento não apenas dos casos leves, mas também daqueles com transtornos mentais graves que, embora vinculados a serviços especializados, apresentam demandas clínicas e sociais sensíveis ao escopo da APS (SANTA CATARINA, 2021).

Segundo a Linha de Cuidado para Atenção à Saúde Mental do estado de Santa Catarina, cabe à APS reconhecer as necessidades do território, acolher usuários em sua complexidade e garantir articulação entre os diferentes pontos da RAPS, assegurando cuidado compartilhado e resolutivo. Dessa forma, mesmo diante de acompanhamento especializado, a APS deve acolher demandas adicionais desses usuários, como condições crônicas, cuidados preventivos, situações de vulnerabilidade social e manejo de comorbidades, promovendo acompanhamento contínuo e integrado à saúde mental.

Apesar disso, quase um terço das equipes da APS oferece assistência de baixa qualidade em saúde mental: 29,2 % das equipes foram classificadas nesse nível, segundo dados do estudo de Lima et al. (2021), enquanto apenas 7,5 % dessas equipes apresentavam baixa estruturação em termos dos atributos essenciais da atenção primária. Essa discrepância revela que a má qualidade do cuidado em saúde mental não se explica apenas por fatores estruturais, mas também pela forma como os processos de trabalho são organizados e conduzidos. Segundo os autores, essa baixa qualidade refere-se à ausência de ações sistematizadas, descontinuidade do cuidado, escassa atuação em rede e fragilidade na abordagem clínica dos casos. Essa situação se relaciona fortemente à organização dos dispositivos locais e à capacidade de oferta de cuidado integral. Em regiões mais bem estruturadas, observa-se maior presença de ações intersetoriais, articulação com a RAPS, apoio matricial e valorização de práticas clínicas centradas no vínculo e na escuta qualificada. Por outro lado, em territórios com menor estrutura, a assistência frequentemente se reduz à medicalização, a encaminhamentos excessivos e a intervenções pontuais. A ausência de recursos humanos qualificados, de espaços físicos adequados, de apoio institucional e de ações de educação permanente são apontadas como fatores limitantes que comprometem a efetividade do cuidado em saúde mental na APS (LIMA et al., 2021).

Neste contexto, a superação dessas lacunas passa também pela incorporação de tecnologias de produção de saber que contribuam no cotidiano dos profissionais da APS.

Embora tradicionalmente o termo “tecnologia” esteja associado a instrumentos materiais, Gonçalves (1994) propõe uma concepção ampliada, compreendendo as tecnologias como elementos que estruturam os processos de trabalho em saúde, incluindo saberes, relações sociais e formas de organização do cuidado.

Para Merhy (2005), as tecnologias podem ainda ser classificadas em leves, leve-duras e duras. Tais contribuições trazem maior abrangência ao termo, que passa a versar também sobre os saberes, a cadeia de produção e o produto (COELHO; JORGE, 2009).

Assim, são particularmente destacados os processos de tecnologia leve-duras, que dizem respeito à operação de saberes bem estruturados (MERHY, 2005). A utilização destas tecnologias em processos que promovam a assistência aos usuários também é viável na capacitação de equipes e profissionais de saúde, promovendo autonomia e incremento na qualidade do cuidado, sendo fundamental a produção de estudos e conhecimentos que sejam voltados tanto para a qualificação destes profissionais, quanto para a produção de ferramentas de assistência em educação da população (UCHOA 2021).

Particularmente na APS, o campo médico é representado pelo profissional especialista na lide com as particularidades da Atenção Básica, o Médico de Família e Comunidade (MFC). Este profissional deve apresentar alta capacidade resolutiva, aptidão em promover um modelo de assistência contextualizada que transcenda a base biológica. (NORMAN, 2013).

Considerando este público e com o intuito de otimizar a alocação de recursos técnicos, humanos e financeiros, e contribuir com a melhoria de indicadores de saúde e com o fortalecimento da MFC no país, o estudo SERAFIM-BR (SEtting the Research Agenda for Family Medicine - BRazil), realizado com 200 médicos associados à Sociedade Brasileira de MFC, desenvolveu uma agenda de pesquisa em MFC, a qual apresentou 10 temas prioritários, sendo o de saúde mental o segundo tema mais indicado. Ademais, o ensino em MFC apareceu em quatro dos 10 temas prioritários (3. ensino de MFC na graduação; 4. ensino de MFC na residência médica; 7. ensino de MFC; e 9. ensino de MFC — capacitação de preceptores).

Diante de todas as nuances e complexidades do cenário apresentado, questiona-se: quais as competências necessárias para o cuidado e assistência em saúde mental na APS por médicos de MFC?

Propõe-se, como produto desse estudo um material instrutivo para gestores e coordenadores de residências em MFC que apresentem potencialidades e fragilidades na formação de competências de MFC para o cuidado em saúde mental na APS, ancorado em diretrizes nacionais e internacionais sobre tais competências. Acredita-se que esta análise possa contribuir para o fortalecimento dessas competências e, com isso, para a diminuição da

fragilidade no atendimento, promovendo um cuidado mais resolutivo, integral e longitudinal à população.

## **2. REVISÃO DA LITERATURA**

### **2.1. O cuidado em saúde mental na Atenção primária: potencialidades e desafios**

A Atenção Primária à Saúde (APS) ocupa um papel estratégico na organização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), sendo reconhecida como a porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS) e componente fundamental para a coordenação do cuidado em saúde mental no território (LIMA et al., 2021). Conforme estabelecido pela Portaria nº 3.088/2011, a APS integra a RAPS como um de seus pontos de atenção, sendo responsável pela identificação precoce de situações de sofrimento psíquico, pela oferta de intervenções terapêuticas oportunas e pela articulação com os demais serviços da rede. Sua atuação visa garantir a continuidade do cuidado e o acompanhamento longitudinal dos usuários, inclusive daqueles com transtornos mentais graves.

O Instrutivo Técnico da RAPS reforça que a APS deve estar capacitada para acolher as demandas de saúde mental da população e exercer sua função de ordenadora do cuidado. Para tanto, recomenda-se a promoção de práticas clínicas que respeitem a integralidade, o vínculo e a singularidade dos sujeitos, em articulação com os demais pontos da rede e com os recursos comunitários disponíveis (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2016).

As demandas de saúde mental na APS são amplas e complexas, refletindo o sofrimento psíquico cotidiano das comunidades e exigindo das equipes uma abordagem qualificada e integral. Em estudo qualitativo realizado com enfermeiros supervisores de unidades da Estratégia Saúde da Família, Stival et al. (2024) identificaram que as principais demandas em Saúde mental estão relacionadas ao uso problemático de álcool e outras drogas, quadros de sofrimento mental inespecífico ou transtornos mentais diagnosticados. Os profissionais apontaram como formas mais frequentes de cuidado o uso prolongado e, por vezes, indiscriminado de psicofármacos, o encaminhamento para outros serviços e, em menor escala, a adoção de práticas integrativas e complementares.

O mesmo estudo evidencia a fragilidade da rede de cuidado, a dificuldade na articulação intersetorial e a necessidade de capacitação das equipes para responder adequadamente às demandas psicossociais nos territórios. Esses achados reforçam a importância de investir em

estratégias formativas e em processos de cuidado compartilhado que ampliem a resolutividade da APS diante das questões de saúde mental.

Destaca-se também a contribuição do modelo de Medicina Centrada na Pessoa, proposto por Ian McWhinney (1995), que reposiciona a clínica como espaço de encontro entre a experiência do adoecimento e os saberes técnicos. Tal abordagem valoriza o vínculo, a escuta qualificada, o entendimento do paciente em seu contexto biopsicossocial e a tomada de decisão compartilhada, sendo plenamente compatível com os princípios da APS e com os desafios do cuidado em saúde mental. A incorporação dessa perspectiva nos processos formativos pode ampliar a capacidade dos profissionais em acolher e manejar o sofrimento psíquico de forma ética, eficaz e relacional.

Adicionalmente, o novo modelo de cofinanciamento federal da APS, implementado a partir de maio de 2025 (BRASIL, 2025), introduz componentes que valorizam o vínculo, a qualidade do cuidado e a satisfação dos usuários como critérios para o repasse de recursos. Tal política representa um avanço importante ao estimular práticas clínicas mais comprometidas com o acompanhamento longitudinal, a integralidade do cuidado e a escuta ativa — pilares centrais tanto do modelo centrado na pessoa quanto do cuidado em saúde mental. Dessa forma, há uma convergência normativa e metodológica entre os instrumentos de financiamento e as abordagens clínicas centradas no sujeito, que pode favorecer a consolidação da APS como espaço legítimo de cuidado em saúde mental.

Contudo, esse potencial ainda é subutilizado diante de desafios como a fragmentação do cuidado, a baixa articulação com serviços especializados, ausência de protocolos assistenciais específicos e insegurança dos profissionais para atuar frente à complexidade das demandas.

Além disso, questões como despreparo das equipes, sobrecarga de trabalho e fragilidade na formação em saúde mental impactam diretamente a resolutividade das ações. Os autores destacam que a superação desses entraves exige o fortalecimento do matriciamento, da educação permanente e da organização do processo de trabalho nas equipes, de modo a ampliar a capacidade da APS em ofertar um cuidado qualificado e humanizado em saúde mental (ROTOLI et al., 2019).

O cuidado compartilhado constitui um dos pilares fundamentais para a construção de redes de atenção efetivas, articulando a APS com os serviços especializados da RAPS. Essa estratégia pressupõe a corresponsabilização entre os diferentes pontos de atenção pelo acompanhamento dos usuários, promovendo intervenções mais integrais, longitudinais e coerentes com as necessidades singulares de cada sujeito.

Conforme orienta o Ministério da Saúde, o cuidado compartilhado é operacionalizado por meio do matriciamento em saúde mental. O matriciamento consiste em uma ação técnico pedagógica na qual profissionais especializados apoiam as equipes da APS na construção conjunta de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), na discussão de casos, nas interconsultas e no acompanhamento colaborativo dos usuários (BRASIL, 2011).

Um estudo recente realizado por Silva et al. (2024), com trabalhadores da saúde em um município paulista, evidencia que, apesar das dificuldades estruturais e formativas, o matriciamento é reconhecido pelos profissionais como uma ferramenta essencial para promover o cuidado compartilhado e qualificar as ações em saúde mental na APS. O estudo destaca que essa prática fortalece a atuação em rede, amplia a resolutividade da atenção primária e favorece o enfrentamento de desafios cotidianos, como manejo de casos complexos, sobrecarga das equipes e fragmentação do cuidado.

A formação médica, nesse contexto, demanda especial atenção. Embora a Medicina de Família e Comunidade (MFC) seja a especialidade com maior inserção no cotidiano da APS, ainda persiste um descompasso entre os conteúdos abordados nas instituições formadoras e as demandas reais encontradas nos territórios. Esse desalinhamento compromete a capacidade dos profissionais em lidar eficazmente com as complexidades e especificidades presentes na APS, evidenciando a necessidade de uma revisão curricular que contemple as competências essenciais para a prática médica nesse nível de atenção. A adequação da formação médica às realidades locais é fundamental para garantir atendimento de qualidade e enfrentar os desafios das comunidades atendidas (ANDERSON; SAVASSI, 2021).

Apesar da relevância crescente da saúde mental na APS e do protagonismo do médico de família e comunidade nesse nível de atenção, observa-se uma lacuna importante na literatura científica quanto à formação específica desse profissional para o cuidado em saúde mental. As pesquisas disponíveis abordam de forma geral os desafios da APS frente às demandas psicossociais, mas há escassez de estudos que investiguem diretamente como se dá a formação do médico de família e comunidade para lidar com essas situações.

Essa ausência de evidências limita a compreensão dos entraves formativos, das estratégias pedagógicas adotadas nas residências médicas e dos impactos dessa formação (ou de sua fragilidade) sobre a resolutividade do cuidado em saúde mental nos territórios. Nesse sentido, o estudo SERAFIM-BR apontou a saúde mental como uma das áreas prioritárias de investigação, reforçando a urgência de estudos que articulem formação médica e cuidado psicossocial na APS (MOSCOVICI et al., 2023).

## **2.2. A formação de profissionais médicos para o cuidado em saúde mental na atenção primária à saúde**

A Medicina de Família e Comunidade (MFC) é uma especialidade médica caracterizada pelo cuidado integral e contínuo dos indivíduos, considerando o contexto familiar e comunitário no qual estão inseridos. No Brasil, essa especialidade foi reconhecida oficialmente em 1981, com a criação da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC). Desde então, tem enfrentado desafios importantes relacionados ao seu reconhecimento, tanto entre profissionais da saúde quanto na sociedade, além de questões ligadas à expansão e consolidação dos programas específicos de formação (ANDERSON; SAVASSI, 2021).

Em sua conferência “A importância de ser diferente”, Ian McWhinney (1996) defende a singularidade da Medicina de Família como uma disciplina própria, com identidade epistemológica e prática baseada na centralidade da relação médico-paciente, na continuidade do cuidado e na integração com o território. Ao evocar o legado de clínicos como William Pickles e James Mackenzie, McWhinney argumenta que o médico de família se distingue por sua proximidade com a vida cotidiana dos pacientes, compreendendo o adoecimento em seu contexto sociocultural. Para ele, essa “diferença” não representa inferioridade em relação a especialidades hospitalares, mas sim uma riqueza própria, marcada pela escuta ativa, empatia, vínculo longitudinal e capacidade de atuar nos determinantes sociais da saúde. O autor propõe que a formação médica valorize essa dimensão relacional e comunitária como eixo estruturante da prática clínica na Atenção Primária à Saúde.

Atualmente, a referência nacional utilizada para nortear os conteúdos formativos dessa especialidade é o documento oficial das Matrizes de Competências para a Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade (BRASIL, 2020). Este material explicita as competências que devem ser adquiridas pelos médicos residentes, alinhadas às diretrizes curriculares nacionais, às necessidades concretas do Sistema Único de Saúde (SUS) e às especificidades próprias do modelo de Atenção Primária à Saúde (APS).

Nesse sentido, competências são compreendidas neste estudo como o conjunto articulado de conhecimentos, habilidades e atitudes que qualificam a prática médica, tornando-a resolutiva e adequada às realidades locais (BRASIL, 2020).

Essas competências podem ser classificadas em diferentes categorias:

Competências específicas dos especialistas em MFC, que incluem habilidades e conhecimentos próprios da especialidade, como a capacidade de prover um cuidado integral,

longitudinal e coordenado, considerando os aspectos biopsicossociais dos pacientes (BRASIL, 2020).

Competências compartilhadas, ou seja, comuns a diferentes categorias profissionais, tais como comunicação terapêutica eficaz e habilidades relacionais, fundamentais para uma boa prática clínica e para o desenvolvimento da relação médico-paciente (BRASIL, 2020).

Competências interdisciplinares, que são aquelas necessárias para o trabalho em equipes multiprofissionais, valorizando a atuação conjunta, colaborativa e integral no cuidado em saúde (BRASIL, 2020).

A adoção dessa matriz como referência para a construção da proposta garante coerência com os princípios da Medicina de Família e Comunidade e reforça a importância de formar profissionais capacitados para atuar de maneira crítica e resolutiva nas demandas reais dos territórios. Para que essas competências sejam plenamente implementadas, são necessários investimentos constantes na educação médica continuada, na pesquisa voltada à APS e na criação de políticas públicas que valorizem e fortaleçam a especialidade, garantindo uma formação médica mais alinhada às necessidades da população brasileira (ANDERSON; SAVASSI, 2021).

Diante das demandas expressivas relacionadas à saúde mental presentes na Atenção Primária à Saúde (APS), torna-se essencial que a formação do especialista em Medicina de Família e Comunidade contemple especificamente competências relacionadas ao cuidado em saúde mental. Essas competências incluem habilidades clínicas para diagnóstico e manejo de transtornos mentais comuns, capacidade para reconhecer situações que demandam cuidado compartilhado e matriciamento, além da adoção de práticas integrativas que valorizem o contexto psicossocial e comunitário do indivíduo (BRASIL, 2020; ANDERSON; SAVASSI, 2021).

Cabe ressaltar que, embora muitos médicos atuem na APS, nem todos possuem especialização em MFC, o que pode comprometer a integralidade e qualidade do cuidado oferecido em saúde mental. Médicos especialistas em MFC têm uma formação mais estruturada e abrangente, especificamente voltada para as necessidades do cuidado longitudinal e integral, incluindo as complexidades do sofrimento psíquico dos usuários atendidos na APS (ANDERSON; SAVASSI, 2021).

A seguir é apresentado um quadro síntese das principais competências relacionadas ao cuidado em saúde mental pelo profissional especialista em Medicina de Família e Comunidade, conforme os documentos analisados:

Quadro 1 – Competências específicas relacionadas ao cuidado em saúde mental pelo profissional especialista em Medicina de Família e Comunidade.

<b>Categoria de competência</b>	<b>Competências Específicas Relacionadas à Saúde Mental</b>
Clínicas	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Diagnóstico e manejo de transtornos mentais comuns.</li> <li>● Reconhecimento de condições de maior complexidade que exigem matriciamento e cuidado compartilhado.</li> </ul>
Comunicacionais e Relacionais	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Comunicação terapêutica eficaz.</li> <li>● Escuta qualificada.</li> <li>● Estabelecimento de vínculos terapêuticos sólidos e contínuos.</li> </ul>
Organizativas	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Coordenação do cuidado em rede.</li> <li>● Articulação com dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).</li> <li>● Planejamento e implementação de ações preventivas e promocionais em saúde mental.</li> </ul>
Interdisciplinares	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Trabalho colaborativo em equipes multiprofissionais.</li> <li>● Compartilhamento de responsabilidades e saberes.</li> <li>● Integração com diferentes atores comunitários para promoção da saúde mental.</li> </ul>

Fonte: Adaptado de Brasil (2020); Anderson e Savassi (2021).

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1. Objetivo geral**

Analisar as competências de médicos da família e comunidade para o cuidado ao indivíduo em saúde mental na Atenção Primária à Saúde.

#### **3.2. Específicos**

- a) Descrever as características sociodemográficas, de formação e de trabalho dos participantes do estudo.
- b) Compreender a experiência de médicos preceptores e residentes em MFC sobre o cuidado em saúde mental na Atenção Primária à Saúde.

- c) Descrever as competências (conhecimento, habilidades e atitudes) para o cuidado em saúde mental na Atenção Primária à Saúde pelo médico de Família e Comunidade, na percepção de médicos preceptores e residentes.
- d) Desenvolver um material orientativo, na forma de relatório, para gestores e coordenadores de residência em MFC sobre potencialidades e fragilidades na formação de competências de MFC para o cuidado em saúde mental na APS, ancorado em diretrizes nacionais e internacionais sobre tais competências.

## 4. MÉTODO

### 4.1. Tipo de estudo e referenciais teórico-metodológicos

Estudo de abordagem qualitativa, desenvolvido com base em dois referenciais teórico metodológicos: o modelo *Knowledge-to-Action Framework* – *KTA*, em português, Conhecimento para Ação (CPA), e o *Theoretical Domains Framework* (*TDF*).

#### 4.1.1 Modelo *Knowledge-to-Action Framework* – *KTA*

O modelo *Knowledge-to-Action Framework* – *KTA* foi adotado por sua ênfase na transferência do conhecimento científico para a prática clínica. Este modelo oferece uma estrutura sistematizada para a aplicação do conhecimento no contexto dos serviços de saúde, articulando o ciclo de produção do saber com sua implementação prática (FIELD; BOOTH; ILDERT; GERRISH, 2014).

A escolha do modelo Conhecimento para Ação (*KTA*) neste estudo se justifica por sua aplicabilidade em pesquisas de implementação que visam transformar o conhecimento em intervenções práticas, especialmente em contextos de saúde coletiva e formação profissional.

O modelo é particularmente útil quando se busca adaptar evidências científicas às realidades locais, considerando as barreiras contextuais, o engajamento de atores envolvidos e a sustentabilidade das intervenções propostas (FIELD et al., 2014). Neste trabalho, o *KTA* orienta tanto a sistematização do conhecimento pré-existente (Fase 1) quanto os primeiros passos do ciclo de ação (Fase 2), que incluem a análise das necessidades locais e a proposição de um relatório técnico para uso adaptado à realidade dos profissionais da APS em Campo Grande – MS. A literatura aponta que o *KTA* tem sido amplamente utilizada em iniciativas de educação permanente, desenvolvimento de competências clínicas e implementação de boas

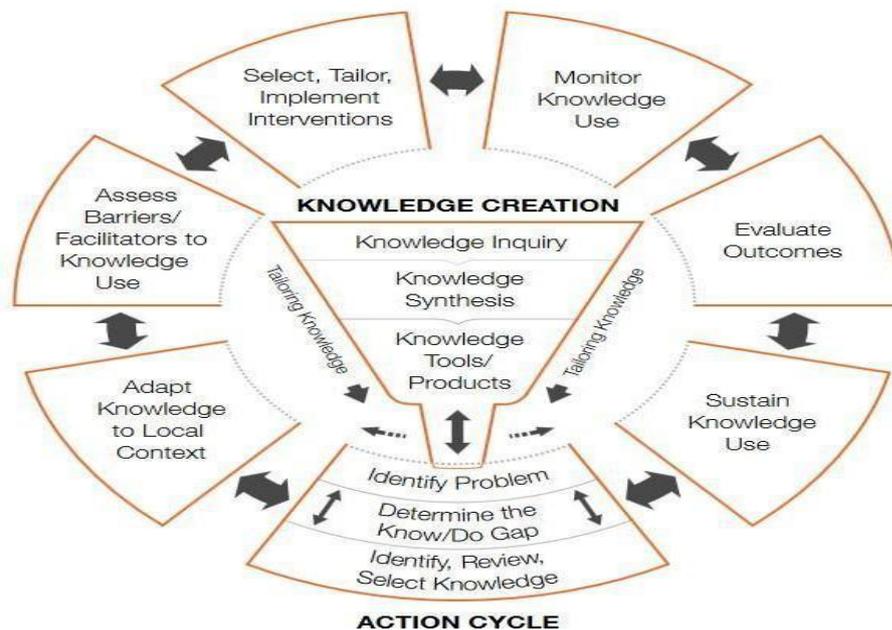
práticas em serviços de saúde (GRIMSHAW et al., 2012; FIELD et al., 2014), o que reforça sua pertinência como estrutura metodológica para este estudo.

A estrutura do KTA é composta por duas fases principais:

- Fase 1 – Criação do conhecimento: envolve a identificação de problemas, revisão e síntese de evidências, e a produção de ferramentas e produtos de conhecimento;
- Fase 2 – Ciclo de ação: abrange a adaptação do conhecimento ao contexto local, identificação de barreiras e facilitadores, seleção e implementação de intervenções, monitoramento do uso do conhecimento, avaliação de desfechos e sustentabilidade.

Considerando os limites temporais e operacionais da presente pesquisa, este estudo abrange a Fase 1 e parte inicial da Fase 2, até a etapa de adaptação ao contexto local.

Figura 1 – Diagrama do ciclo do Conhecimento para Ação (KTA)



Fonte: Adaptado de *Knowledge Translation Program* – University of Toronto. Disponível em: [https://knowledgetranslation.net/wp-content/uploads/KTA-Diagram\\_Feb-12.pdf](https://knowledgetranslation.net/wp-content/uploads/KTA-Diagram_Feb-12.pdf). Acesso em: 23 mar. 2025.

#### 4.1.2. Theoretical Domains Framework (TDF)

O TDF é um referencial desenvolvido a partir de a partir da síntese de 33 teorias da psicologia do comportamento, com o objetivo de identificar fatores que influenciam a implementação de práticas baseadas em evidências. Sua estrutura é composta por 14 domínios e 84 constructos, que permitem uma análise abrangente dos fatores que favorecem ou dificultam a implementação de novas práticas, assim como facilitar a investigação de barreiras e

facilitadores à mudança de comportamento entre profissionais de saúde. O TDF também foi identificado como uma das estruturas mais utilizadas em estudos de implementação, dada sua capacidade de articular teoria e prática de maneira acessível e sistemática (ATKINS et al., 2017).

Quadro 2 - Domínios e constructos do TDF com suas respectivas definições

Domínio (definição)	Constructos	Definição dos constructos
1. Conhecimento (uma consciência da existência de algo)	Conhecimento (incluindo conhecimento da condição/fundamentação científica)	Saber como fazer algo.
	Conhecimento do contexto da tarefa	Conhecimento do contexto material e social no qual a tarefa é realizada.
	Capacidades	Uma habilidade ou proficiência adquirida através da prática.
2. Capacidades (uma habilidade ou proficiência adquirida através da prática)	Desenvolvimento de capacidades	Aquisição gradual ou avanço através de estágios progressivos de uma habilidade ou proficiência adquirida através de treinamento e prática.
	Competência	Repertório de capacidade e habilidade de uma pessoa especialmente quando aplicado a uma tarefa ou um conjunto de tarefas.
	Habilidade	Competência ou capacidade para realizar um ato mental ou físico. A habilidade pode ser tanto desaprendida quanto adquirida através de educação e prática.
	Capacidades interpessoais	Uma aptidão que permite uma pessoa a manter relacionamentos efetivos com outras pessoas, assim como uma habilidade de cooperar, de assumir responsabilidades sociais apropriadas ou exibir flexibilidade adequada.
	Prática	Repetição de um ato, comportamento, ou série de atividades, geralmente para melhorar o desempenho ou adquirir uma capacidade.
	Avaliação de capacidades	Um julgamento da qualidade,

		mérito, importância, nível ou valor de uma habilidade ou proficiência adquirida através de treinamento e prática.
3. Identidade e Papel Profissional / Social (um conjunto de comportamentos coerentes e a exibição de qualidades pessoais de um indivíduo num ambiente social ou de trabalho)	Identidade profissional	Características pelas quais um indivíduo é reconhecido, relacionado à, ligado ou condizente com uma profissão específica.
	Papel profissional	O comportamento considerado apropriado para um tipo de trabalho ou posição social específicos.
	Identidade Social	O conjunto de características pessoais ou comportamentais pelas quais um indivíduo é reconhecível [e retrata] como um membro de um grupo social.
	Identidade	Um senso de si (self) de um indivíduo definido por a) um conjunto de características físicas e psicológicas que não são totalmente compartilhadas com nenhuma outra pessoa e b) uma série de afiliações interpessoais e sociais (por exemplo, etnia) e papéis sociais.
	Limites profissionais	As fronteiras ou limites relacionados ou conectados a uma certa profissão ou vocação.
	Confiança profissional	Uma crença do indivíduo em seu repertório de capacidades e habilidades especialmente quando aplicadas a uma tarefa ou conjunto de tarefas.
	Identidade de grupo	O conjunto de características comportamentais ou pessoais pelas quais um indivíduo é reconhecível [e retrata] como membro de um grupo.
	Liderança	Os processos envolvidos na liderança de outras pessoas, incluindo a organização, direção, coordenação e motivação de seus esforços para alcançar determinados objetivos de um grupo ou organização.

	Comprometimento Organizacional	A dedicação de um funcionário a uma organização e o desejo de permanecer parte da mesma. Comprometimento organizacional é frequentemente descrito como tendo um elemento emocional ou moral é um elemento mais prudente.
4. Crenças sobre Capacidades (Aceitação da verdade, realidade ou validade sobre uma habilidade, talento ou facilidade que uma pessoa pode usar de forma construtiva)	Autoconfiança	Autoafirmação ou confiança em suas próprias habilidades, aptidões e julgamento.
	Competência percebida	A crença de um indivíduo em sua habilidade para aprender e executar capacidades.
	Autoeficácia	A capacidade de um indivíduo em agir efetivamente para produzir os resultados desejados, conforme percebidos pelo indivíduo.
	Controle comportamental percebido	A percepção de um indivíduo sobre a facilidade ou dificuldade de desempenhar o comportamento de interesse.
	Crenças	Aquilo em que se crê; a proposição ou o conjunto de proposições consideradas verdadeiras.
	Autoestima	O grau em que as qualidades e as características contidas no autoconceito de alguém são percebidas como positivas.
	Empoderamento	A promoção de capacidades, conhecimento e confiança necessários para se ter maior controle sobre própria vida em certos esquemas sociais ou educacionais; a delegação de um maior poder de decisão a indivíduos ou grupos em uma sociedade ou organização.
	Confiança profissional	Uma crença do indivíduo em seu repertório de habilidades e capacidades, especialmente quando aplicadas a uma tarefa ou conjunto de tarefas
5.Otimismo (A confiança de que as coisas acontecerão da melhor forma ou de que os objetivos desejados serão alcançados)	Otimismo	A atitude de que os resultados serão positivos e que os desejos ou objetivos das pessoas serão alcançados no final.

	Pessimismo	Atitude de que as coisas vão dar errado e que é improvável que os desejos ou objetivos das pessoas sejam atingidos.
	Otimismo irrealista	A tendência inerte dos humanos a superestimar suas próprias habilidades e chances de resultados positivos em comparação com os resultados de outras pessoas.
	Identidade	Um senso de si (self) de um indivíduo definido por a) um conjunto de características físicas e psicológicas que não são totalmente compartilhadas com nenhuma outra pessoa e b) uma série de afiliações interpessoais e sociais (por exemplo, etnia) e papéis sociais.
6. Crenças sobre consequências (Aceitação da verdade, realidade ou validade dos resultados de um comportamento em uma determinada situação)	Crenças	Aquilo em que se crê; a proposição ou o conjunto de proposições consideradas verdadeiras.
	Expectativas de resultados	Resultados cognitivos, emocionais, comportamentais e afetivos que se supõem associados a comportamentos futuros ou pretendidos. Esses supostos resultados podem tanto promover como inibir comportamentos futuros
	Características expectativas de resultados	Características dos resultados cognitivos, emocionais e comportamentais que os indivíduos acreditam estarem associadas a comportamentos futuros ou pretendidos e que se acredita promover ou inibir tais comportamentos que versam sobre sanções/recompensas, proximal/distal, com valor/sem valor, provável/improvável, saliente/não saliente, riscos ou ameaças percebidos.

	Arrependimento antecipado	Um senso de possíveis consequências negativas de uma decisão que influencia a escolha feita: por exemplo, um indivíduo pode decidir não fazer um investimento por causa dos sentimentos associados a uma perda imaginada.
7. Reforço (Aumentar a probabilidade de uma resposta pelo estabelecimento de uma relação de dependência ou contingência entre a resposta e um determinado estímulo)	Consequentes	O resultado de um comportamento em uma determinada situação.
	Recompensas (proximais/distais, com valor/sem valor, prováveis/improváveis)	Retribuição ou recompensa dependente de algum desempenho, feita para ou recebida por uma pessoa
	Incentivos	Um estímulo externo, como uma condição ou objeto que aprimora ou serve como motivo para um comportamento.
	Punição	O processo no qual a relação entre uma resposta e algum estímulo ou circunstância resulta na resposta se tornar menos provável; um evento ou circunstância dolorosa ou indesejada, imposta como uma penalidade a um transgressor.
	Consequentes	O resultado de um comportamento em uma determinada situação.
	Reforço	Um processo em que a frequência de uma resposta é aumentada por uma relação de dependência ou contingência à um estímulo.
	Contingências	Uma relação probabilística condicional entre dois eventos. As contingências podem ser organizadas por meio de dependências ou podem surgir por acidente.
Sanções	Uma punição ou outra medida coercitiva geralmente administrada por uma autoridade reconhecida, usada para penalizar e impedir ações inapropriadas ou não	

		autorizadas.
8. Intenções (Uma decisão consciente de desempenhar um comportamento ou uma determinação para agir de certa maneira)	Estabilidade de intenções	A habilidade de uma pessoa em decidir permanecer apesar de influências perturbadoras.
	Estágios do modelo de mudança	Um modelo que propõe que a mudança de comportamento é realizada através de cinco estágios específicos: Pré-contemplação, Contemplação, Preparação, Ação e Manutenção.
	Modelo transteórico e estágios de mudança	Uma teoria de cinco estágios para explicar as mudanças no comportamento de saúde das pessoas. Ela sugere que a mudança leva tempo, que diferentes intervenções são efetivas em diferentes estágios e que há vários resultados ocorrendo ao longo dos estágios.
9. Metas (Representações mentais de resultados ou estados finais que um indivíduo deseja alcançar)	Metas (distais/proximas)	Estado de coisas desejado por uma pessoa ou sistema, estas coisas podem estar mais próximas (proximas) ou mais distantes (distais).
	Prioridade das metas	Ordem de importância ou urgência de estados finais os quais um indivíduo se esforça para alcançar.
	Meta/definição de metas	Um processo que estabelece metas de comportamento específicas baseadas no tempo, que são mensuráveis, alcançáveis e realistas.
	Metas (autônomas/controladas)	O estado final em direção ao qual alguém está se esforçando para alcançar o objetivo de uma atividade ou empreendimento. Pode ser identificado observando que uma pessoa cessa ou muda seu comportamento ao atingir esse estado; proficiência em uma tarefa a ser alcançada dentro de um período determinado.
	Plano de ação	A ação ou processo de formação de um plano referente a uma coisa a ser realizada ou uma ação.

10. Processos de Memória, Atenção e Decisão (Habilidade para reter informações, focar seletivamente em aspectos do ambiente e escolher entre duas ou mais alternativas)	Intenção de implementação	O plano que alguém cria com antecedência de quando, onde e como um indivíduo adotará um comportamento.
	Memória	Habilidade de reter informações ou representação de uma experiência passada, baseada em processos mentais de aprendizado ou retenção de codificação em algum intervalo de tempo e recuperação ou reativação da memória; informações específicas de um passado específico.
	Atenção	Um estado de consciência em que os sentidos são focados seletivamente em aspectos do ambiente e o sistema nervoso central está em estado de prontidão para responder a estímulos.
	Controle da atenção	A medida em que uma pessoa pode se concentrar em sinais relevantes e ignorar todos os sinais irrelevantes em uma determinada situação
	Tomada de decisão	Processo cognitivo de escolher entre duas ou mais alternativas, desde as relativamente bem definidas a complexas.
11. Contexto ambiental e recursos (Qualquer circunstância da situação ou do ambiente de uma pessoa que desencoraja ou encoraja o desenvolvimento de capacidades e habilidades, independência, competência social e comportamento adaptativo)	Sobrecarga cognitiva/cansaço	A situação em que as demandas impostas a uma pessoa em termos de trabalho mental são maiores que seus limites de resistência mentais.
	Estressores ambientais	Fatores externos no ambiente que causam estresse.
	Recursos/recursos materiais	Materiais e recursos humanos usados na realização de um comportamento.
	cultura/clima organizacional	Um padrão característico de pensamento e comportamento compartilhado por membros da mesma organização e refletido em sua linguagem, valores, atitudes, crenças e costumes.
	Eventos salientes/incidentes	Ocorrências julgadas como

	críticos	diferenciadas, proeminentes ou significativas de alguma forma.
	Interação pessoa x ambiente	Interação entre o indivíduo e seus arredores.
	Barreiras e facilitadores	Em contextos psicológicos, barreiras/facilitadores são limitações/forças mentais, emocionais ou comportamentais em indivíduos ou grupos.
12. Influências sociais (Aqueles processos interpessoais que podem fazer com que os indivíduos mudem seus pensamentos, sentimentos ou comportamentos)	Pressão social	Influência exercida sobre uma pessoa ou grupo por outra pessoa ou grupo.
	Normas sociais	Padrões consensuais socialmente determinados que indicam. a) quais comportamentos são considerados típicos em um determinado contexto e b) quais comportamentos são considerados adequados no contexto.
	Conformidade de grupo	O ato de manter conscientemente um certo grau de similaridade com aqueles indivíduos que pertencem aos seus círculos sociais gerais.
	Comparações sociais	O processo pelo qual as pessoas avaliam suas atitudes, habilidades ou desempenho em relação aos outros.
	Normas de grupo	Qualquer comportamento, crença, atitude ou reação emocional considerada correta ou aceitável por um determinado grupo da sociedade.
	Suporte social	A percepção ou prestação de assistência ou conforto para outros, tipicamente para ajudá-las/los a lidar com uma variedade de estressores biológicos, psicológicos e sociais. O suporte pode surgir de qualquer relacionamento interpessoal na rede social de um indivíduo, envolvendo amigos, vizinhos, instituições religiosas, colegas, cuidadores ou grupos de apoio.
	Poder	A capacidade de influenciar os outros, mesmo quando eles tentam resistir a essa influência.

	Conflito entre grupos	Discordância ou confronto entre dois ou mais grupos e seus membros. Isso pode envolver violência física, discórdia interpessoal ou tensão psicológica.
	Alienação	Afastamento de alguém de seu grupo social; um profundo sentimento de insatisfação com as experiências pessoais que pode ser fonte de falta de confiança no ambiente social ou físico ou em si mesmo; a experiência de separação entre pensamentos e sentimentos.
	Identidade de grupo	O conjunto de características comportamentais ou pessoais pelas quais um indivíduo é reconhecível [e retrata] como membro de um grupo.
	Modelagem	Na psicologia do desenvolvimento, é o processo pelo qual um ou mais indivíduos ou outras entidades servem como exemplos (modelos) que uma criança copia.
13. Emoção (Um padrão de reação complexo, envolvendo elementos experienciais, comportamentais e fisiológicos, pelo qual o indivíduo tenta lidar com um comportamentais e fisiológicos, pelo qual o indivíduo tenta lidar com um assunto ou evento pessoalmente significativo)	Ansiedade	Um estado de humor caracterizado por apreensão e sintomas somáticos de tensão em que um indivíduo antecipa perigo, catástrofe ou infortúnio iminentes.
	Afeto	Uma experiência ou sentimento de emoção, que varia do sofrimento à exaltação, das sensações de sentimentos mais simples às mais complexas, e das reações emocionais mais normais às mais patológicas.
	Estresse	Um estado de resposta fisiológica ou psicológica a estressores internos ou externos.
	Depressão	Um estado mental que se apresenta com humor deprimido, perda de interesse ou prazer, sentimentos de culpa ou

		baixa autoestima, sono ou apetite alterados, pouca energia e baixa concentração.
	Afeto positivo/negativo	Sentimento/estado interno que ocorre quando um objetivo foi/ou não atingido, uma fonte de ameaça foi/ou não evitada ou um indivíduo está/ou não está satisfeito com o atual estado das coisas.
	Burnout	Exaustão física, emocional ou mental, especialmente no trabalho ou na carreira, acompanhada de motivação diminuída, desempenho reduzido e atitudes negativas em relação a si e aos outros.
14. Regulação Comportamental (Qualquer coisa destinada a gerenciar ou mudar ações objetivamente observadas ou medidas)	Quebrando hábitos	Descontinuar um comportamento ou sequência de comportamentos que são automaticamente ativados por sinais situacionais relevantes.
	Plano de ação	A ação ou processo de formação de um plano referente a uma coisa a ser realizada ou uma ação.

Fonte: VANZELA, 2022.

O *Theoretical Domains Framework* (TDF) tem sido amplamente utilizado como ferramenta de diagnóstico em pesquisas voltadas à mudança de comportamento em contextos clínicos, especialmente no campo da ciência da implementação (FRANCIS; O'CONNOR; CURRAN, 2012). Sua aplicabilidade continua relevante em estudos recentes. Por exemplo, McGowan et al. (2023) realizaram uma revisão sistemática utilizando o TDF para entender os fatores que influenciam a implementação de comunicações de risco sobre medicamentos por profissionais de saúde. Os domínios mais frequentemente identificados foram conhecimento, crenças sobre consequências, memória, atenção e processos de decisão e contexto ambiental e recursos, indicando barreiras e facilitadores recorrentes no uso dessa prática em ambientes clínicos. Já o estudo de Zhou et al. (2024), por meio de uma análise bibliométrica abrangente, evidenciou a crescente adoção do TDF entre 2005 e 2023, com destaque para sua aplicação em contextos de saúde e pesquisa translacional. Complementarmente, O'Donovan et al. (2023) investigaram a integração entre o TDF e o CFIR (*Consolidated Framework for Implementation Research*), concluindo que o uso conjunto de múltiplos *frameworks* pode enriquecer a

compreensão dos determinantes da implementação, especialmente ao captar tanto fatores individuais quanto contextuais.

Em contexto brasileiro, a sua tradução, adaptação e validação ao idioma português foi recentemente realizada (VANZELA, 2022), embora ainda sejam poucos estudos identificados em pesquisas conduzidas no Brasil até o momento desta redação, como por exemplo o estudo de Paula et al. (2024), que utilizou o TDF para analisar as barreiras e influências no trabalho de enfermeiros da Atenção Primária diante de crises em saúde mental, evidenciando uma atuação centrada na lógica biomédica e marcada por impactos emocionais significativos.

A utilização do *Theoretical Domains Framework (TDF)* neste estudo fundamenta-se na necessidade de compreender os fatores individuais e contextuais que influenciam o comportamento dos profissionais de saúde, especialmente diante de práticas clínicas complexas como o cuidado em saúde mental na Atenção Primária à Saúde. O seu uso permitiu identificar quais são os principais construtos e domínios relacionados ao objeto de estudo, construir o instrumento de condução dos grupos focais, organizar a codificação e análise dos dados, e apresentar os resultados.



Figura 2 – Fluxograma ilustrativo - *Theoretical Domain Framework*  
Fonte: FIELD, B. et al., 2014.

## 4.2. Local do estudo

Este estudo foi realizado em dois programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade (MFC) de uma capital do centro-oeste do Brasil, um programa vinculado à uma Instituição Federal de Ensino Superior (IFES) e outro à Secretaria Municipal de Saúde (SMS).

O Programa da IFES tem a duração de 2 (dois) anos, com a oferta de 4 (quatro) vagas para R1 e 4 (quatro) vagas para R2, totalizando 8 (oito) vagas anuais para o curso em comento.

E o da SMS é organizado por um modelo de formação baseado na inserção plena do residente nas equipes de Saúde da Família, com forte predominância da preceptoria do tipo "ombro a ombro". Ele oferta, anualmente, 40 vagas e possui 51 preceptores, sendo 39 deles alocados diretamente nas Unidades de Saúde da Família USFs), atuando junto às equipes.

Cada equipe é composta por um médico preceptor, um residente de primeiro ano (R1) e um residente de segundo ano (R2). Elas são distribuídas em oito USFs, e de acordo com a quantidade de equipes assumidas pelo programa, sendo a escolha da unidade realizada pelos próprios residentes, respeitando a ordem de classificação no processo seletivo. Além disso, o programa oferece complementação de bolsa, o que pode favorecer a permanência e a dedicação integral dos residentes à formação.

#### **4.2.1. Participantes**

Os participantes foram médicos residentes (do primeiro e segundo ano) e médicos preceptores vinculados aos dois programas de Residência Médica em MFC incluídos no estudo. A escolha desse público justifica-se pela homogeneidade formativa e prática, além da baixa rotatividade desses profissionais, o que favoreceu a viabilidade metodológica e a continuidade do estudo. Ademais, estudos com esse público sobre o objeto de investigação aqui proposto são incipientes no contexto brasileiro. E contempla as necessidades de pesquisa nessa área de formação médica conforme o estudo SERAFIM- Brasil (MOSCOVICI et al., 2023).

Como critérios de inclusão definiu-se médicos residentes do primeiro e segundo ano dos programas de Residência Médica em MFC e médicos preceptores atuantes nos cenários práticos da APS vinculados às mesmas residências. Os residentes e preceptores formalmente afastados (por trancamento, licença ou atestado) dos cenários de prática durante o período da coleta, e os médicos preceptores que atuavam exclusivamente fora da rede de Atenção Primária do município foram excluídos. Devido a população estudada se apresentar distribuída em diferentes Unidades de Saúde do município e com elevada carga horária decorrente do processo assistencial-formativo, que dificulta disponibilidade para participação em atividades extracurriculares ou pesquisas, a seleção dos participantes foi por conveniência.

Essa estratégia é amplamente utilizada em estudos qualitativos, pois permite a seleção intencional de participantes acessíveis e disponíveis, priorizando a profundidade e a riqueza das

informações obtidas, em vez da representatividade estatística da amostra (CAMPOS; SAIDEL, 2008).

No momento da coleta de dados, um total de 137 participantes eram elegíveis, sendo 84 residentes (80 da SMS e 4 do IFES) e 53 preceptores (51 da SMS e 02 do IFES). Desses, 81 foram excluídos por não estarem presentes nos horários propostos para a coleta de dados. Dos 56 que estavam presentes, 40 não aceitaram participar do estudo. Dessa forma, 16 profissionais médicos, 15 residentes e um preceptor, do Programa de Residência da SMS participaram do estudo. Não houve a presença ou participação de residentes ou preceptores vinculado ao Programa de Residência da IFES. Ademais, não houve exclusão de participantes pelos outros critérios previamente determinados.

#### **4.2.3. Coleta de dados**

Para a coleta de dados, optou-se pela técnica de grupo focal (GF). Os GF são caracterizados por encontros coletivos nos quais os participantes são convidados a discutir, em grupo, sobre temas previamente definidos, mediados por um pesquisador que estimula a participação de todos e organiza o fluxo das discussões (RESSEL et al., 2008). Essa técnica valoriza a construção coletiva de significados, permitindo a emergência de ideias, percepções, dúvidas e consensos que se constroem dinamicamente nas trocas entre os participantes.

A organização dos GF deve ocorrer de maneira planejada, com definição clara do número de participantes, seleção criteriosa conforme os critérios de inclusão da pesquisa, construção de um roteiro de perguntas norteadoras e definição de um ambiente adequado que favoreça o diálogo horizontal, respeitoso e produtivo. A condução do grupo exige do pesquisador não apenas domínio do conteúdo, mas também habilidades de escuta qualificada e mediação (RESSEL et al., 2008).

A técnica de GF é especialmente útil para compreender como um grupo constrói sentidos e significados sobre um determinado tema, por meio de um processo de interação grupal que favorece trocas, descobertas e participações comprometidas. Ao permitir que os participantes respondam em grupo, em vez de individualmente, oportuniza a interpretação de crenças, valores, conceitos, conflitos e pontos de vista. Além disso, possibilita ao pesquisador explorar como os fatos são articulados, censurados e confrontados durante o debate, considerando as normas do grupo e a comunicação entre pares (RESSEL et al., 2008).

No presente estudo, os GFs se mostraram pertinentes por possibilitarem a escuta coletiva dos profissionais médicos em MFC, e aqueles em formação, a respeito das competências

necessárias para o cuidado em saúde mental na Atenção Primária à Saúde. A escolha da técnica se justifica pelo seu potencial de revelar compreensões compartilhadas, divergências e sentidos atribuídos pelos participantes a partir de suas experiências nos territórios. Além disso, os GF permitiram acessar tanto percepções individuais quanto construções intersubjetivas, que são fundamentais para responder ao objetivo do estudo de identificar e sintetizar competências no contexto prático da APS.

A realização dos GF foi precedida por consulta formal às coordenações das residências médicas em MFC participantes, para alinhamento dos trâmites institucionais e autorização da pesquisa. Após a aprovação no âmbito institucional em que as residências são desenvolvidas, a proposta de pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS – Campo Grande – MS).

Devido à característica assistencial-formativa dos programas de residência, e à configuração da distribuição dos médicos residentes em diferentes unidades de saúde, nas quais são inseridos na escala de atividade diária da equipe de saúde, houve a dificuldade de agrupar os participantes em um único momento para apresentar a pesquisa e realizar os GF.

Para isso, como estratégia para reunir os participantes de forma institucional, sem comprometer suas atividades assistenciais, em acordo com a coordenação da Residência Médica em MFC da SMS (com maior número de residentes e preceptores), o pesquisador principal do estudo assumiu e ministrou uma aula prevista na grade curricular do curso com o tema “O manejo da dependência de álcool e outras drogas na Atenção Primária à Saúde”.

A aula foi ministrada no período da manhã e da tarde, para que um maior número de residentes pudessem estar presentes e para minimizar os prejuízos nas rotinas assistenciais das unidades de saúde nas quais eles estavam alocados. A divulgação da aula e do convite para participação na pesquisa foi realizada pelos coordenadores dos dois programas de residência médica participantes, por meio dos grupos de Whatsapp e e-mail de comunicação das instituições.

As aulas foram ministradas em formato expositivo, com o apoio de slides e espaço aberto para esclarecimento de dúvidas por parte dos residentes. Cada aula teve duração média de 90 minutos e elas aconteceram em sala situada em um dos pólos de uma instituição de ensino superior que ampara as atividades de ensino do programa de residência médica em MFC da SMS. Esse mesmo espaço foi utilizado para a realização dos GF.

Ao final da atividade, o pesquisador agradeceu a presença dos participantes, apresentou brevemente os objetivos e procedimentos do estudo, e convidou aqueles que tivessem interesse

e disponibilidade a permanecerem por aproximadamente mais 90 minutos para a realização dos grupos focais.

No período da manhã, dos 22 residentes e 03 preceptores presentes, 06 e 01 aceitaram participar, respectivamente. Pelo período da tarde, 31 residentes presentes e 0 preceptores presentes, 10 e 0 aceitaram participar, respectivamente.

Durante os encontros, os participantes foram organizados em formato de roda de conversa. Após leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), deu-se início à dinâmica dos GF. Eles foram conduzidos pelo pesquisador principal deste estudo, por um roteiro de questões semiestruturadas, fundamentado nos domínios do TDF, e gravados em mídia de áudio digital.

As perguntas contemplavam diferentes aspectos da prática profissional, como formação, competências e sugestões de melhoria no cuidado em saúde mental na APS, as quais estão apresentadas no APÊNDICE C. A relação específica de cada questionamento com os domínios correspondentes do TDF encontra-se abaixo, na tabela 2. Todos os GF realizados foram gravados em áudio digital para posterior transcrição e análise dos dados e o tempo de duração do GF da manhã e da tarde foi de 68 minutos e 117 minutos, respectivamente.

Quadro 4 - Relação entre as perguntas do roteiro de grupos focais e os domínios do TDF

Nº	Pergunta	Domínios do TDF relacionados
1	Qual o papel da APS no atendimento de pacientes com demandas de saúde mental? Qual o entendimento de vocês sobre este cuidado?	Conhecimento; Papel social e identidade profissional; Crenças sobre capacidades; Crenças sobre consequências.
2	Gostaria que contassem sobre suas experiências na assistência a pacientes com demandas de saúde mental no contexto da APS.	Memória, atenção e processos decisórios; Emoções; Habilidades.
3	Como foi para vocês essa experiência? Quais foram as dificuldades e potencialidades? Quais sentimentos foram gerados?	Emoções; Contexto ambiental e recursos; Crenças sobre capacidades; Influências sociais.
4	Qual a visão de vocês sobre a competência do médico de família e comunidade no cuidado a esses indivíduos, considerando a equipe multiprofissional?	Papel social e identidade profissional; Crenças sobre capacidades; Influências sociais.
5	Quais as necessidades de conhecimentos, habilidades e atitudes para o cuidado a indivíduos com demandas de saúde mental na APS?	Conhecimento; Habilidades; Papel social e identidade profissional; Crenças sobre capacidades

6	Como avaliam a formação na graduação e na residência? Que elementos contribuíram para a assistência atual?	Conhecimento; Habilidades; Reforço; Contexto ambiental e recursos
7	Sobre as dificuldades, falem sobre o manejo médico biológico e sobre questões pessoais e ético-profissionais.	Habilidades; Emoções; Valores profissionais e ética; Papel social e identidade profissional
8	Quais necessidades relacionadas à capacitação para o atendimento em saúde mental vocês identificam na formação do médico generalista e de família?	Conhecimento; Habilidades; Crenças sobre capacidades; Contexto ambiental e recursos
9	Quais estratégias poderiam contribuir para o enfrentamento das necessidades identificadas?	Regulação comportamental; Metas; Reforço; Contexto ambiental e recursos
10	Qual a experiência de vocês na participação do grupo de hoje? Gostariam de compartilhar algo não discutido?	Emoções; Influências sociais; Regulação Comportamental

Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

### 4.3. Procedimentos de análise dos dados

Após a realização dos dois GF, as gravações em áudio foram transcritas integralmente pelo pesquisador, com o auxílio do software de código aberto Google Collaboratory, seguido de revisão manual.

Os dados foram analisados por meio da técnica de análise temática. A análise temática, conforme Braun e Clarke (2012), é um método qualitativo flexível que permite identificar, organizar e interpretar padrões de sentido (temas) a partir de dados empíricos. Trata-se de uma abordagem acessível e teoricamente neutra, frequentemente utilizada em pesquisas aplicadas na área da saúde. O processo envolve seis etapas principais: (1) familiarização com os dados; (2) geração de códigos iniciais; (3) busca por temas; (4) revisão dos temas; (5) definição e nomeação dos temas; e (6) produção do relatório analítico. Essas etapas orientam o pesquisador desde a imersão inicial até a construção interpretativa dos achados, conferindo rigor e transparência à análise qualitativa (BRAUN; CLARKE, 2012). Reconhecida por sua flexibilidade e ampla aplicabilidade em pesquisas qualitativas nas áreas da saúde e da educação (GARCIA; FERREIRA, 2022). Embora essa técnica não exija um referencial teórico prévio, neste estudo optou-se por utilizar como base analítica o Theoretical Domains Framework (TDF), que possibilitou uma interpretação sistematizada e estruturada dos fatores que influenciam os comportamentos profissionais relacionados ao cuidado em saúde mental e, com isso, uma análise das competências médicas necessárias nesse processo para um cuidado de

qualidade.

Após as etapas de transcrição, leitura flutuante, codificação e organização das falas, foram identificados 18 núcleos de sentido, agrupados em duas categorias temáticas centrais. Essas categorias refletem, de forma interdependente, dimensões complementares do sistema de cuidados em saúde mental na Atenção Primária à Saúde (APS), reveladas nas percepções de residentes e preceptores participantes do estudo.

A seguir, apresenta-se a Tabela 1, que sistematiza os 18 núcleos de sentido identificados a partir da análise temática das falas dos participantes, com uma breve descrição de cada um deles. Esses núcleos subsidiaram a construção das categorias analíticas detalhadas nas seções seguintes.

Quadro 5 – Núcleos de sentido identificados na análise temática

<b>Núcleo</b>	<b>Título</b>	<b>Descrição</b>
Núcleo 1	Proximidade e vínculo com os pacientes	Relatos que enfatizam a importância da relação interpessoal, a confiança e o acolhimento no contato inicial e contínuo com os pacientes.
Núcleo 2	APS como porta de entrada e referência em saúde mental	Falas que evidenciam o papel da APS como primeiro ponto de contato, responsável por triagem, encaminhamento e acompanhamento.
Núcleo 3	Dificuldade no acesso a especialistas e serviços especializados	Situações em que os participantes apontam barreiras para encaminhamentos ou acesso a serviços especializados.
Núcleo 4	Uso de terapias complementares	Relatos em que são mencionadas práticas alternativas como complemento ao tratamento convencional.
Núcleo 5	Influência do contexto social no adoecimento mental	Fatores socioeconômicos, familiares e ambientais que influenciam o surgimento e manutenção dos transtornos.
Núcleo 6	Desafios na adesão ao tratamento	Dificuldades quanto ao engajamento dos pacientes no tratamento por fatores diversos.
Núcleo 7	A importância dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS)	Relevância dos ACS no acompanhamento domiciliar e manutenção do vínculo com os pacientes.

Núcleo 8	Limitações estruturais da APS	Problemas como desabastecimento, falta de recursos, infraestrutura precária e tempo insuficiente.
Núcleo 9	Interdisciplinaridade no cuidado em saúde mental	Colaboração entre diferentes profissionais e integração das ações da equipe.
Núcleo 10	Necessidade de capacitação contínua dos profissionais	Importância do aprimoramento constante das competências técnicas e interpessoais.
Núcleo 11	Grupos terapêuticos como estratégia de cuidado	Criação ou renovação de grupos de saúde mental como estratégia de enfrentamento e vínculo.
Núcleo 12	Dificuldades na Rede de Apoio ao paciente com transtornos mentais	Carência ou fragilidade das redes de apoio e dificuldade de integração com outros serviços.
Núcleo 13	Impacto da burocracia na assistência ao paciente na APS	Entraves burocráticos como dificuldade na renovação de receitas e encaminhamentos.
Núcleo 14	Limitação da formação em saúde mental na graduação	Críticas à formação acadêmica e valorização da prática durante a residência.
Núcleo 15	Necessidade de apoio especializado e capacitação para casos complexos	Dificuldades em lidar com casos que exigem atenção mais intensiva e suporte especializado.
Núcleo 16	Importância da articulação entre APS e CAPS	Integração entre APS e centros especializados, ressaltando a importância de uma rede bem articulada.
Núcleo 17	Importância das habilidades interpessoais do médico de família	Foco na comunicação, escuta qualificada e construção de confiança.
Núcleo 18	Necessidade de melhor remuneração para fixação de especialidades	Dificuldade de atrair e manter especialistas devido à remuneração inadequada.

Fonte: Elaborado pelo autor, com base na análise dos dados da pesquisa (2025).

Em sequência, apresenta-se o Quadro 6, que reúne os 18 núcleos de sentido identificados em agrupamentos temáticos maiores, de acordo com sua afinidade conceitual e proximidade semântica. Esses agrupamentos foram organizados em quatro eixos analíticos — Estrutura da APS, Relação Terapêutica, Interdisciplinaridade e Determinantes Socioambientais — os quais dialogam diretamente com os domínios teóricos do Theoretical Domains Framework (TDF).

Quadro 6 – Agrupamento temático dos núcleos de sentido conforme os domínios do TDF

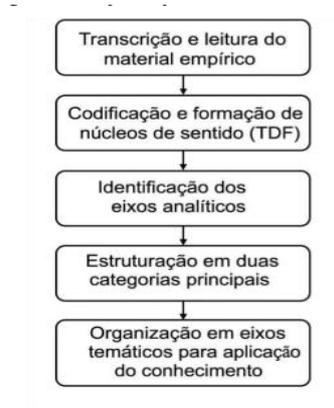
<b>Eixos analíticos</b>	<b>Núcleos de sentido contemplados</b>	<b>Domínio do TDF correspondente</b>
Estrutura da APS	APS como porta de entrada e referência em saúde mental (2); Dificuldade no acesso a especialistas e serviços especializados (3); Limitações estruturais da APS (8); Impacto da burocracia na assistência ao paciente na APS (13); A importância da articulação entre APS e CAPS (16); A necessidade de melhor remuneração para fixação de especialistas na rede SUS (18).	Contexto Ambiental e Recursos (Oportunidade)
Relação terapêutica	Proximidade e vínculo com os pacientes (1); Uso de terapias complementares (4); Desafios na adesão ao tratamento (6); Necessidade de capacitação contínua dos profissionais (10); A limitação da formação em saúde mental na graduação (14); Importância das habilidades interpessoais do médico de família (17).	Capacidades; Conhecimento (Capacidade); Identidade e Papel Profissional/Social; Influências Sociais; Emoção; Crenças sobre capacidade (Motivação)
Interdisciplinaridade cuidado	A importância dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) (7); Interdisciplinaridade no cuidado em saúde mental (9); Grupos terapêuticos como estratégia de cuidado (11); A necessidade de apoio especializado e capacitação contínua para o manejo de casos complexos (15).	Identidade e Papel Profissional/Social; Influências Sociais; Emoção (Motivação).
Determinantes socioambientais	Influência do contexto social no adoecimento mental (5); Dificuldades na Rede de Apoio ao paciente com transtornos mentais (12).	Contexto Ambiental e Recursos (Oportunidade); Influências Sociais (Motivação).

Fonte: Elaborado pelo autor, com base na análise dos dados da pesquisa (2025).

Após a organização dos núcleos de sentido em quatro eixos analíticos — estrutura da APS, relação terapêutica, interdisciplinaridade no cuidado e determinantes socioambientais — foi realizada uma etapa de abstração analítica, própria da análise temática, conforme orientações de Braun e Clarke (2006). Essa etapa buscou identificar convergências e complementaridades entre os eixos, de modo a sintetizar os achados em conjuntos de significado mais amplos e articulados. Como resultado, os eixos foram agrupados em duas grandes categorias analíticas, que expressam dimensões centrais para a compreensão das competências necessárias ao cuidado em saúde mental na APS: (1) práticas clínicas e relacionais no cuidado em saúde mental na APS e (2) elementos estruturais e organizativos que condicionam a prática profissional. Essa reorganização seguiu critérios de afinidade temática, coerência com os referenciais teóricos utilizados (TDF e KTA) e pertinência para a construção do produto proposto.

Em seguida, como etapa de síntese aplicada, os núcleos de sentido foram reorganizados com foco prático-formativo, de modo a orientar a construção do produto. Essa reorganização originou os chamados eixos temáticos, que representam conjuntos de competências relacionadas a diferentes dimensões do cuidado em saúde mental na APS.

Abaixo apresenta-se um fluxograma ilustrativo sobre o processo de trabalho



Fonte: Elaborado pelo autor, com base na análise dos dados da pesquisa (2025).

O quadro 7 sintetiza o resultado de todo o processo analítico realizado.

Quadro 7 – Síntese das Categorias: principais núcleos de sentido, eixos temáticos e domínios do TDF

<b>Categoria</b>	<b>Eixo analítico</b>	<b>Eixo temático</b>	<b>Núcleo de sentido</b>	<b>Domínios do TDF</b>
O cuidado em saúde mental na APS	Relação terapêutica e Interdisciplinaridade	Relação terapêutica e vínculo	1,6,17	Identidade profissional, Emoção, Crenças sobre capacidades
		Práticas complementares	4,11	Capacidades, Recursos ambientais, Conhecimento
		Formação e capacitação	14,10	Conhecimento, Habilidades, Crenças sobre capacidades
		Interdisciplinaridade e trabalho em equipe	7, 9	Influências sociais, Contexto ambiental e recursos

A estrutura da rede de cuidado e seus desafios	Estrutura da APS e Determinantes socioambientais	Papel da APS e limitação estrutural	2, 3, 8	Contexto ambiental e recursos, Crenças sobre consequências
		Burocracia e entraves institucionais	13	Normas sociais e regulatórias, Crenças sobre consequências
		Determinantes sociais e apoio comunitário	5, 12	Influências sociais, Contexto ambiental
		Integração com a rede especializada	15, 16	Recursos organizacionais, Influências sociais
		Valorização e fixação de especialistas	18	Contexto ambiental, Sustentabilidade do cuidado

Fonte: Elaborado pelo autor, com base na análise dos dados da pesquisa (2025).

Embora apresentadas separadamente para fins analíticos, as categorias são interligadas e indissociáveis, compondo um panorama complexo e articulado do cuidado em saúde mental na atenção básica, conforme vivenciado pelos médicos em formação e seus preceptores. Tal organização contribuiu para uma compreensão mais abrangente das experiências e dos fatores que influenciam o cuidado em saúde mental na Atenção Primária à Saúde, possibilitando a identificação de competências para essa prática e facilitando a elaboração do produto proposto neste estudo.

#### 4.4. Questões éticas

O estudo foi realizado de acordo com as diretrizes éticas vigentes, analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFMS, sob Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) nº.81580924.0.0000.0021 e parecer nº.7.060.058. Todos os participantes foram informados de maneira clara e objetiva sobre os pressupostos deste estudo, por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice I). A participação foi voluntária, sem qualquer tipo de remuneração, e os participantes puderam desistir de sua contribuição a qualquer momento, sem prejuízo.

## 5. RESULTADOS

Do total de 16 profissionais médicos, um era preceptor e 15 eram residentes, dos quais 06 estavam no primeiro ano de residência e 09 no segundo ano, com idade entre 25 e 42 anos

(Me= 31 anos). A maioria era do sexo feminino (n=9), referiu ser casada ou viver em união estável (n = 10), não possuir filhos (n = 12) e autodeclarou-se da cor branca (n=10), seguido da cor parda (n=4), cor preta (n=1) e amarela (n=1).

Em relação à formação médica a nível de graduação, 08 eram egressos de instituições de ensino regional (federal, estadual ou privada), 06 de outros estados e 02 de outros países (Bolívia e Paraguai), com validação do diploma no Brasil. O tempo de formação na graduação variou de 01 a 08 anos (M=3,6 anos).

A maioria dos participantes (n = 8) não possuía outra formação superior, mas sete profissionais relataram formações prévias em outras áreas, incluindo enfermagem (n=2), engenharias (n=2), fisioterapia (n=1), bioquímica (n=1) e pedagogia (n=1). Um dos participantes possuía duas graduações anteriores, em Fisioterapia e Bioquímica.

Com relação à formação médica complementar, três profissionais relataram pós graduações lato sensu nas áreas de medicina do esporte, cuidados paliativos e perícia médica, e um curso de preceptoria. Destaca-se que um mesmo profissional declarou ter pós-graduação tanto em medicina do esporte quanto em cuidados paliativos.

Quanto ao tempo disponível para estudo referido pelos participantes, além das ocupações com residência ou preceptoria, este variou entre uma a 20 horas semanais (M=8,2 horas).

A seguir, as duas categorias temáticas emergidas da análise dos GF são apresentadas.

### **5.1. Categoria 1 – O cuidado em saúde mental na APS**

Esta categoria abrange as experiências e as percepções dos profissionais médicos participantes no cuidado em saúde mental realizado no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS). Ela contempla aspectos relacionados ao vínculo terapêutico, à prática clínica cotidiana, à comunicação, à formação profissional e ao trabalho em equipe interdisciplinar.

Relação terapêutica e vínculo com os pacientes como ferramenta para o cuidado em saúde mental. Na perspectiva dos profissionais participantes, o acolhimento do usuário pelo médico da APS é a primeira ação que o médico da MFC precisa ter quando inicia um novo caso. E eles referem que é essencial para a inserção do usuário no serviço:

Pra mim, saúde mental é isso. É você sentar com a pessoa e perguntar como ela está. Não tem fórmula, não tem receita. Tem presença (GF tarde). Acredito que o médico, primeiramente, ele tenha que fazer o acolhimento desse paciente, principalmente ali na atenção primária à saúde. Ele tem que acolher esse paciente dentro do serviço para poder realmente esse paciente se inserir ali e estar buscando o serviço novamente (GF

tarde).

Entretanto, esse primeiro contato com o usuário é percebido como desafiador, visto que há a necessidade de coletar, organizar e sistematizar as diferentes informações que são compartilhadas nesse momento:

A gente escuta muita coisa. Tem depressão, tem ansiedade, mas tem também fome, abuso, racismo, solidão. Isso tudo está junto (GF tarde). É muito interessante você poder fazer o primeiro contato desse paciente e elucidar o que tá acontecendo com ele ali, dentre várias queixas que ele traz ao mesmo tempo, ou então uma forma que ele se apresenta naquele momento, é você poder tirar água de pedra, leite de pedra, então é bem interessante essa experiência do MFC. Acredito que essa seja a maior chave da residência em si, montar um quebra-cabeça toda vez que alguém entra no seu consultório (GF tarde).

“Talvez esse processo de envolver o paciente seja uma das ferramentas que a gente aprende na atenção primária, que é aquela coisa de negociação e tudo mais” (GF manhã).

Nesse sentido, o vínculo e a proximidade com a população adscrita no território foram indicados como importantes para o cuidado em saúde mental por permitirem o conhecimento mais completo dos usuários, de suas famílias, e do contexto em que estão inseridos:

Eu acho que, apesar de a gente estar só há quase um ano na residência, mas alguns pacientes a gente conhece muito bem. A gente conhece a família, já foi em casa, tem um conhecimento do contexto do transtorno (mental) que a pessoa está passando no momento (GF manhã).

A relação de confiança entre médico e usuário também foi mencionada como facilitadora no compartilhamento de experiências e demandas relacionadas às condições de saúde. Essas relações contribuem, na percepção dos participantes, para uma maior adesão ao serviço e ao tratamento:

Porque às vezes eu tô com um desses pacientes, eu fiz o pré-natal e cuidei dela, tô cuidando do bebê agora, e aí ela tá com sintomas depressivos depois por conta de uma separação. Então, eu já tô acompanhando ela há mais tempo, então eu já tenho um certo vínculo, e foi bem legal essa troca assim depois, sabe? Então ela conseguiu se abrir, eu acho que isso é uma das coisas mais importantes que a gente tem na APS (GF manhã). Então eu acho que quando a gente está muito próximo da família, a gente já tem esse vínculo, às vezes fica mais fácil de fazer o paciente também aderir para um tratamento que a gente está fazendo (GF manhã). Mas é legal ver que muitas vezes eles também voltam com isso pra gente perguntando a nossa opinião. Então o vínculo eu acho que é uma das coisas mais valiosas que a APS a gente tem, né? (GF manhã).

Este eixo temático sintetiza a importância da comunicação terapêutica, do estabelecimento de vínculo, do conhecimento aprofundado sobre o contexto no qual as condições de saúde e os cuidados se produzem. As “competências comunicacionais e

relacionais” sustentadas pelos domínios analíticos “identidade profissional”, “crenças sobre capacidades” e “emoções” do TDF são identificadas.

### **5.1.1. Práticas integrativas e complementares e estratégias de cuidado ampliado**

Alguns participantes destacaram o uso de estratégias e/ou práticas que possibilitam a ampliação e potencializam o cuidado em saúde mental na lógica da APS, da organização assistencial das ESF e do território:

Então não só dentro do consultório, mas os espaços, assim, quando é efetivo, você consegue construir, montar um grupo de saúde mental efetivo ali dentro da unidade, se torna um ambiente de convivência também, dentro da própria unidade, com os outros pacientes e com os profissionais ali presentes.

Então é um espaço, assim, o termo que eu encontrei melhor para definir, mas acho que não é legal ainda, é um espaço de ancoragem do cuidado desse paciente e ele ter essa referência” (GF manhã).

Essas abordagens são frequentemente utilizadas como forma de complementar o tratamento medicamentoso, especialmente em contextos com limitações de acesso a serviços especializados. A oferta e a condução de grupos, em suas diferentes configurações, foram mencionadas como uma tecnologia efetiva para o cuidado, para a produção de espaços coletivos de escuta e acolhimento, para a educação em saúde e para fortalecimento de vínculos.

Agora de ponto de estratégias que a gente tenta para abarcar os problemas de saúde mental, [...] a questão de ter um grupo de saúde mental. É uma estratégia muito interessante, até que minha preceptora é muito boa nessa questão de saúde mental, estou aprendendo bastante com ela, que a gente sempre trabalha questões de educação, psicoeducação e saúde, por exemplo, técnicas de meditação, [...] do risco de dependência de benzodiazepínicos, que foi uma estratégia bem interessante, porque depois os pacientes começaram a procurar também para tentar aumentar a desprescrição. Acho que a criação de grupos de saúde mental, dada a demanda que a gente tem dessas queixas na unidade, é uma estratégia interessante até para o fortalecimento do vínculo (GF manhã).

A gente preconiza que a renovação de medicações controladas também seja feita nesse grupo, de forma a liberar um pouco a agenda da equipe, desafogar um pouco o acolhimento. Mas os pacientes gostam tanto, porque geralmente a gente renova as medicações controladas a cada dois meses, mas eles vêm participar mesmo que não seja para renovação, então acho que é uma estratégia bacana para a gente enfrentar essa situação complexa que a gente tem em relação à saúde mental (GF manhã).

Assim como a implementação das Práticas Integrativas Complementares (PIC), destacadas como tecnologia importante para a assistência em saúde mental na perspectiva da APS e de sua lógica de produção de cuidado.

“Fora as outras terapias que a gente faz na sociedade, que a gente faz aromaterapia, a gente faz agulhamento a seco, tem acupuntura também. Então tem outras técnicas que a gente aborda, que não são só a medicação, que ajudam naquele tratamento” (GF manhã).

Esses trechos se articulam aos domínios do TDF relacionados a “Capacidades”, “Recursos Ambientais” e “Conhecimento”, demonstrando a busca dos profissionais por alternativas terapêuticas e construção de sentido no cuidado. Destarte, competências organizativas e interdisciplinares emergiram desses resultados.

### **5.1.2. Formação e o desenvolvimento de competências interpessoais**

Os profissionais participantes referiram algumas competências que percebem como essenciais para esse cuidado, como identificar demandas de saúde mental na população, realizar a avaliação e anamnese, desenvolver o raciocínio clínico e propor terapêutica adequada. Para isso, é importante ter conhecimento e habilidade em realizar entrevista, conhecer os principais transtornos mentais, fazer diagnóstico, saber realizar a prescrição do tratamento farmacológico.

Acho que é uma coisa primordial que a gente aprende a desenvolver, tanto durante a formação quanto agora na residência. Acho que é uma coisa que a gente tem de aprimorar a cada dia (GF - tarde). Mas eu acho que a competência, assim, é reconhecer, identificar e saber, pelo menos, iniciar um tratamento, considerando que o médico é esse clínico que ele é especialista, que é um especialista. E aí saber, compartilhar o cuidado com a equipe (GF - tarde).

Outra coisa é realmente ele fazer os diagnósticos. Então essa é uma competência, é uma habilidade que ele tem que ter de conseguir fazer uma boa anamnese psiquiátrica, para poder identificar uma boa entrevista, para identificar o que esse paciente tem de transtorno, de dificuldade, de problema que ele precisa de auxílio do profissional. (GF - tarde).

Outra coisa é ele ser um bom prescritor. Então ele tem que saber as classes das medicações, quais são as primeiras linhas, segundo as linhas de tratamento, pelo menos, para poder prover algum apoio farmacológico para esse paciente, além do apoio psicológico (GF- tarde).

Contudo, as lacunas na formação inicial do profissional médico (graduação) apareceram como um fator que interfere no desenvolvimento dessas competências:

Bom, eu acho que em relação a esse tópico (formação em saúde mental) e acho que no geral, assim, a formação na faculdade eu acho que ela é insuficiente. Acho que esses dois anos de MFC eles deveriam ser obrigatórios para todo mundo. Acho que a gente teve um diferencial como médico de família (GF - tarde).

“A minha formação (em saúde mental) também acho que foi um pouco como médico da graduação, foi também um pouco deficitária, como a colega falou” (GF - tarde).

“E que talvez merecesse um pouquinho mais. Sei que a nossa formação não é exclusiva de saúde mental, mas ajudou bastante na hora de identificar os casos e potencializar o tratamento do paciente mesmo” (GF - tarde).

Então isso tudo ajuda para a gente ter uma fundamentação maior do nosso conhecimento. Então acho que é muito importante a faculdade em si para dar o pontapé inicial, para a gente aprender a entender o que é cada tipo de distribuição da psiquiatria (GF - tarde).

A formação nos cursos de graduação foi indicada como centrada para indivíduos com transtornos mentais nos níveis de atenção secundários e terciários. O que possibilita o desenvolvimento de algumas competências, mas dificulta a formação para cuidar desse indivíduo na atenção primária:

Bem, eu me formei em uma instituição. Lá a gente tem um hospital, tem um ambulatório de psiquiatria, então vejo que é um diferencial muito bom. A gente teve um contato legal com pacientes psiquiátricos que são passíveis de encaminhamento para atenção secundária e terciária (GF - tarde).

Eu acho que não me ajudou no preparo para atender pacientes com demanda de saúde mental na atenção primária, muito pelo contrário, deu uma mascarada. Tanto que muitas demandas eu tive alguma dificuldade em reconhecer que era saúde mental porque eu estava acostumada com um certo estereótipo que eu vi na faculdade (GF - tarde).

“Eu acredito que, pela formação que eu tive na universidade, a gente passava por muito que o ambulatório no CAPS, principalmente tanto no adulto quanto no infante juvenil, álcool e drogas” (GF - tarde).

A minha também foi um pouco voltada para o paciente terciário e não muito aquele contato mais humanizado, mas já na residência a gente conseguiu fazer esse acompanhamento desses pacientes e fazer essa discussão de caso com os preceptores”(GF - tarde).

Os profissionais médicos ressaltaram que a formação por meio do trabalho, a exemplo da proposta pelos cursos de residências médicas, em MFC possibilita o aprendizado prático, fundamental para desenvolver abordagens mais humanizadas e eficazes:

“Mas agora, aprender a tratar além de um Inibidor Seletivo de Recaptação de Serotonina ou antidepressivo tricíclico, isso eu acredito que só na residência a gente vai ter um aprofundamento maior” (GF - tarde).

“E principalmente também para diagnosticar e poder fazer um diagnóstico diferencial dos tipos de transtornos, na residência a gente ganha uma consubstancialidade muito maior para isso” (GF - tarde).

“Até porque na estrutura formativa da nossa residência a gente tem muita parte de saúde mental nas aulas e nas discussões, sessões clínicas, então acredito que é muito florido também nos pacientes na prática” (GF - tarde).

“Acho que é uma coisa primordial que a gente aprende a desenvolver, tanto durante a formação quanto agora na residência. Acho que é uma coisa que a gente tem de aprimorar a cada dia. Acho que é isso”(GF - tarde).

Além, é claro, das aulas de questões biológicas que a gente tem, essa bagagem mesmo conteudista, de técnico, acho que as coisas subjetivas que a gente aprende na residência, que às vezes não dá para mensurar, que é em relação à comunicação, é uma coisa que a gente aprende na residência (GF - tarde).

A necessidade de capacitação contínua foi ressaltada, não apenas no que se refere ao conhecimento técnico, mas especialmente ao desenvolvimento de habilidades interpessoais, como escuta qualificada e comunicação empática:

“Ver que a gente precisa estudar cada vez mais e tentar ajudar mesmo o paciente, não só na parte de medicamento, como também no que a gente pode fazer além do medicamento para o paciente” (GF - tarde).

“Porque facilita bastante você ter essas atualizações ao longo dos anos, porque todo ano muda muita coisa, então acho que é uma possibilidade também de melhoria” (GF - tarde).

Esses relatos são compatíveis com os domínios do TDF “Conhecimento”, “Habilidades” e “Crenças sobre capacidades”, indicando a percepção de lacunas formativas que impactam diretamente na prática clínica em saúde mental. Como competências, identifica-se as clínicas e as organizativas.

### **5.1.3. Interdisciplinaridade e papel da equipe na APS**

O trabalho em equipe aparece como elemento facilitador do cuidado em saúde mental. A presença dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) foi citada como estratégica para o acompanhamento dos usuários no território:

Eu acredito que assim, uma coisa que acaba sendo uma potencialidade do USF é que a gente tem um ACS próximo, então esse paciente, por mais que a gente tenha acompanhamento nele no consultório, a gente também pode pedir para o ACS fazer esse acompanhamento na casa dele e lá perguntar como que está o paciente, como que ele está lidando com as medicações e fora isso também fazer as visitas domiciliares, que são um grande tripé de apoio para esse paciente. Caso seja necessário, principalmente o paciente com esquizofrenia, que muitas vezes tem dificuldade de acessar o posto de saúde por conta da própria doença, a gente pode ir atrás desse paciente e tentar a gente conseguir um acesso mais facilitado a ele (GF - tarde).

Além disso, os profissionais destacaram a importância da articulação e do compartilhamento do cuidado entre diferentes áreas de formação da equipe, como enfermagem, psicologia e serviço social, para o manejo de situações complexas:

“Eu acho que o SUS se movimenta na atenção básica com o apoio humano, assim. Nosso, tipo, todo mundo é interdisciplinar, enfermagem, assistente social, e isso daí ajuda muito o paciente, médico, né?” (GF - tarde).

Às vezes a gente paternaliza muito o cuidado de um paciente, às vezes sabemos ali a hora de a gente compartilhar com a enfermagem, às vezes discutir o caso com o serviço social. Em relação a essas habilidades, eu acho que é importante o médico realmente saber identificar essas demandas no paciente, porque se a gente não identifica, a gente não trata, se a gente não vê o que tem ali. E o que eu falei, na verdade, é saber compartilhar o cuidado (GF - tarde).

Nesse sentido, o cuidado ampliado, o trabalho e a discussão de casos em equipe e a construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS) são referidos como competências necessárias.

E fora isso, ele tem que ter relacionado já, segundo a pergunta, a competência de saber compartilhar esse cuidado entre a equipe. Ou seja, solicitar à enfermeira também para fazer consulta com esse paciente, para também conversar sobre o cuidado geral desse paciente, além da parte de prescrição (GF - tarde).

Esse médico tem que saber também conversar com a equipe nas reuniões de equipe para fazer um PTS entre a própria equipe em si. Pode incluir equipe multiprofissional, que seria muito melhor, mas até dentro da reunião de equipe falar para os ACS para ter um cuidado para procurar esse paciente na casa dele (GF - tarde).

“E a respeito da interação com os outros profissionais da saúde. No nosso programa de residência, a gente chama de residência médica e multi” (GF - tarde).

Os profissionais referiram que, quando isso ocorre, é possível identificar demandas e informações que apenas um profissional poderia não conseguir sozinho:

“Porque eles também fazem consultas de enfermagem, então eles também acabam consultando esses pacientes. Às vezes passa uma coisa despercebida por eles, que eu noto, ou então passa uma coisa despercebida comigo que eles notam” (GF - tarde).

E a gente tem essa troca de conhecimento, essa troca de diagnóstico do paciente, essa troca da vivência. A troca, por exemplo, de uma visita domiciliar que eles foram, eles trazem uma coisa assim, uma coisa um pouco rica para a gente (GF - tarde).

Essa percepção remete aos domínios do TDF “Influências sociais” e “Contexto ambiental e recursos”, reforçando a ideia de que o cuidado em saúde mental depende do

funcionamento integrado das equipes.

Em síntese, os relatos dessa categoria evidenciaram que, mais do que um espaço de triagem ou encaminhamento, a APS é percebida como um campo de construção de vínculo, escuta e acompanhamento longitudinal. A análise revelou a prática centrada na relação terapêutica, na atuação interdisciplinar e na competência técnica e interpessoal específica para o manejo adequado dos casos em saúde mental.

O quadro 8 traz a síntese dessa categoria, os domínios analíticos do TDF e as competências identificadas.

Quadro 8 - Síntese da Categoria 1: principais eixos temáticos, domínios do TDF e competências identificadas

<b>Eixo temático</b>	<b>Domínios do TDF</b>	<b>Competências</b>	<b>Competências específicas</b>
Relação terapêutica e vínculo	Identidade profissional, Emoção, Crenças sobre capacidades	Comunicacionais e relacionais	Comunicação terapêutica eficaz.
Práticas Integrativas e Complementares	Capacidades, Recursos ambientais, Conhecimento	Organizativas	Planejamento e implementação de ações preventivas e promocionais em saúde mental.
		Interdisciplinares	Compartilhamento de responsabilidades e saberes.
Formação e capacitação	Conhecimento, Habilidades, Crenças sobre capacidades	Clínicas	Diagnóstico e manejo de transtornos mentais comuns.
		Organizativas	Coordenação do cuidado em rede.
Interdisciplinaridade e trabalho em equipe	Influências sociais, Contexto ambiental e recursos	Clínicas	Reconhecimento de condições de maior complexidade que exigem matriciamento e cuidado compartilhado.
		Interdisciplinares	Trabalho colaborativo em equipes multiprofissionais.
			Compartilhamento de responsabilidades e saberes.
			Integração com diferentes atores comunitários para promoção da saúde mental.

Fonte: Elaborado pelo autor, com base na análise dos dados da pesquisa (2025).

## **5.2. Categoria 2 – a estrutura da rede de cuidados e seus desafios**

Esta categoria apresenta a experiência e percepção dos participantes sobre a influência do território nas demandas de saúde mental, o papel da APS e do MFC no cuidado a essas demandas, a organização do cuidado na RAPS e as articulações necessárias, assim como as potencialidades e os desafios estruturais, organizacionais e sociais enfrentados.

### **5.2.1. A APS como porta de entrada e eixo do cuidado**

A APS foi indicada, pelos participantes, como porta de entrada do sistema de saúde, assim como ponto de assistência e apoio para esse indivíduo desde a identificação de alguma demanda de saúde e estratificação, ao manejo e apoio a manutenção e continuidade do tratamento. O desconhecimento da rede, a inserção do serviço no território e o vínculo foram descritos como fatores que fortalecem esse papel:

Eu vejo como porta de entrada. Eles vêm pra gente primeiro porque eles também desconhecem a rede, não sabem onde ir. [...] e com um pouquinho de manejo a gente consegue iniciar (tratamento) também. Muitas vezes eles estão muito acostumados com a gente e eles veem a gente como uma forma de apoio. [...] para descobrir alguns quadros, para auxiliar no tratamento de outros e para manejar aqueles que são mais difíceis. Mesmo em apoio com outras redes (GF - tarde).

Eu também vejo a gente como uma forma de rede de apoio. Porque muitas vezes eles não têm como se deslocar até um CAPS, até um outro centro de atendimento. E acabam abandonando um tratamento com um especialista pra manter só na atenção primária (GF- tarde).

A capacidade da APS em manejar e assistir a maior parte dos casos foi enfatizada pelos participantes. Situações de maior risco como suicídio, ou transtornos mentais graves foram indicados como aqueles que o encaminhamento e o compartilhamento do cuidado com o serviço especializado é percebido como necessário:

Então eu acredito que a maioria dos casos são passíveis de serem tratados e coordenados na APS. Tem algumas especificidades que a gente necessita de apoio. Tanto lá do CAPS em si quanto do ambulatório. O ambulatório para risco de suicídio que existe. E o ambulatório também da própria psiquiatria que vai tratar de vários transtornos. Do TAB, da esquizofrenia e isso fora do ambiente do CAPS. Ele vai coexistir nos dois ambientes. E os dois ambientes tem que ser integrais com esse paciente (GF - tarde).

Contudo, eles expressaram a sobrecarga e a insuficiência de recursos locais como da

própria rede para atender às demandas com a qualidade necessária. A limitação estrutural da APS, incluindo falta de medicações, de espaços físicos adequados, e tempo insuficiente de consulta para casos complexos foram mencionados:

E outra coisa que já seria uma dificuldade nossa é por conta de um paciente que, por exemplo, está com um risco iminente de suicídio, de cometer suicídio. Nesse caso, a gente não tem uma estrutura com a pessoa que vai ficar lá, com esse paciente num leito próximo, não tem um leito de internação para esse paciente, então a gente precisa de um serviço de 24 horas e encaminhar esse paciente, que a gente consegue pela rede. Muitas vezes nem o próprio CAPS em cima de um surto de álcool e drogas, por exemplo, consegue captar o paciente (GF-tarde).

Então acredito que essa seja uma fragilidade maior da rede em si, principalmente aqui no município, falta de leito e também muitas vezes de transporte para o paciente, porque às vezes o paciente vem sozinho para o serviço e quer ambulância que vai lá buscar ele. Aí o médico lá na USF tem que ficar esperando a ambulância chegar, depois da USF ter que ir para o médico. [...] Vem o sentimento de que infelizmente a rede não está capacitada para poder atender esse paciente da forma adequada (GF - tarde).

Então um sentimento de fragilidade, um sentimento de incapacidade, para ele não poder prover, às vezes, o que ele precisaria naquele exato momento, né? Seria ir lá para a urgência, emergência, ser, às vezes, contido, né? E receber os tratamentos adequados com as medicações que a gente muitas vezes não tem nem na USF, né? Para poder prescrever (GF - tarde).

Essa tensão evidencia a fragilidade da estrutura local diante da magnitude das demandas em saúde mental e está relacionada aos domínios do TDF “Contexto ambiental e recursos” e “Crenças sobre consequências”, pois os profissionais reconhecem a responsabilidade, mas também os limites da atuação.

Essa precarização dificulta a implementação de estratégias de cuidado longitudinal e compromete o potencial resolutivo da equipe, sendo associada aos domínios do TDF “Contexto ambiental e recursos” e “Crenças sobre capacidades”.

### **5.2.2. Barreiras no acesso a serviços especializados**

A percepção de dificuldade no acesso a especialistas e serviços de saúde mental foram indicados pelos participantes, principalmente no acesso ao profissional psiquiatra. Essa barreira impacta negativamente na continuidade do cuidado e sobrecarrega a APS com casos de maior complexidade:

Eu acho que a APS, lógico que a gente também tem conhecimento técnico pra algumas coisas, né? A gente começa o tratamento de muita coisa, a gente sabe os primeiros passos, mas às vezes fogem um pouquinho da nossa alçada e a gente precisa da ajuda de um profissional (GF - manhã).

Daí então para não ser repetitivo eu gostaria de problematizar a questão do acesso à psicoterapia, que é uma coisa que me incomoda bastante, porque a gente encaminha no SISREG, demora meses, é um número muito limitado, já me falaram que acho que são cerca de cinco psicólogos por turno, no CEM, para atender Campo Grande inteiro. Então isso é ridículo em termos de política pública de saúde e gera uma frustração, porque do que a gente pode realmente ofertar para o paciente, porque por exemplo, às vezes eu tenho que pesar a mão numa paciente que talvez eu não entraria só com psicoterapia, mas não tem como oferecer psicoterapia, então eu acabo lançando mão do tratamento medicamentoso para ele (GF - manhã).

Esses relatos apontam para a desarticulação entre os níveis de atenção e reforçam a necessidade de redes de cuidado mais responsivas. Relaciona-se aos domínios do TDF “Recursos”, “Ambiente social” e “Capacidades profissionais”.

Os participantes também relataram a burocracia como um obstáculo direto à assistência, seja na renovação de receitas, no agendamento de consultas ou na autorização de encaminhamentos, gerando frustração e atrasos no cuidado:

"Então o paciente se sente acolhido e a psicologia, só que assim, a gente tem uma falha muito grande assim, de, por exemplo, de um exemplo simples, de medicação, por exemplo, a gente não consegue dar um melhorado não otimizado na medicação do paciente, por barreira burocrática mesmo, né? A gente estava conseguindo fazer renovação, um exemplo, fazer renovação dos pacientes que faziam acompanhamento com a gente lá, já tinham passado no CAPS, e estavam vindo com a gente, com aquele seguimento com a gente para renovar receita de medicamento da Casa da Saúde" (GF - tarde).

Essa dimensão revela a influência das normas institucionais e da cultura organizacional sobre o comportamento dos profissionais, associando-se aos domínios do TDF “Normas sociais e regulatórias” e “Crenças sobre consequências”.

A ausência ou fragilidade das redes sociais e comunitárias de apoio aos usuários, dificultando a continuidade do cuidado fora dos espaços formais de saúde, a vulnerabilidade social, a insegurança alimentar, a violência e os conflitos familiares foram apontados como fatores determinantes no adoecimento mental:

A gente não tinha as medicações e não estava em uso de basicamente nenhuma medicação. O irmão dela, que era o cuidador, faleceu e ela estava sozinha numa casa abandonada e comia uma vez por semana quando alguém levava comida para ela. [...] Foi um caso bem desafiador para a gente e que no final a família acabou levando ela para mais perto deles porque ela estava abandonada. E aí com a família ela conseguiu ficar, então para a gente encerrou nessa parte, mas foi uma limitação complicada (GF - tarde).

Acho que como as unidades da residência são todas em regiões periféricas, os problemas partilhados são bem comuns, essa frustração com como você vai tratar com medicina quando o problema na verdade é pobreza, desestruturação familiar, violência doméstica, enfim, é bem complexo" (GF - manhã).

### 5.2.3. Articulação entre APS e CAPS

A relação entre a APS e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) foi apontada como fundamental para um cuidado mais eficaz. Os participantes destacaram a necessidade de melhor articulação entre os serviços para garantir continuidade e integralidade do cuidado:

(...) eu também acho que nós, como os médicos de família na APS, a APS é essa porta de entrada do paciente, é onde ele vai buscar ter esse primeiro contato quando ele tem um problema de saúde mental. Então a gente também está ali como coordenador do cuidado. A gente vai fazer toda essa avaliação inicial para ver se a gente consegue manejar inicialmente os cuidados com saúde mental e a gente também que vai ter essa percepção se é algo que também a gente precisa desse apoio do especialista para fazer essa referência (GF - manhã).

Eu acredito que pra melhorar, talvez se tivesse uma redistribuição por mapa também dos pacientes para unidades de CAPS mais próximas das residências, o nosso CAPS, pelo menos da minha área, fica muito, a unidade de saúde, a minha área, fica muito distante do CAPS de referência, e tem um muito, muito, muito pertinho (GF - tarde).

Essa necessidade de integração remete aos domínios do TDF “Ambiente social”, “Recursos organizacionais” e “Influências sociais”. Por fim, a valorização profissional e a melhoria nas condições de trabalho foram apontadas como essenciais para a fixação de profissionais especializados, especialmente psiquiatras e psicólogos, na rede pública:

E eu acho que, eu vou fazer uma brincadeira, mas em torno de verdade, eu acho que uma coisa que tem que ser considerada assim, que tem que melhorar, eu acho que é o salário do psiquiatra, porque eu acho que são três anos ali bem intensos, eu acho que é uma coisa assim a ser pensada. Porque pra fixar esse profissional no SUS eu acho que tá difícil com o que tá sendo pago hoje em dia, mas eu acho que isso é uma realidade, é uma provocação assim, não só uma brincadeira, mas uma provocação (GF - tarde).

Esse aspecto reforça o domínio do TDF “Contexto ambiental e recursos”, afetando diretamente a sustentabilidade das estratégias de cuidado em saúde mental. Os participantes apontaram limitações tanto no nível interno da APS quanto na articulação com os demais pontos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), bem como a influência de fatores socioeconômicos no adoecimento e na continuidade do cuidado.

Quadro 9 – Síntese da Categoria 2: principais eixos, núcleos e domínios do TDF

Eixo temático	Domínios do TDF	Competências	Competências específicas
---------------	-----------------	--------------	--------------------------

Papel da APS e limitação estrutural	Contexto ambiental e recursos, Crenças sobre consequências	Organizativas	Capacidade de identificar os limites operacionais da APS. Gestão do cuidado frente a recursos escassos.
Burocracia e entraves institucionais	Normas sociais e regulatórias, Crenças sobre consequências	Organizativas	Capacidade de lidar com exigências institucionais. Resolução de barreiras administrativas no cuidado.
Determinantes sociais e apoio comunitário	Influências sociais, Contexto ambiental	Interdisciplinares e sociais	Reconhecimento dos determinantes sociais no adoecimento. Articulação com redes comunitárias de apoio
Integração com a rede especializada	Recursos organizacionais, Influências sociais	Organizativas e clínicas	Coordenação com CAPS e outros pontos da RAPS. Encaminhamentos adequados e acompanhamento compartilhado.
Valorização e fixação de especialistas	Contexto ambiental, Sustentabilidade do cuidado	Político-institucionais	Compreensão das condições estruturais para retenção de profissionais. Defesa da valorização do cuidado especializado.

Fonte: Elaborado pelo autor, com base na análise dos dados da pesquisa (2025).

## 6. DISCUSSÃO

Os resultados permitiram compreender a experiência dos participantes em relação ao cuidado em saúde mental na APS e sua complexidade, assim como identificar as potencialidades e fragilidades na oferta desse cuidado. Eles indicaram a necessidade de formação para a aquisição de competências comunicacionais, clínicas, organizativas e interdisciplinares para a oferta de uma assistência integral e centrada nas necessidades de cada indivíduo (BRASIL, 2020; ACGME, 2023).

A escuta clínica qualificada, o estabelecimento de vínculos terapêuticos consistentes e a comunicação interpessoal sensível emergiram, nesta pesquisa, como elementos estruturantes da atuação médica em saúde mental no contexto da APS. As experiências e percepções compartilhadas pelos participantes indicaram que o cuidado em saúde mental é vivido como

um processo relacional, o que demonstra que o seu êxito necessita, além de competências clínicas para avaliação e cuidado, da presença ética e afetiva do profissional (McWHINNEY, 1995; ANDERSON; SAVASSI, 2021).

As competências como escuta qualificada e estabelecimento de vínculos terapêuticos estão relacionadas à concepção de tecnologias leves, que estruturam a clínica na APS. A comunicação, nesse contexto, não é apenas um instrumento de coleta de dados, mas um ato clínico capaz de produzir saúde na medida em que reconhece a singularidade do outro, estabelece confiança e possibilita a corresponsabilização no cuidado (MERHY, 2005; COELHO; JORGE, 2009).

É nesse sentido que o cuidado em saúde mental na APS é também um cuidado situado, que se realiza no território e é perpassado por determinantes sociais, violências estruturais e marcadores sociais da diferença (ARAÚJO; ROCHA, 2007; GONÇALVES, 1994). Ele deve compreender o caráter biopsicossocial e interseccional do sofrimento psíquico, que exige do profissional uma escuta para além da sintomatologia (CAMPOS, 2000; LIMA et al., 2021). O ato de cuidar, nesse contexto, é também intervir no mundo da vida (HABERMAS, 1987) do sujeito e articular respostas intersetoriais. O que implica em uma clínica da integralidade, na qual o sentido do cuidado ultrapassa a resolução de queixas, para abranger os projetos de vida das pessoas (AYRES, 2004; CAMPOS, 2000; STIVAL et al., 2024).

A gestão de demandas complexas em saúde mental na Atenção Primária à Saúde exige um modelo clínico que vá além da abordagem biomédica centrada na doença. A ênfase no vínculo terapêutico como central no manejo de situações de sofrimento psíquico se alinha a referenciais como o cuidado centrado na pessoa e a noção de clínica ampliada. Esses referenciais deslocam o foco da doença para a experiência da pessoa, exigindo do médico habilidades relacionais complexas, como escuta ativa, empatia, manejo de silêncios e capacidade de construir narrativas compartilhadas com os pacientes (McWHINNEY, 1995; CAMPOS, 2000; ACGME, 2023; BRASIL, 2020).

O cuidado centrado na pessoa, como proposto por McWhinney (1995; 1996), desloca o foco da intervenção do diagnóstico para a experiência vivida pelo sujeito, valorizando suas narrativas, seus vínculos e seu projeto de vida. Essa abordagem demanda do profissional não apenas habilidades técnicas, mas sobretudo capacidades relacionais e éticas, como escuta ativa, empatia e construção de confiança mútua.

A clínica ampliada, por sua vez, reforça a necessidade de considerar o sujeito em sua integralidade, articulando dimensões biológicas, psicológicas, sociais e culturais do adoecimento (CAMPOS, 2000). Nessa perspectiva, o cuidado é compreendido como processo

dialógico, compartilhado e situado no território, o que exige o reconhecimento dos determinantes sociais da saúde e das dinâmicas coletivas que atravessam o sofrimento psíquico.

Assim, tanto o cuidado centrado na pessoa quanto a clínica ampliada oferecem aportes teórico-práticos para qualificar o manejo de situações de sofrimento na APS, promovendo uma clínica mais humanizada, resolutiva e comprometida com a autonomia dos sujeitos.

A presença consistente, o acolhimento sem julgamento e a manutenção de um vínculo longitudinal tornam-se, portanto, elementos terapêuticos, sobretudo em situações de sofrimento difuso ou de transtornos mentais leves a moderados, cuja abordagem na APS é prioritária segundo diretrizes nacionais, como a Linha de Cuidado para Atenção à Saúde Mental de Santa Catarina (SANTA CATARINA, 2021), e internacionais como o mhGAP Intervention Guide (WHO, 2016).

Contudo, embora os participantes demonstraram reconhecer a importância dessas tecnologias leves no cuidado em saúde mental na APS, eles apontaram as dificuldades para sustentá-las em seu cotidiano de trabalho. As limitações de tempo, a alta demanda e a insegurança técnica frente aos casos de sofrimento mental intenso apareceram como barreiras. Ademais, a fragilidade e as lacunas da formação médica básica (graduação) para a assistência em saúde mental, ainda centrada na especialidade e ausente no contexto da APS, foram mencionadas pelos participantes.

De acordo com Souza et al. (2020), grande parte dos médicos da APS relata sentir-se despreparada para lidar com questões de saúde mental, o que impacta diretamente na resolubilidade do cuidado e na qualidade da atenção prestada. Campos e Belisário (2018) destacam que a formação tradicional negligencia as condições psíquicas mais prevalentes, favorecendo uma visão hospitalocêntrica e centrada em medicação ou encaminhamento.

Outros estudos corroboram a percepção de que a formação médica tem sido frágil em preparar adequadamente os profissionais para o cuidado em saúde mental, sobretudo no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS). Estudo de Lima et al. (2021) evidencia que a assistência em saúde mental não avança no mesmo ritmo da estruturação da APS, em parte devido à ausência de preparo dos profissionais para lidar com a complexidade dos casos.

De forma semelhante, Dimenstein, Macedo e Fontenele (2022) identificam desafios na integração da atenção psicossocial à prática cotidiana dos serviços de saúde, sinalizando fragilidades formativas. Essa realidade se reflete na insegurança técnica e na baixa resolutividade percebida pelos profissionais diante de demandas psíquicas nos territórios.

Tais resultados indicam a persistência de um modelo de formação que privilegia o saber biomédico, centrado na doença, no procedimento técnico e na atenção especializada e

hospitalar. Essa crítica converge com resultados presentes em diversos estudos da área (SOUZA et al., 2020; CAMPOS; BELISÁRIO, 2018), que identificaram, na formação médica brasileira, uma ênfase desproporcional no conhecimento técnico-científico em detrimento das dimensões éticas, relacionais e psicossociais do cuidado.

Destarte, a lógica formativa baseada em tecnologias duras (MERHY, 2005) leva à centralidade do encaminhamento para especialidades como estratégia clínica diante do sofrimento psíquico, fragilizando a capacidade resolutiva da APS e contribuindo para a fragmentação do cuidado em saúde mental (DIMENSTEIN; MACEDO; FONTENELE, 2022). Essa concepção da saúde mental como um cuidado especializado, alheio ao escopo da atenção primária, também foi identificada em outros estudos e representa um dos principais entraves para a consolidação da atenção psicossocial no território. Tal perspectiva mantém a lógica de encaminhamento para os serviços de média e alta complexidade como principal estratégia clínica diante do sofrimento psíquico, desresponsabilizando a APS de sua função resolutiva e contínua (DIMENSTEIN; MACEDO; FONTENELE, 2022; LIMA et al., 2021).

Esse entendimento fragmentado do cuidado contribui para o reforço da dicotomia entre saúde física e saúde mental, dificultando a construção de práticas integradas e interdisciplinares na base do sistema. Além disso, evidencia a persistência de um modelo biomédico de atenção, centrado em diagnósticos e intervenções técnicas, em detrimento de abordagens relacionais e contextuais, como propõem os referenciais da clínica ampliada e da integralidade do cuidado (CAMPOS, 2000; AYRES, 2004).

Os profissionais, desprovidos de competências de escuta qualificada, vínculo e gestão do sofrimento subjetivo, sentem-se inseguros para intervir, mesmo diante de quadros leves ou moderados — justamente aqueles mais prevalentes e prioritários no cotidiano da APS (CARVALHO et al., 2014; WHO, 2016).

A insegurança dos médicos da APS em manejar situações de sofrimento psíquico é um fator recorrente, especialmente diante da ausência de formação adequada e da escassez de suporte interdisciplinar contínuo também está presente na pesquisa realizada por Dimenstein, Macedo e Fontenele (2022). Nesse estudo, os autores demonstram que muitos profissionais ainda concebem o cuidado em saúde mental como responsabilidade de especialistas, o que gera resistência e hesitação frente a casos leves ou moderados, os quais, segundo as diretrizes nacionais e internacionais, deveriam ser prioritariamente acolhidos na APS (CARVALHO et al., 2014; WHO, 2016).

Como consequência, observa-se a reprodução de uma clínica excludente e estigmatizante, em que o sujeito com transtorno mental é reduzido ao diagnóstico, com pouca

ou nenhuma abordagem de suas demais condições de saúde, contexto social ou projeto de vida. Essa fragmentação do cuidado, além de comprometer a integralidade preconizada pelo SUS, aprofunda a vulnerabilidade dessas pessoas e reforça estereótipos que afastam ainda mais o cuidado da lógica da clínica ampliada e da atenção centrada na pessoa (CAMPOS, 2000; AYRES, 2004).

Outro elemento importante que os participantes desse estudo indicaram foi ações de promoção e prevenção em saúde mental, principalmente sustentada por um cuidado multiprofissional com estratégias de intervenções em grupos e práticas integrativas e complementares (PICs). Tais estratégias dialogam com a lógica da atenção psicossocial na APS e reforçam a necessidade de competências clínicas e relacionais voltadas à condução de grupos de acolhimento, atividades de educação em saúde, psicoeducação e práticas comunitárias que transcendam a consulta individual (BRASIL, 2015; WHO, 2016; FERNANDES et al., 2020).

As práticas colaborativas, por sua vez, pressupõem o desenvolvimento de competências compartilhadas entre os profissionais, incluindo comunicação efetiva, liderança horizontalizada, capacidade de negociação e corresponsabilização clínica (BRASIL, 2020; WHO, 2016). A atuação em equipe multiprofissional e interdisciplinar é um dos pilares do cuidado em saúde mental na APS, como apontam Fernandes et al. (2020), ao destacarem que a resolutividade das ações da RAPS depende da articulação entre os diversos pontos da rede e da atuação conjunta entre os profissionais de saúde.

Evidencia-se, assim, uma lacuna formativa na dimensão das práticas ampliadas de cuidado, que exigem do médico habilidades de mobilização social, condução de atividades coletivas, criatividade terapêutica e trabalho interprofissional. Tais competências, embora previstas em documentos como a Resolução CNRM nº 2/2019 (BRASIL, 2019) e os Milestones da ACGME (ACGME, 2023), são com frequência negligenciadas nos currículos e nas avaliações formais dos programas de residência.

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) (BRASIL, 2015), por exemplo, aponta a importância de oferecer aos profissionais da APS formação para atuação com recursos como meditação, arteterapia, auriculoterapia e outras práticas que podem atuar na promoção do bem-estar psíquico e na redução do uso excessivo de psicofármacos.

Outro fator relevante identificado nos relatos diz respeito à ausência de protocolos operacionais ou fluxogramas clínicos de apoio à decisão na APS. Essa ausência de instrumentos padronizados compromete a construção de um cuidado contínuo e sistematizado. Embora existam ferramentas como o PTS (Projeto Terapêutico Singular), escalas de rastreio (PHQ-9, GAD-7), e diretrizes internacionais como o mhGAP Intervention Guide (WHO, 2016), os

participantes indicam desconhecimento, pouca utilização ou mesmo inexistência de formação prática no uso dessas estratégias durante a residência. Tal descompasso revela uma oportunidade concreta para intervenção pedagógica e desenvolvimento de produtos de orientação educacional estruturados.

O uso de instrumentos como os rastreios em saúde mental, os Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) e outros dispositivos de gestão compartilhada do cuidado (como reuniões de equipe, matriciamento e estudo de caso) configura-se como estratégia fundamental para planejar intervenções integradas e alinhadas às necessidades dos usuários (OPAS, 2018; CHAULAGAIN et al., 2020). Essas ferramentas, além de sustentarem o cuidado continuado e centrado na pessoa, fomentam a responsabilização conjunta e o acompanhamento longitudinal das demandas em saúde mental no território.

A dificuldade em aplicar o PTS por MFC indica não apenas uma lacuna cognitiva (conhecimento sobre o instrumento), mas também limitações nos domínios “ambiente de prática”, “recursos” e “papéis sociais e profissionais”, segundo o Theoretical Domains Framework (TDF). Ainda que os profissionais compreendam o valor do planejamento compartilhado, sua implementação exige suporte institucional, supervisão qualificada e tempo protegido — aspectos frequentemente ausentes no cotidiano da Residência (OPAS, 2018; WHO, 2016).

A literatura nacional e internacional corrobora essa percepção. Publicações como OPAS (2018) e WHO (2016) destacam que a maioria das equipes da APS ainda opera com baixa integração das ferramentas clínicas no cuidado em saúde mental, o que reduz sua resolutividade e compromete o potencial da APS como ordenadora do cuidado. Além disso, estudo de Carvalho et al. (2021) mostra que, mesmo entre médicos residentes, a utilização do PTS como instrumento pedagógico e clínico é incipiente, sendo muitas vezes delegado a outros profissionais da equipe ou reduzido a um plano terapêutico individual.

Essa lacuna formativa compromete a capacidade dos médicos de realizar avaliações estruturadas, o que contribui para a perpetuação de um modelo baseado na intuição ou no julgamento subjetivo — modelo esse que, se não for qualificado, pode conduzir a decisões imprecisas, medicalização inadequada ou encaminhamentos desnecessários.

Essa constatação aponta para a necessidade de que a formação em MFC inclua, de forma explícita e estruturada, o desenvolvimento de competências em planejamento de cuidado compartilhado, com ênfase na construção e no acompanhamento de PTS, no uso criterioso de instrumentos clínicos e na gestão de casos complexos — práticas que, quando articuladas, ampliam a capacidade resolutiva da APS e contribuem para a integralidade do cuidado em saúde

mental.

Nesse contexto, o conhecimento dos dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e o fortalecimento do papel do profissional da APS como articulador do cuidado são essenciais para evitar a fragmentação da atenção. Entretanto, os resultados desse estudo indicaram que, apesar do reconhecimento da importância da APS como coordenadora do cuidado e porta de entrada preferencial do SUS, há limitações no domínio de competências relacionadas ao reconhecimento dos dispositivos da rede, articulação intersetorial e ativação de recursos comunitários.

Essa vivência de desamparo institucional e formativo, em que o residente se vê diante de situações complexas de sofrimento psíquico, mas sem clareza sobre as possibilidades de apoio na rede ou os fluxos disponíveis para continuidade do cuidado, expressa-se nos domínios do TDF como “conhecimento”, “recursos”, “contexto ambiental” e “papéis sociais”. Evidencia-se, assim, a insuficiência de espaços formativos que abordem a RAPS de forma prática, situada e interdisciplinar.

O conhecimento da rede e sua articulação com outros setores — como assistência social, educação e justiça — são essenciais para lidar com a complexidade dos determinantes sociais do sofrimento psíquico, frequentemente presentes nos casos atendidos na APS.

Estudos como os de Dimenstein et al. (2021) e Nunes et al. (2019) indicam que a formação médica ainda negligencia a perspectiva da integralidade e da intersetorialidade, fundamentais para o trabalho em saúde mental na APS. A fragmentação entre os pontos de atenção da RAPS, a falta de protocolos compartilhados e a precariedade da comunicação entre os serviços são obstáculos concretos para a coordenação do cuidado, mas que poderiam ser mitigados por uma formação mais robusta em rede.

A deficiência no ensino sobre a RAPS durante a graduação, já apontada em estudos como o de Campos e Belisário (2018), é parcialmente enfrentada durante a residência, mas os dados desta pesquisa indicam que essa superação depende muito da iniciativa individual dos preceptores e da qualidade da integração local entre os serviços. Esse cenário revela a ausência de uma pedagogia explícita sobre a rede, que permita aos residentes desenvolver competências em gestão de casos, referência e contrarreferência, articulação interprofissional e intersetorialidade — competências essas presentes nas diretrizes da CNRM (Brasil, 2019) e nos Milestones da ACGME (ACGME, 2020), e fundamentais para a atuação em contextos marcados pela vulnerabilidade social e pela cronicidade do sofrimento.

Ademais, a literatura internacional reforça que o médico da APS precisa ser capacitado para atuar como gestor clínico de casos complexos em saúde mental, assumindo a função de

articulador do cuidado longitudinal e transdisciplinar (WHO, 2016; Araya et al., 2018). Tal atuação exige domínio da rede, clareza de fluxos, habilidades de comunicação interinstitucional e sensibilidade para ativar recursos sociais, comunitários e culturais disponíveis no território.

Portanto, os achados indicam que o fortalecimento das competências de articulação em rede deve ser objetivo explícito da formação em MFC. Isso demanda não apenas conteúdos teóricos, mas sobretudo estratégias pedagógicas que incluam visitas técnicas, estágios integrados com outros dispositivos da RAPS, análise de casos reais em equipe, construção de planos terapêuticos intersetoriais e supervisão em campo.

As competências colaborativas e interdisciplinares para o cuidado em saúde mental na APS também foram referidas pelos participantes. Eles destacaram que a complexidade dos casos exige articulação entre diferentes saberes e práticas, sendo o trabalho em equipe um pilar da resolutividade e da integralidade da atenção. Esse modo de trabalho exige que o médico residente desenvolva não apenas competências técnicas, mas também habilidades relacionais como escuta ativa, negociação de condutas, respeito aos diferentes núcleos de saber e liderança colaborativa.

Nesse contexto, a Residência em Medicina de Família e Comunidade (MFC) foi indicada pelos participantes como uma instância formativa que possibilita o desenvolvimento dessas competências. A prática supervisionada no território, a abordagem centrada na pessoa e a ênfase no cuidado longitudinal, multi e interdisciplinar permitem que os profissionais médicos em formação superem parte das lacunas herdadas da graduação (Norman, 2013; Lima et al., 2021).

Documentos nacionais e internacionais (WHO, 2016; Chaulagain et al., 2020; Brasil, 2021; ACGME, 2023; CNRM, 2018), assim como outros estudos (Field et al., 2014; Vanzela, 2022; McGowan et al., 2023), indicam e reforçam a importância da capacitação dos médicos de família e comunidade, assim como de outros profissionais médicos não especialistas atuantes na APS, para o manejo de demandas de saúde mental, com ênfase na escuta estruturada e comunicação efetiva, na avaliação da funcionalidade, no trabalho em equipe e na tomada de decisão compartilhada. Tais diretrizes apontam, portanto, para uma prática clínica que ultrapassa o diagnóstico nosológico e se ancora na relação terapêutica como ferramenta de cuidado.

O mhGAP Intervention Guide (WHO, 2016) não apenas fornece algoritmos de manejo para transtornos mentais comuns, como também enfatiza que o processo clínico deve ser alicerçado em escuta empática, respeito à autonomia do paciente, valorização do contexto sociocultural e avaliação da funcionalidade. O guia reconhece que, na APS, o cuidado em saúde

mental só se efetiva quando há uma relação terapêutica sustentada por confiança e continuidade.

No Brasil, esse processo formativo encontra respaldo em documentos estruturantes da formação em MFC, como a Resolução CNRM nº 2/2019 (Brasil, 2019), que define competências clínicas, relacionais e comunitárias para o MFC, com finalidade de capacitar o profissional para práticas comunicacionais éticas e efetivas, tomada de decisões clínicas fundamentadas em evidências e valores, e para o trabalho colaborativo para o cuidado interprofissional, o que explicita o compromisso com a atenção integral e a corresponsabilização no cuidado em saúde mental, incluindo a capacidade de escuta qualificada, articulação intersetorial e abordagem dos determinantes sociais do adoecimento.

O reconhecimento dessas dimensões aparece também nos Milestones do ACGME (ACGME, 2023), que propõem o acompanhamento longitudinal do progresso do residente de MFC em áreas como comunicação centrada no paciente, manejo de situações ambíguas e complexas, e atuação clínica fundamentada na construção de planos de cuidado compartilhados — dimensões intimamente relacionadas à clínica em saúde mental, especialmente no contexto da APS, onde o sofrimento é frequentemente apresentado de forma difusa, inespecífica e atravessada por questões sociais.

Dessa forma, ao definir a responsabilidade do profissional médico pelo cuidado integral, no tempo e no território, tais referenciais (OPAS, 2018; ACGME, 2023; BRASIL, 2019) contribuem para deslocar o eixo da formação do “fazer diagnóstico” para o “construir cuidado”. O que, na perspectiva dos participantes desse estudo, tem sido proporcionado pela formação vivenciada, compreendida como um espaço privilegiado para o desenvolvimento dessas competências.

Estudo SERAFIM- Brasil (MOSCOVICI et al., 2023) corrobora esse achado ao apontar que a Residência em Medicina de Família e Comunidade se configura como espaço potente para o desenvolvimento de competências clínicas e relacionais para o cuidado em saúde mental. Os autores demonstram que a prática supervisionada no território e o acompanhamento longitudinal dos usuários promovem o aprendizado baseado na realidade, ampliando a percepção dos residentes sobre o sofrimento psíquico para além da nosologia, e estimulando o uso de tecnologias leves, como o vínculo e a escuta qualificada.

Nesse cenário, a Residência em MFC representa não apenas uma oportunidade de qualificação, mas um contraponto ao modelo hegemônico. Ela oferece um espaço formativo em que o residente é convidado a reconstruir sua identidade profissional a partir de outros referenciais: a clínica ampliada, o cuidado centrado na pessoa, o compromisso com a justiça social e a valorização da subjetividade como parte indissociável do processo de cuidar.

Trata-se, portanto, de reconhecer que a atuação médica em saúde mental na APS não se sustenta apenas no domínio de diretrizes clínicas ou protocolos terapêuticos, mas na capacidade de construir vínculos e de sustentar processos relacionais de cuidado em contextos marcados por múltiplas vulnerabilidades, trabalhar em equipe, oferecer outras tecnologias de cuidado, articular a rede de assistência, entre outros. Esse deslocamento da “clínica do saber” para a “clínica do encontro” exige não apenas novos conteúdos curriculares, mas uma mudança ontológica no modo de ser médico (SOUZA ET AL., 2020).

Segundo o referencial do KTA (Graham et al., 2006), a implementação de práticas baseadas em evidências na APS exige não apenas o conhecimento técnico, mas também suporte organizacional, estratégias de colaboração interprofissional e liderança clínica. O mesmo é reforçado pelos domínios do TDF relacionados à motivação, crenças sociais, contexto ambiental e recursos (CANE et al., 2012; VANZELA, 2022).

O desenvolvimento de tais competências, portanto, exige uma formação que articule teoria, prática e reflexão crítica sobre os sentidos do cuidado em saúde mental no território. Para isso, cenários de prática formativa adequados, com supervisão qualificada e com estratégias pedagógicas intencionais que valorizem o vínculo, a escuta, o trabalho interdisciplinar e a corresponsabilização como ferramentas clínicas se tornam fundamentais (MENDES et al., 2021; MCWHINNEY, 1995).

Frente ao exposto, o processo de ensino-aprendizagem deve ser estruturado não apenas nas evidências científicas disponíveis, mas também na realidade em que esse processo formativo ocorre. A articulação entre conhecimento técnico-científico, vivência prática e contexto local é essencial para garantir a aplicabilidade das intervenções e o desenvolvimento de competências contextualizadas (GRAHAM, et al., 2006; ZHOU et al., 2024; VANZELA, 2022). O que justifica a necessidade de produtos educacionais que ofereçam referenciais claros e sistematizados para sua construção.

## **7. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O presente estudo teve como objetivo compreender as competências clínicas e relacionais necessárias ao cuidado em saúde mental no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), a partir da escuta de residentes e preceptores da Residência em Medicina de Família e Comunidade (MFC).

Os achados da pesquisa demonstram que a atuação em saúde mental na APS exige competências que extrapolam a técnica diagnóstica ou prescritiva, e que se situam no campo

relacional, ético e psicossocial do cuidado. A escuta ativa, o vínculo terapêutico e a comunicação sensível foram referidos como ferramentas clínicas fundamentais, particularmente diante das demandas difusas, persistentes ou interseccionadas por determinantes sociais da saúde. Ao mesmo tempo, os participantes relataram dificuldades para sustentar tais práticas, seja pela formação deficiente na graduação, seja pelas condições estruturais e simbólicas do trabalho na APS.

Atrelado a esses resultados, pode-se identificar a permanência de um modelo formativo biomédico, centrado na doença e no hospital, que negligencia o desenvolvimento de habilidades interpessoais, a compreensão contextual do sofrimento psíquico e a atuação territorializada em rede. Essa constatação, embora não inédita na literatura, adquire força ao emergir diretamente dos relatos de profissionais em processo de formação, e se alinha a uma crítica mais ampla ao distanciamento entre os currículos médicos e as necessidades reais do SUS.

Diante desse cenário, a Residência em MFC foi evidenciada como um espaço formativo potente, mas ainda insuficientemente estruturado para responder a tais desafios. Os residentes demonstraram disposição subjetiva para o cuidado em saúde mental, valorizaram o vínculo e reconheceram a potência da APS como espaço de escuta e acolhimento. No entanto, carecem de referenciais clínicos e pedagógicos claros, que sustentem sua prática e lhes forneçam segurança técnica e ética para manejar situações de sofrimento psíquico de forma autônoma, colaborativa e comprometida com a integralidade do cuidado.

A proposta de um relatório ancorado nas competências clínicas e relacionais necessárias à atenção em saúde mental na APS nasce, portanto, como uma resposta concreta às necessidades formativas identificadas na pesquisa. O produto, apresentado no Apêndice D, constitui-se como um relatório estruturado que organiza essas competências de maneira sistematizada e prática, articulando-as a referenciais nacionais e internacionais como o mhGAP Intervention Guide da Organização Mundial da Saúde, os Milestones do ACGME, e a Resolução CNRM nº 2/2019.

Mais do que um instrumento normativo, o produto propõe-se como ferramenta dialógica, capaz de orientar preceptores, residentes e gestores na construção de percursos formativos intencionais e contextualmente sensíveis. Ele reconhece que o desenvolvimento de competências em saúde mental não é um processo espontâneo, mas que demanda oportunidades de aprendizagem significativas, práticas supervisionadas, espaços de reflexão crítica e acompanhamento longitudinal.

Ao oferecer diretrizes claras e fundamentadas para esse processo, o trabalho contribui para a consolidação de uma APS resolutiva, acolhedora e comprometida com os princípios da Reforma Psiquiátrica e da atenção psicossocial. A qualificação da formação médica para o

cuidado em saúde mental na atenção primária é, assim, não apenas uma exigência pedagógica, mas uma aposta política na construção de um SUS mais justo, humano e integral.

Por fim, reconhece-se que este trabalho constitui um passo inicial, limitado a um recorte institucional e temporal específico, mas que pode inspirar novas investigações, adaptações e validações em outros contextos. Sugere-se, como desdobramento, a implementação das adequações propostas em programas de residência médica, com avaliação de seus impactos na prática clínica e na qualidade do cuidado ofertado. Assim como, concretizar a integração da proposta a políticas institucionais de formação docente e supervisão clínica, garantindo sua sustentabilidade e coerência com os princípios da educação baseada em competências.

A aposta deste trabalho é clara: formar médicos que escutem, acolham, compreendam e acompanhem o sofrimento psíquico com ética, técnica e presença. E, para isso, é preciso transformar a formação. Esta dissertação é uma contribuição nesse sentido.

## **8. RELEVÂNCIA, IMPACTOS E APLICABILIDADE À ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

As análises desenvolvidas ao longo desta dissertação evidenciaram que o cuidado em saúde mental na ESF não pode ser reduzido a protocolos diagnósticos ou ao uso de medicamentos. Trata-se, essencialmente, de um processo relacional, situado e ético, que exige do profissional a escuta qualificada, a construção de vínculos duradouros e o reconhecimento dos determinantes sociais do sofrimento. A centralidade das competências relacionais para o cuidado em saúde mental, na APS/ESF, se ancora em tecnologias leves, como vínculo, escuta e comunicação.

Esses elementos não são acessórios, mas estruturantes da clínica — especialmente em contextos marcados pela vulnerabilidade social e pelo sofrimento difuso, onde o diagnóstico nosológico muitas vezes é secundário à necessidade de acolhimento e continuidade. A partir dessa constatação, este capítulo final propõe uma discussão ampliada sobre a relevância, os impactos e a aplicabilidade do produto construído, considerando não apenas sua função pedagógica, mas sua potência política e clínica para a transformação do cuidado.

Contudo, os dados revelam que tais competências não têm sido suficientemente desenvolvidas na formação médica tradicional, marcada por uma ênfase em tecnologias duras e por uma fragmentação entre os saberes biomédicos e os saberes sobre o sujeito. Essa crítica aponta para uma formação que desinveste da dimensão subjetiva do cuidado, deslocando a saúde mental para os espaços da especialidade e da internação.

Frente a esse cenário, o produto instrucional construído nesta pesquisa não se propõe como uma matriz normativa, mas como um relatório estruturado com referencial formativo, que sistematiza, com base na escuta de residentes e preceptores, as competências clínicas e relacionais necessárias ao cuidado em saúde mental na APS/ESF. Sua relevância reside exatamente aí: em oferecer um instrumento que se origina da experiência concreta de quem cuida e de quem é formado para cuidar, constituindo-se como ferramenta prática e crítica, enraizada na realidade do SUS.

Os impactos esperados com a implementação do produto instrucional se desdobram em múltiplos níveis. No nível formativo, o material oferece aos programas de residência uma referência explícita de competências a serem trabalhadas, acompanhadas e avaliadas ao longo do processo pedagógico. No nível clínico, espera-se que o desenvolvimento das competências descritas contribua para uma maior resolutividade da APS frente aos casos de sofrimento psíquico, particularmente os quadros leves e moderados. Isso implica uma mudança de paradigma: de uma clínica centrada na referência, para uma clínica centrada na relação. Essa escuta persistente, que exige tempo, formação e supervisão, é o que o produto busca sustentar.

No nível organizativo, o uso do produto pode favorecer processos de educação permanente nas equipes de Saúde da Família, articulando a clínica com ferramentas como o PTS, o cuidado compartilhado e a articulação com a RAPS. Isso é particularmente relevante quando se considera que grande parte dos médicos atuando na APS/ESF não possui formação em MFC, o que amplia ainda mais a heterogeneidade de saberes e práticas. Desta forma, promover a formação continuada, a partir de referenciais como os aqui organizados, pode ser um caminho para transformar esse cenário. Destarte, a ESF é o principal espaço de encontro entre saúde mental e cotidiano. É onde o sofrimento se apresenta antes de ser nomeado, onde o cuidado pode ser contínuo, onde a vida do paciente está entrelaçada ao trabalho da equipe. Como indica o mhGAP Intervention Guide (WHO, 2016), capacitar os profissionais da APS para escutar, avaliar e manejar as demandas psíquicas mais prevalentes é uma das estratégias mais efetivas para ampliar o acesso e a qualidade do cuidado em saúde mental. Nesse sentido, o produto construído pode ser aplicado de diferentes formas no contexto da ESF: 1) Como material de apoio pedagógico em programas de residência; 2) Como base para construção de oficinas de educação permanente; 3) Como guia de planejamento de supervisões clínicas e tutorias; 4) Como referencial para autoavaliação e acompanhamento formativo de residentes; 5) Como instrumento para fomentar discussões de caso em equipe, integrando profissionais de diferentes formações. Contudo, sua implementação depende de um compromisso institucional com a formação em saúde mental como componente central da APS, o que exige investimentos

em supervisão qualificada, espaços de escuta e tempo protegido para a formação de condições ainda desigualmente distribuídas no SUS. Por fim, esta dissertação abre caminhos para futuras investigações e ações em três direções principais:

1. Pesquisa avaliativa: Investigar os efeitos da utilização do produto nos processos formativos e nas práticas clínicas, com foco em mudanças de atitude, ampliação de competências e impacto no cuidado.
2. Expansão interprofissional: Adaptar e testar o produto junto a outras categorias profissionais da APS, como enfermagem, psicologia e serviço social, fortalecendo a construção de competências compartilhadas em saúde mental.
3. Incidência institucional: Dialogar com gestores, comissões de residência e instâncias de regulação da formação médica, no sentido de incorporar competências clínicas e relacionais em saúde mental como eixos estruturantes da formação na APS.

## **9. CONCLUSÃO**

O presente relatório, estruturado a partir das categorias empíricas construídas com base nas falas de residentes e preceptores e ancorado em referenciais teóricos e normativos nacionais e internacionais, apresenta um conjunto de competências clínicas e relacionais fundamentais para o cuidado em saúde mental na Atenção Primária à Saúde (APS). Seu objetivo é oferecer subsídios para a formulação de estratégias pedagógicas que fortaleçam a formação de médicos de família e comunidade frente às demandas psicossociais complexas que emergem no cotidiano dos territórios.

A escuta qualificada, o vínculo terapêutico, a comunicação sensível, o manejo clínico de transtornos mentais comuns, o conhecimento das ferramentas da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), a construção de projetos terapêuticos compartilhados e o trabalho em equipe foram sistematizados neste relatório não como atributos individuais idealizados, mas como competências a serem cultivadas de modo contínuo e situado. Elas emergem da prática, refletem os desafios concretos vivenciados pelos profissionais e expressam uma concepção ampliada de cuidado em saúde mental, centrada na pessoa e enraizada no território.

Ao longo dos eixos analisados, evidenciou-se a insuficiência da formação médica tradicional, ainda centrada no modelo biomédico, hospitalocêntrico e tecnocrático. Essa lacuna formativa fragiliza a capacidade de resposta da APS frente ao sofrimento psíquico dos usuários, produz insegurança clínica, excesso de encaminhamentos e descontinuidade do cuidado. Em

contraste, a Residência em Medicina de Família e Comunidade (MFC) aparece nos relatos dos participantes como um espaço privilegiado de reconstrução do saber médico, permitindo o desenvolvimento de competências antes negligenciadas, como a escuta, a empatia, a negociação e a atuação interdisciplinar.

O relatório também aponta para a relevância de documentos estruturantes da formação médica – como as Diretrizes Curriculares Nacionais da graduação em Medicina (2014), a Resolução CNRM nº 2/2019, os Milestones da ACGME e o mhGAP Intervention Guide da OMS – como referenciais legítimos para ancorar a elaboração de programas educacionais voltados ao fortalecimento das competências em saúde mental na APS. Esses documentos sustentam, de forma convergente, a centralidade da clínica relacional, do cuidado compartilhado e da integração em rede como pilares de uma prática ética, resolutiva e comprometida com os princípios do SUS.

Nesse sentido, este relatório não pretende se encerrar como um repositório estático de competências, mas sim como uma base dinâmica para o desenvolvimento de propostas educacionais contextualizadas, que articulem teoria e prática, evidência e experiência, técnica e sensibilidade. Seu valor reside na escuta qualificada dos sujeitos da formação – residentes e preceptores – e na sistematização cuidadosa de saberes que são, ao mesmo tempo, técnicos, políticos e afetivos.

Trata-se, portanto, de uma contribuição concreta para o fortalecimento da formação em saúde mental na APS, com potencial de impacto não apenas na prática dos médicos em formação, mas também na qualificação do cuidado oferecido aos usuários do SUS. Ao reconhecer que as competências clínicas e relacionais não são inatas, mas construídas no encontro com o outro, este produto afirma a educação como ato ético e político, capaz de transformar realidades e ampliar horizontes de cuidado.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACGME – ACCREDITATION COUNCIL FOR GRADUATE MEDICAL EDUCATION. **Family Medicine Milestones**. Chicago, 2023. Disponível em: <https://www.acgme.org/globalassets/pdfs/milestones/familymedicinemilestones.pdf>. Acesso em: 14 mar. 2025.

ANDERSON, M. I. P.; SAVASSI, L. C. M. Formação, Ensino e Pesquisa na Medicina de Família e Comunidade e na Atenção Primária à Saúde no Brasil: situação atual, desafios e perspectivas. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 16, supl. 1, p. 1827, 2021. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/3249>. Acesso em: 31 mar.

2025.

ARAÚJO, M. B. S.; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 347355, abr. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/vgK3yjGm6fBBxnXj6XZHzzq/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 20 jan. 2025. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000200022>.

ATKINS, L. et al. A guide to using the Theoretical Domains Framework of behaviour change to investigate implementation problems. **Implementation Science**, v. 12, p. 77, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28637486/>. Acesso em: 20 jan. 2025. <https://doi.org/10.1186/s13012-017-0605-9>.

BRASIL. Departamento de Informática do SUS – DATASUS. **Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)**. Brasília, DF. Disponível em: [https://cnes2.datasus.gov.br/Listar\\_Mantidas.asp?VCnpj=03501509000106&VEstado=50&VNome=PREFEITURA%20MUNICIPAL%20DE%20CAMPO%20GRANDE](https://cnes2.datasus.gov.br/Listar_Mantidas.asp?VCnpj=03501509000106&VEstado=50&VNome=PREFEITURA%20MUNICIPAL%20DE%20CAMPO%20GRANDE). Acesso em: 29 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Instrutivo técnico da Rede de Atenção Psicossocial**. Brasília, 2016. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/instrutivo\\_tecnico\\_raps\\_sus.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/instrutivo_tecnico_raps_sus.pdf). Acesso em: 31 mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Coordenação-Geral de Programação de Financiamento da APS. **Novo modelo de cofinanciamento federal da APS. FAQ**: Brasília, 2025. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/novo\\_modelo\\_cofinanciamento\\_federal\\_faq.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/novo_modelo_cofinanciamento_federal_faq.pdf). Acesso em: 30 jun. 2025.

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 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, Brasília, DF, n. 9 abr. 2001. 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: 07 jan. 2024.

BRASIL. **Matriz de Competências para a Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade**. Brasília, DF: Comissão Nacional de Residência Médica, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/mec/pt-br/residencia-medica/matrizesdecompetencias/matriz-medicinade-familia-e-comunidade.pdf/@@download/file>. Acesso em: 16 mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 27 dez. 2011. Seção 1, p. 82-83. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html). Acesso em: 29 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações

Programáticas Estratégicas. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília, 2011. Disponível 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). Acesso em: 31 mar. 2025.

BRAUN, V.; CLARKE, V. **Thematic analysis**. In: COOPER, H. (ed.). *APA handbook of research methods in psychology: Volume 2. Research designs: Quantitative, qualitative, neuropsychological, and biological*. Washington, DC: American Psychological Association, 2012. p. 57–71.

BRAUN, V.; CLARKE, V. Using thematic analysis in psychology. **Qualitative Research in Psychology**, London, v. 3, n. 2, p. 77–101, 2006. Disponível em: Acesso em: 10 abr. 2025. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>.

CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.5, n.2, p. 219-230, 2000. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/mvLNphZL64hdTPL4VBjnrLh/>. Acesso em: 10 mar. 2025.

CAMPOS, C. J. G.; SAIDEL, M. G. B.. Amostragem em investigações qualitativas: conceitos e aplicações ao campo da saúde. **Revista Pesquisa Qualitativa**, São Paulo, v. 10, n. 25, p. 404–424, set./dez. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.33361/RPQ.2022.v.10.n.25.545>. Acesso em: 23 mar. 2025.

CARVALHO, A. M. P. de et al. Transtornos mentais comuns na atenção primária à saúde: estudo multicêntrico brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 4, p. 623–632, 2014. Disponível em: <https://www.rededepesquisaaps.org.br/wpcontent/uploads/2014/04/CaSaudePublica.pdf>. Acesso em: 31 mar. 2025.

CHAULAGAIN, A. et al. WHO Mental Health Gap Action Programme Intervention Guide (mhGAP-IG): the first pre-service training study. **International Journal of Mental Health Systems**, v. 14, p. 47, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13033-020-00379-2>.

COELHO, M. O.; JORGE, M. S. B. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, supl. 1, p. 1523-1531, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000800026>. Acesso em: 27 mar. 2022.

DIMENSTEIN, M.; MACEDO, J. P.; FONTENELE, M. G. Atenção psicossocial nos serviços de atenção primária à saúde: desafios à integração no Brasil. **Revista Psicologia, Saberes e Práticas**, [s.l.], 2022. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/370826324>. Acesso em: 31 mar. 2025.

FERNANDES, J. C. et al. Índice de Cobertura Assistencial da Rede de Atenção Psicossocial (iRAPs) como ferramenta de análise crítica da reforma psiquiátrica brasileira. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 36, n. 4, 2020. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/s13033-020-00379-2>. DOI: Acesso em: 27 mar. 2022. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00049519>.

FIELD, B. et al. Using the Knowledge to Action Framework in practice: a citation analysis

and systematic review. **Implementation Science**, v. 9, p. 172, 2014. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4258036/>. Acesso em: 30 jul. 2023. <https://doi.org/10.1186/s13012-014-0172-2>.

FRANCIS, J. J.; O'CONNOR, D.; CURRAN, J. Theories of behaviour change synthesised into a set of theoretical groupings: introducing a thematic series on the theoretical domains framework. **Implementation Science**, v. 7, p. 35, 2012. Disponível em: <https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/1748-5908-7-35>. Acesso em: 4 abr. 2025.

GONÇALVES, R. B. M. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1994.

GRIMSHAW, J. M. et al. Knowledge translation of research findings. **Implementation Science**, v. 7, n. 1, p. 50, 2012. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/1748-5908-7-50>. Acesso em: 30 mar. 2025. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-7-50>.

HABERMAS, J. **The Theory of Communicative Action. v. 2: Lifeworld and System: A Critique of Functionalist Reason**. Boston: Beacon Press, 1987.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **IBGE divulga as estimativas da população dos municípios para 2019**. Agência de Notícias, 28 ago. 2019. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agenciadenoticias/releases/25278-ibge-divulga-as-estimativas-da-populacao-dos-municipios-para2019>. Acesso em: 31 mar. 2025.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Cidades e Estados: Campo Grande (MS)**, 2025. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ms/campo-grande.html>. Acesso em: 31 mar. 2025.

LIMA, A. M. J. et al. Por que a assistência em saúde mental não acompanha a estruturação da atenção primária? **Revista de Saúde Pública**, v. 55, 2021. Disponível em: <https://revistas.usp.br/rsp/article/view/194459>. Acesso em: 07 jan. 2024. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055003344>.

McGOWAN, L. J. et al. Understanding factors influencing the implementation of medicine risk communications by healthcare professionals in clinical practice: a systematic review using the Theoretical Domains Framework. **Implementation Science**, v. 18, n. 1, 2023. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37978010/>. Acesso em: 3 ago. 2025.

McWHINNEY, Ian R. **Medicina centrada no paciente: transformando o método clínico**. 2. ed. Londres: Radcliffe Publishing, 1995.

McWHINNEY, Ian R. Palestra William Pickles: a importância de ser diferente. **British Journal of General Practice**, Londres, v. 46, p. 443–446, jul. 1996..

MENDES, G. N. et al. Educação continuada e permanente na atenção primária de saúde: uma necessidade multiprofissional. **Revista Caetité Cenas Educacionais**, v. 4, p. e12113, 2021.

Disponível em:

<https://www.revistas.uneb.br/index.php/cenaseducacionais/article/view/12113>. Acesso em: 10 mar. 2025.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2005.

MOSCOVICI, L. et al. SERAFIM-BR: uma proposta de Agenda de Pesquisa em Medicina de Família e Comunidade no Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 18, n. 45, p. 3631, 22 dez. 2023. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/3631>. Acesso em: 15 ago. 2025.

NABARRETE, L. M. de S.; BASTOS, P. R. H. de O. A construção e contextualização das políticas públicas em saúde mental no Brasil. **Revista Contemporânea**, v. 3, n. 8, p. 10181–10202, 2023. DOI: <https://doi.org/10.56083/RCV3N8-014>. Acesso em: 31 mar. 2025.

NORMAN, A. H. A RBMFC e o desafio da educação médica continuada. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 8, n. 26, p. 3-5, jan./mar. 2013. Disponível: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/719>. Acesso em: 27 mar. 2022. [https://doi.org/10.5712/rbmfc8\(26\)719](https://doi.org/10.5712/rbmfc8(26)719).

ROTOLI, A. et al. Saúde mental na Atenção Primária: desafios para a resolutividade das ações. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, e20180366, 2019. Disponível em: [https://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452019000200209](https://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452019000200209). Acesso em: 31 mar. 2025.

O'DONOVAN, R. et al. Mapping the Theoretical Domains Framework to the Consolidated Framework for Implementation Research: do multiple frameworks add value? **Implementation Science Communications**, v. 4, n. 1, 2023. Disponível em: <https://implementationsciencecomms.biomedcentral.com/articles/10.1186/s43058-023-00466-8>. Acesso em: 3 ago. 2025.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – OPAS. 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>. Acesso em: 27 mar. 2022.

PAULA, G. B. de. et al. Mental health crisis situations: the nurse's work in Primary Health Care. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 32, e4356, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.7015.4356>. Acesso em: 10 abr. 2025.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE (MS). Residência médica em saúde da família da SESAU oferece 39 vagas com bolsa de R\$ 12,6 mil. 2024. Campo Grande Notícias. Campo grande. Disponível em: <https://www.campogrande.ms.gov.br/cgnoticias/noticia/residencia-medica-em-saude-dafamilia-da-sesau-oferece-39-vagas-com-bolsa-de-r-126-mil>. Acesso em: 31 mar. 2025.

RESSEL, L. B. et al. O uso do grupo focal em pesquisa qualitativa. **Texto & Contexto – Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 779–786, out. 2008. Disponível em: <https://repositorio.usp.br/item/001728761>. Acesso em: 30 jul. 2023. <https://doi.org/10.1590/S010407072008000400021>.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SANTA CATARINA. Linha de cuidado para atenção à saúde mental. Florianópolis: Santa Catarina, 2021. Disponível em: <https://saude.sc.gov.br/index.php/pt/atencao-primaria-a-saude/linhas-de-cuidado/linha-decuida-do-para-atencao-a-saude-mental/download>. Acesso em: 31 mar. 2025.

STIVAL, A. P. C. et al. Demandas de cuidado em saúde mental na atenção primária à saúde: perspectiva de enfermeiros supervisores. **Enfermagem em Foco**, v. 15, e-202417, 2024. Disponível em: <https://enfermfoco.org/article/demandas-de-cuidado-em-saude-mental-na-atencao-primaria-a-saude-perspectiva-de-enfermeiros-supervisores/>. Acesso em: 31 mar. 2025. <https://dx.doi.org/10.21675/2357-707X.2024.v15.e-202417>.

TENNY, S.; BRANNAN, J. M.; BRANNAN, G. D. **Qualitative Study**. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2022. PMID: 29262162. Disponível em: <https://europepmc.org/article/NBK/nbk470395>. Acesso em: 30 jul. 2023.

NETO, T.F. et al. Transtorno mental comum em populações assistidas pela Atenção Primária à Saúde no Brasil: uma revisão integrativa. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 31, e3949, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/k9NnNKzXScqbxkcYLWT4yk/>. Acesso em: 3 ago. 2025.

UCHOA, Y. L. A. et al. Use of technologies for health education in Primary Care: integrative literature review. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 16, p. e255101623909, 2021. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i16.23909>. Acesso em: 27 mar. 2022.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL (UFMS). Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade. Disponível em: <https://posgraduacao.ufms.br/portal/cursos/view/119>. Acesso em: 31 mar. 2025.

VANZELA, A. S. **Theoretical Domains Framework como ferramenta para pesquisas de implementação no Brasil: uma adaptação cultural**. 2022. 149 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica) – Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2022. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22131/tde-10112022-115834/en.php>. Acesso em: 12 ago. 2025.

ZHOU, Y. et al. Theoretical Domains Framework: a bibliometric and visualization analysis from 2005–2023. **Implementation Science**, v. 19, n. 1, 2024. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC11345462/>. Acesso em: 3 ago. 2025.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

##### CONVITE – Participação em grupo de entrevista semiestruturada

Meu nome é Matheus Silva Casquer, pesquisador principal deste estudo e, juntamente com pesquisadora Bianca Cristina Ciccone Giacon Arruda, viemos por meio deste convidá-lo (a) a participar da pesquisa intitulada **“Competência médica no atendimento às demandas de saúde mental na Atenção Primária à Saúde: construção de um programa educacional”**.

Trata-se de um estudo que objetiva construir um programa educacional para o desenvolvimento de competência médica para o cuidado a indivíduos com demandas de saúde mental na Atenção Primária à Saúde. Para tanto, uma das etapas propostas é identificar, na perspectiva de médicos residentes e preceptores em medicina da Família e Comunidade, os conhecimentos e as necessidades de conhecimento, habilidades e atitudes para o cuidado ao indivíduo com demandas de saúde mental na Atenção Primária à Saúde.

Por isso, se você se interessar em participar deste estudo, sua contribuição consistirá em participar de um grupo focal, que é um tipo de entrevista em grupo. Nesta reunião, você será estimulado pelos pesquisadores, por meio de questões semiestruturadas, a falar sobre a sua experiência na assistência e cuidado a pacientes com demandas de saúde mental na Atenção Primária à Saúde, e sobre as competências médicas para esse cuidado. Além disso, você será convidado a responder um questionário de caracterização do participante do estudo com dados referentes a sexo, gênero, idade, estado civil, número de filhos, cor (autoidentificação), formação, tempo de formação e função (preceptor ou residente), tempo disponível para estudo fora do período de residência, motivo pessoal pelo qual escolheu a especialidade, outras faculdades cursadas previamente e outras especialidades na área médica.

Os grupos focais terão duração aproximada de duas horas e serão realizados de maneira presencial em uma das Unidades de Saúde da Família (USF) participantes do estudo, em dia e horário previamente acordado para que não interfira ou cause prejuízo ao seu processo de trabalho. Caso você opte por participar, você será incluído em um grupo de whatsapp, o qual será utilizado como meio de comunicação para realizar a organização dos grupos focais e o agendamento dos dias e horários adequados, bem como a unidade escolhida para o encontro. Serão realizados de um a dois encontros por grupo, com intervalos definidos de acordo com a

necessidade de aprofundamento dos dados coletados.

Gostaríamos de dizer que você é livre para decidir em participar ou não do estudo, que você pode também decidir parar de participar, basta informar ao pesquisador. A decisão de não participar da pesquisa ou de interromper sua participação nela não trará nenhum prejuízo a você e não afetará o seu processo de trabalho. E, também, que você não precisa fazer nenhuma fala ou participar de quaisquer dos temas que não queira durante a realização do grupo focal. Você será orientado(a) quando apresentar dúvidas relacionadas à assuntos que possam emergir no decorrer da entrevista e que os pesquisadores possam colaborar, ou outro assunto relacionado ao estudo.

Ressaltamos que não haverá quaisquer tipos de pagamentos ou compensações de outra ordem pela participação neste estudo. O único custo ou despesa prevista, para sua participação no estudo, pode ser o de locomoção até o local em que será realizado o grupo focal. Neste caso ou em outra despesa não prevista previamente, você tem o direito de apresentar os custos/despesas aos pesquisadores, que providenciarão o seu ressarcimento. Você também tem o direito de ser indenizado pelos pesquisadores responsáveis pelo estudo se houver qualquer dano causado pela pesquisa.

Acreditamos que sua participação no estudo pode envolver a possibilidade de riscos na dimensão psíquica, intelectual e social, visto que, será levantado durante o estudo, a experiência sobre os processos de trabalho e experiência com pacientes com necessidade em saúde mental, o que, a depender do contexto do profissional, pode possibilitar o constrangimento, desconforto, estresse e cansaço ao responder a entrevista.

Como forma de prevenir isso, os pesquisadores irão explicar detalhadamente o método de coleta de dados a você e os possíveis riscos. Reforçamos, também, que você poderá nos indicar caso esteja desconfortável com alguma situação e, com isso, interromper a sua participação a qualquer momento. Além disso, nós estamos à sua disposição, caso haja a identificação e necessidade de manejar algum desconforto ou conflito, individual ou em equipe, que venha a surgir com a realização da entrevista.

Ressalta que ambos os pesquisadores têm formação e treinamento para realizar tais intervenções. Caso haja a necessidade, você será acolhido por nós, orientado e encaminhado, quando necessário, à serviços públicos de saúde mental que tem o atendimento livre demanda à população.

Como possíveis benefícios, o estudo permitirá a confecção de um programa educacional direcionado ao público alvo, podendo contribuir com os processos formativos e aprimorar positivamente as ferramentas de cuidado com o paciente com necessidades em saúde mental.

Com o propósito único de análise posterior de dados, toda a discussão será gravada na forma de áudio, com gravador eletrônico apropriado e registro das gravações em arquivos somente digitais, que serão armazenados em computador pessoal dos pesquisadores, guardado em sua residência pessoal, em pasta com senha. Apenas os pesquisadores desse estudo terão acesso ao conteúdo das gravações. Caso você tenha interesse, após a coleta de dados, em acessar o conteúdo do grupo focal, será disponibilizado para você, a transcrição, na íntegra, de apenas suas falas, basta solicitar aos pesquisadores.

Haverá publicação do produto final deste projeto e disponibilização pública em forma de artigos e dissertação ou futuros outros trabalhos que possam ser frutos desta linha de estudo. Para isso, todas as informações que possam identificar os participantes do estudo, locais e pessoas por eles citados, serão suprimidas e codificadas.

Caso aceite participar, este termo de consentimento livre esclarecido será redigido em duas vias, de igual teor, rubricadas todas as folhas e assinado ao final pelos pesquisadores do estudo e por você. Uma via ficará em domínio dos pesquisadores e outra com você. Apenas após a assinatura do termo, você será adicionado ao grupo de whatsapp para agendamento dos grupos de entrevista.

Caso você tenha alguma dúvida sobre seus direitos e questões éticas de sua participação nessa pesquisa você pode entrar em contato, independente, com o Comitê de Ética com Seres Humanos da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, por meio do número de telefone (67) 3345-7187, no endereço Cidade Universitária, Av. Costa e Silva, s/nº | Bairro Universitário, Campus da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, prédio das Pró-Reitorias “Hércules Maymone” – 1º andar, CEP 79070-900, Campo Grande – MS, Caixa Postal 549, ou pelo e-mail [cepconep.propp@ufms.br](mailto:cepconep.propp@ufms.br).

E em caso de dúvida sobre essa pesquisa e sua participação nela, você pode entrar em contato com o pesquisador Matheus Silva Casquer, no Instituto Integrado de Saúde, na Unidade 12, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, no endereço Cidade Universitária, Av. Costa e Silva, s/nº, Bairro Universitário, Campo Grande. Também poderá entrar em contato pelo telefone (67) 99154-9642 ou e-mail: [matheusscasquer@gmail.com](mailto:matheusscasquer@gmail.com).

Caso você concorde com todos os procedimentos descritos acima e tenha o desejo de participar voluntariamente da pesquisa, por gentileza, assine abaixo:

---

Assinatura do participante

---

Assinatura do pesquisador

Campo Grande, MS, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nota: À época da elaboração deste termo, o projeto possuía o título aqui apresentado, o qual foi posteriormente modificado na fase de construção da discussão e do produto final. Optou-se por manter o termo conforme originalmente submetido aos participantes, acrescentando-se a presente nota a fim de esclarecer aos futuros leitores a razão da discrepância encontrada.

## **APÊNDICE B – Questionário de caracterização sociodemográfica**

Observação: caso o participante se sinta desconfortável em responder algum item ou não deseje fazê-lo, basta deixar em branco.

- Sexo:
- Cor que se identifica:
- Instituição em que se formou:
- Ano de formação:
- Tempo desde o término da graduação:
- Outras faculdades cursadas previamente ou concomitantemente:
- Outras especialidades (títulos) na área médica:
- Função (preceptor ou residente):
- Tempo disponível para estudo fora o das ocupações com a residência ou preceptoria.

### **APÊNDICE C - Questões norteadoras para o grupo focal**

- 1) Na perspectiva de vocês, enquanto médicos de Saúde da Família e Comunidade, qual o papel da APS no atendimento de pacientes com demanda de Saúde Mental?
- 2) Qual o entendimento de vocês sobre este cuidado?
- 3) Gostaria que contassem/falasse sobre as suas experiências na assistência a pacientes com demandas de saúde mental no contexto da APS.
- 4) Como foi para vocês essas experiências? Quais foram as dificuldades e potencialidades que identificaram ou perceberam na assistência à essa população no contexto da APS? Vocês poderiam falar sobre os sentimentos gerados a partir dessa experiência?
- 5) Qual a visão de vocês em relação à competência do médico de saúde da família e comunidade, no âmbito médico e também enquanto profissional pertencente à equipe multiprofissional da ESF, no cuidado a esses indivíduos?
- 6) Na visão de vocês, quais as necessidades de conhecimentos, habilidades e atitudes para o cuidado ao indivíduo com demandas de saúde mental na Atenção Primária à Saúde, enquanto médicos especialistas e também enquanto membros pertencentes a uma equipe de assistência multiprofissional?
- 7) Como vocês percebem/avaliam a formação profissional advinda na graduação e durante a residência? Quais elementos dessa formação vocês identificam que contribuem para sua assistência ofertada atualmente?
- 8) Sobre as dificuldades na assistência, fala sobre o manejo estritamente médico-biológico e sobre questões pessoais e ético-profissionais?
- 9) Na percepção de vocês, fale sobre as necessidades identificadas relacionadas à capacitação para o atendimento de pacientes com demandas de cuidados em saúde mental no processo formativo do médico generalista e do de saúde da família e comunidade?
- 10) Na percepção de vocês, quais estratégias poderiam contribuir para o enfrentamento das necessidades identificadas?
- 11) Qual a experiência de vocês na participação do grupo de hoje? Gostariam de compartilhar algo que não foi perguntado ou discutido nesta reunião? Após o final das considerações fomentadas pelos questionamentos acima, será ofertado um espaço livre para considerações finais dos participantes e a disponibilização do contato dos entrevistadores.

Ressalta-se que, conforme o preconizado nos aspectos teóricos dos GF, a participação dos aplicadores ocorrerá na forma de pontuações breves, e não em intervenções ou direcionamentos explícitos.

## **APÊNDICE D – Relatório de competências clínicas e relacionais para o cuidado em saúde mental na APS**

### **Introdução**

Este documento constitui o produto descritivo e instrucional, vinculado à dissertação de mestrado intitulada *Competência médica para o cuidado em saúde mental na atenção primária à saúde: análise a partir da formação do médico de família e comunidade*, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Trata-se de uma resposta instrucional estruturada frente às lacunas identificadas na formação médica para o cuidado em saúde mental no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), tendo como base os achados empíricos da pesquisa e os referenciais teóricos discutidos ao longo do trabalho.

O relatório que aqui se organiza com estrutura semelhante a uma matriz de competências, embora não se utilize tal nomenclatura formalmente, conforme orientação metodológica. Ele se propõe a sistematização das competências clínicas e relacionais que emergem como centrais para o cuidado em saúde mental no cotidiano da APS, considerando as experiências de médicos residentes e preceptores de Medicina de Família e Comunidade, os referenciais internacionais (mhGAP, Milestones da ACGME), as diretrizes nacionais (Resolução CNRM nº 2/2019) e os modelos teóricos que embasaram o estudo (*Knowledge-to-Action Framework e Theoretical Domains Framework*).

Os resultados da pesquisa evidenciaram que o cuidado em saúde mental na APS exige um conjunto de competências que extrapola o domínio técnico, convocando habilidades comunicacionais, éticas, colaborativas e contextuais. A escuta qualificada, o vínculo terapêutico, o reconhecimento da complexidade biopsicossocial do sofrimento e a articulação com a rede de cuidados se apresentaram como dimensões fundamentais da atuação do médico de família frente às demandas em saúde mental. No entanto, tais competências são frequentemente negligenciadas na formação médica tradicional, centrada em modelos biomédicos e hospitalares.

Diante disso, o presente relatório visa subsidiar a organização e estrutura de programas de formação e qualificação profissional em Medicina de Família e Comunidade, especialmente no que se refere ao desenvolvimento intencional de competências para o manejo longitudinal e resolutivo das demandas de saúde mental na APS. Seu objetivo é oferecer um instrumento

instrucional que articule, de forma clara e fundamentada, as necessidades formativas identificadas pela pesquisa com os referenciais normativos e teóricos disponíveis, contribuindo para a construção de itinerários formativos mais potentes, coerentes com os princípios da atenção primária e com os desafios do cuidado em saúde mental no território.

## **APÊNDICE E – Eixo 1: Comunicação, vínculo e clínica ampliada na atenção em saúde mental**

O primeiro eixo de competências identificado nesta pesquisa refere-se à capacidade do médico de atuar com sensibilidade relacional, escuta qualificada e estabelecimento de vínculos terapêuticos consistentes com os usuários da APS em sofrimento psíquico. Essas competências, fortemente ancoradas no campo das tecnologias leves (Merhy, 2002), estruturam a dimensão subjetiva da clínica e se revelam centrais para o manejo de quadros leves a moderados de sofrimento mental – os mais prevalentes na atenção primária.

Assim, mais do que conhecer protocolos ou algoritmos diagnósticos, o médico que cuida em saúde mental na APS precisa estar presente de forma ética e afetiva, atento à singularidade do outro, capaz de sustentar espaços de fala e escuta. Essa perspectiva se alinha à noção de cuidado centrado na pessoa (Beach et al., 2006) e à clínica ampliada (Campos, 2000), em que a comunicação não é uma ferramenta acessória, mas uma prática clínica em si – promotora de vínculo, de reconhecimento e de responsabilização mútua.

No contexto da saúde mental, a escuta ativa, a empatia e o acolhimento constituem instrumentos terapêuticos potentes, com eficácia reconhecida na literatura para o manejo inicial de transtornos como depressão e ansiedade, especialmente em contextos de vulnerabilidade social (WHO, 2016). Além disso, as situações relatadas por residentes e preceptores reforçam o caráter situado e contextual do sofrimento psíquico na APS, frequentemente entrelaçado a determinantes sociais, experiências de violência e exclusão, e marcadores sociais da diferença.

Assim, a competência comunicacional não se resume à clareza na transmissão de informações, mas envolve também sensibilidade ética, escuta política e capacidade de construir relações de confiança diante da complexidade do sofrimento. O conhecimento técnico, sem essa dimensão relacional, torna-se insuficiente e, até mesmo, contraproducente.

Nesse cenário, a Residência em Medicina de Família e Comunidade (MFC) necessita centrar seu processo formativo para o desenvolvimento dessas competências. O convívio longitudinal com os usuários, a prática clínica supervisionada no território e a abordagem centrada na pessoa possibilitam a construção de uma escuta clínica mais qualificada.

As diretrizes da CNRM (2019) e os Milestones do ACGME corroboram esse eixo, ao indicarem que a comunicação efetiva, a construção do vínculo terapêutico e o cuidado integral são competências centrais no desenvolvimento profissional dos médicos da APS. O mhGAP (WHO, 2016), por sua vez, recomenda que médicos generalistas sejam treinados para realizar escuta estruturada, avaliar a funcionalidade e estabelecer plano de cuidado conjunto com os

pacientes – elementos que dependem diretamente de habilidades relacionais.

Dessa forma, este eixo reafirma a necessidade de uma formação que valorize a comunicação como um núcleo duro da prática médica em saúde mental na APS. Isso implica revisar estratégias pedagógicas, incorporar metodologias ativas centradas na clínica ampliada e garantir supervisão qualificada para o cultivo dessas habilidades no cotidiano formativo.

## **APÊNDICE F – Eixo 2: Avaliação clínica e manejo longitudinal de condições mentais comuns**

O segundo eixo de competências diz respeito à capacidade do médico de família e comunidade de identificar, avaliar e acompanhar de maneira contínua as condições mentais mais prevalentes na APS, como depressão, ansiedade, insônia e sofrimento psicossocial inespecífico. Trata-se de competências clínicas essenciais, voltadas não apenas ao diagnóstico e prescrição, mas à construção de um plano terapêutico compartilhado e à gestão longitudinal do cuidado.

A ausência de preparação para lidar com o sofrimento mental de maneira clínica e responsável, dentro da própria APS foi uma das lacunas formativas indicadas pelos resultados. Essa lacuna não se restringe ao desconhecimento dos quadros diagnósticos, mas engloba uma dificuldade mais ampla em reconhecer o sofrimento como parte legítima da atenção em saúde e construir um raciocínio clínico a partir dele.

A desarticulação persistente entre o ensino da saúde mental e os cenários da atenção primária, implica em uma formação médica frágil para atuar fora do modelo hospitalocêntrico e especializado. A consequência direta é a fragilidade da resolubilidade da APS diante de demandas psíquicas, especialmente nos estágios iniciais de sofrimento, que muitas vezes são medicalizados ou encaminhados precocemente sem intervenção adequada.

No entanto, relatam que o processo formativo da residência em MFC se torna um espaço potencial para minimizar e/ou sanar tais lacunas. Com supervisão e apoio pedagógico, os profissionais podem adquirir uma escuta qualificada, com o raciocínio clínico em saúde mental e com a adaptação de condutas às necessidades do paciente. Nesse sentido, os guias e diretrizes internacionais assumem papel fundamental. O *mhGAP Intervention Guide* (WHO, 2016) propõe protocolos simplificados e baseados em evidência para o manejo de transtornos mentais comuns por médicos generalistas, com foco na escuta estruturada, na avaliação da funcionalidade, nos critérios de gravidade e na indicação apropriada de tratamento farmacológico ou psicossocial. A incorporação crítica dessas diretrizes ao processo formativo da residência pode subsidiar práticas mais seguras e efetivas, evitando tanto a subnotificação quanto o excesso de medicalização.

O acompanhamento longitudinal e a construção de um plano terapêutico compartilhado como estratégias para sustentar o cuidado em saúde mental na APS foram competências também identificadas como importantes.

A lógica de cuidado continuado, com revisitas regulares, reavaliação de condutas e

atenção ao vínculo, fortalece a resolutividade da APS e contribui para a redução da sobrecarga dos serviços especializados. Em termos de competência clínica, trata-se de desenvolver habilidades para manejar a incerteza, sustentar o acompanhamento de casos sem respostas imediatas, reconhecer os limites da própria atuação e trabalhar com metas terapêuticas realistas. Ainda dentro deste eixo, o uso de ferramentas de rastreio como PHQ-9, GAD-7, CAGE e escalas de risco suicida como instrumentos auxiliares na avaliação inicial e no monitoramento clínico são identificadas como necessárias. Visto que, o uso dessas ferramentas, quando bem integrado à escuta clínica, contribui para aumentar a segurança do profissional, orientar decisões e favorecer o registro e a continuidade do cuidado.

Por fim, destaca-se a importância do raciocínio clínico ampliado para diferenciar sofrimento mental reativo (contextual, relacional) de transtornos psiquiátricos propriamente ditos, reconhecendo que nem toda dor psíquica requer medicalização. Essa competência crítica e ética é indispensável na prática da APS e precisa ser intencionalmente cultivada nos programas de formação médica.

### **APÊNDICE G – Eixo 3: Planejamento compartilhado do cuidado e articulação da rede de atenção psicossocial (RAPS)**

O terceiro eixo de competências estruturado a partir dos achados da pesquisa diz respeito à capacidade dos médicos de família e comunidade de atuar como articuladores do cuidado em rede, planejando estratégias terapêuticas integradas, compartilhadas com usuários e outros profissionais da equipe, e mobilizando os diversos dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de modo eficaz.

Embora o trabalho em rede seja reconhecido como essencial para o cuidado em saúde mental, sua efetivação na prática cotidiana é frequentemente dificultada por uma combinação de fatores: desde a fragmentação dos serviços e a descontinuidade do cuidado especializado, até a ausência de referências claras e a falta de integração entre as equipes de saúde da família e os pontos de atenção da RAPS.

Essa percepção é recorrente e remete à necessidade de que os médicos da APS desenvolvam competências para atuar como coordenadores do cuidado, assumindo um papel ativo na interlocução com os demais pontos da rede, no seguimento longitudinal e no enfrentamento dos vazios assistenciais. Isso exige não apenas conhecimento sobre a estrutura e o funcionamento da RAPS local, mas também habilidades comunicacionais, organizacionais e de liderança.

Uma ferramenta central nesse processo, destacada tanto nas diretrizes do Ministério da Saúde quanto nos relatos dos participantes, é o Projeto Terapêutico Singular (PTS). Trata-se de uma tecnologia de gestão do cuidado que articula múltiplos saberes e práticas em torno de um plano de cuidado centrado nas necessidades singulares de cada sujeito. Contudo, os relatos indicam que o uso efetivo do PTS ainda é restrito e, muitas vezes, formal. Há dificuldade em integrar os diferentes profissionais no planejamento e na responsabilização conjunta do cuidado, o que compromete sua potência. A falta de espaços estruturados para discussão de casos e para articulação com os demais pontos da RAPS, como CAPS, NASF ou CRAS é uma barreira importante, assim como o conhecimento e sensação de pertencimento dos diferentes profissionais nesse processo.

Esse distanciamento entre a proposta e a prática revela uma lacuna formativa importante: o desconhecimento ou o uso inadequado de ferramentas de cuidado compartilhado. Nesse sentido, torna-se fundamental que os programas de formação abordem de forma crítica e experiencial o uso do PTS, de linhas de cuidado, de planos terapêuticos integrados e outras metodologias de planejamento e gestão clínica. Não se trata apenas de ensinar instrumentos,

mas de desenvolver uma postura ética e relacional que sustente a corresponsabilização entre todos os envolvidos.

A literatura nacional reforça essa perspectiva. Campos (2000) e Oliveira et al. (2014) destacam que o PTS deve ser construído com base em escuta qualificada, pactuação de metas realistas e participação ativa do usuário, e que sua efetividade está diretamente relacionada à existência de espaços coletivos de decisão e ao fortalecimento da comunicação entre os serviços.

A ausência de protocolos claros e a rotatividade de profissionais também foram fatores identificados que dificultam a continuidade do cuidado. Nesse cenário, a atuação do médico de família e comunidade como referência longitudinal pode compensar, em parte, essas falhas da rede, desde que ele disponha de suporte institucional e esteja preparado para sustentar o cuidado mesmo em contextos adversos.

Essa ideia ressoa com o princípio da longitudinalidade, um dos pilares da APS, e com a noção de clínica ampliada, que compreende o cuidado em saúde mental como um processo contínuo, compartilhado e situado no território. A formação médica, portanto, deve contemplar o desenvolvimento de competências para reconhecer e enfrentar os limites da rede, articular fluxos possíveis e criar alternativas viáveis, mesmo diante da precariedade dos serviços.

Além disso, o valor de conhecer as possibilidades locais de apoio psicossocial, como grupos comunitários, associações de usuários, lideranças territoriais, práticas integrativas e complementares (PICs) e ações de educação em saúde foram indicados como fatores importantes que potencializam esse cuidado. A articulação com esses recursos, muitas vezes invisibilizados, amplia o campo terapêutico e fortalece a autonomia dos sujeitos.

Este eixo, portanto, reforça a necessidade de uma formação que não se restrinja ao consultório, mas que prepare o médico para pensar e agir em rede, construir planos terapêuticos compartilhados, mobilizar recursos comunitários e enfrentar os desafios da intersetorialidade.

## **APÊNDICE H – Eixo 4: Promoção, prevenção e cuidado ampliado em saúde mental na APS**

O quarto eixo evidencia a importância de competências voltadas à promoção da saúde mental, à prevenção de agravos e à oferta de cuidados ampliados e interdisciplinares, ancorados no território e nas potencialidades da Atenção Primária à Saúde (APS) como espaço privilegiado de produção de cuidado em saúde mental.

Os resultados reforçam a potência da APS na assistência de grande parte do sofrimento psíquico, principalmente no manejo de forma mais preventiva e proativa, por meio de estratégias de acolhimento precoce, escuta ativa, criação de espaços de cuidado coletivo e intervenções comunitárias.

Explicita-se a carência de ações estruturadas de promoção da saúde mental e revela o papel que a APS pode desempenhar na construção de ambientes mais saudáveis, acolhedores e protetivos. O trabalho com grupos, atividades educativas, ações intersetoriais e práticas integrativas e complementares (PICs) é citado como potencial estratégico para ampliar o acesso, reduzir o estigma e fortalecer os vínculos no território.

Essa dimensão coletiva do cuidado, que ultrapassa a lógica da consulta individual e abre espaço para intervenções comunitárias, encontra respaldo nas diretrizes do SUS (BRASIL, 2011) e nos marcos teóricos da Saúde Coletiva, que defendem uma abordagem integral e participativa da saúde mental. O próprio modelo da clínica ampliada, articulado à ideia de redes de apoio social, aponta para a valorização de espaços não medicalizantes e de ações que promovam autonomia, protagonismo e pertencimento.

Entretanto, os dados da pesquisa também revelam que tais práticas ainda são exceções e não integram, de forma sistemática, os processos formativos dos médicos da APS. Falta tempo, estrutura, apoio institucional e, sobretudo, reconhecimento da promoção em saúde mental como competência essencial. Essa lacuna formativa reproduz uma lógica ainda centrada na remediação dos danos e na medicalização dos sofrimentos, deixando de lado uma dimensão fundamental do cuidado em saúde mental: sua potência emancipadora, educativa e comunitária. Formar médicos capazes de promover saúde mental implica, portanto, desenvolver competências para mobilizar recursos sociais, construir vínculos com a comunidade, identificar fatores de risco e proteção e intervir de forma intersetorial.

Tais competências dialogam com os marcos nacionais da formação em Medicina de Família e Comunidade, como a Resolução CNRM nº 2/2019, que inclui entre os objetivos do programa o desenvolvimento de ações de promoção e prevenção no território, bem como o uso

de metodologias participativas e de educação popular em saúde. Também os Milestones da ACGME e o guia mhGAP da OMS (2016) reconhecem a importância dessas abordagens na formação de médicos atuantes na atenção primária, em especial nos países de baixa e média renda, onde os recursos especializados são escassos.

O desafio, portanto, é integrar essas ações ao cotidiano do cuidado e ao processo formativo, superando a fragmentação entre promoção, prevenção e assistência clínica. Ou seja, reforça o sentido ampliado do cuidado em saúde mental que este eixo propõe: um cuidado que começa antes da consulta, que se estende para além dos muros da unidade, que se articula com outros saberes e práticas, e que reconhece o território como espaço privilegiado de construção da saúde.

## **APÊNDICE I – Eixo 5: Trabalho em equipe, interdisciplinaridade e liderança no cuidado em saúde mental na APS**

A atuação em saúde mental na Atenção Primária à Saúde (APS) não é um exercício isolado, mas uma construção coletiva que demanda articulação entre diferentes saberes, profissões e dispositivos. Este eixo sistematiza as competências que se referem à habilidade de trabalhar em equipe, liderar processos de cuidado e construir projetos terapêuticos compartilhados com base em práticas colaborativas, coordenadas e orientadas para a integralidade.

A efetividade do cuidado em saúde mental na APS está fortemente condicionada à capacidade do médico de integrar-se à equipe multiprofissional, reconhecer as contribuições de outras áreas e fomentar uma cultura de corresponsabilização. Esse reconhecimento da potência do trabalho em equipe contrapõe-se ao modelo tradicional da formação médica, pautado na centralidade do médico e na hierarquização dos saberes. Tal modelo, como indicam autores como Feuerwerker (2005) e Peduzzi (2001), dificulta o desenvolvimento de competências interdisciplinares, essenciais para a atenção psicossocial e para o enfrentamento das complexas determinações do sofrimento mental.

Nesse sentido, o Projeto Terapêutico Singular (PTS) aparece nas falas como uma ferramenta-chave para viabilizar o cuidado compartilhado, permitindo a escuta dos diversos atores envolvidos e a construção de planos terapêuticos mais integrados, efetivos e contextualizados.

Essa prática, recomendada pela Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2004), potencializa o vínculo entre os membros da equipe e fortalece a ideia de cuidado como ação coletiva. Contudo, os dados indicam que o uso do PTS e de outras metodologias de gestão do cuidado ainda encontra obstáculos importantes, como a sobrecarga de trabalho, a falta de espaços de reunião e, sobretudo, a ausência de formação específica para conduzir esses processos.

Além da articulação horizontal, identificou-se a importância de desenvolver competências de liderança clínica, entendida não como comando autoritário, mas como a habilidade de coordenar processos de cuidado, inspirar a equipe, negociar conflitos e facilitar decisões compartilhadas. Essa perspectiva de liderança relacional e distribuída é defendida por autores como Grumbach e Bodenheimer (2004), que apontam sua relevância na APS contemporânea.

Os marcos formativos nacionais e internacionais também valorizam essas dimensões. A

Resolução CNRM nº 2/2019 e os Milestones da ACGME incluem, entre as competências do médico da APS, a habilidade de liderar equipes interprofissionais, promover a integração da rede e atuar de forma ética e colaborativa. No mhGAP (WHO, 2016), a coordenação do cuidado e a articulação com outros setores são definidas como estratégias centrais para o manejo efetivo de transtornos mentais na atenção primária.

A atuação em rede, por sua vez, exige do profissional não apenas conhecimento dos fluxos e dispositivos da RAPS, mas também capacidade de negociação, escuta qualificada e valorização dos saberes locais. Essa construção, como aponta Campos (2000), exige vínculos institucionais e pessoais, sustentados por confiança e corresponsabilização. O médico da APS, nesse cenário, deve atuar como articulador dos processos de cuidado, promovendo a integração entre os diferentes pontos da rede e evitando a fragmentação do acompanhamento dos usuários.

Portanto, formar médicos com competências para o trabalho em equipe, a liderança clínica e a gestão de casos em rede é fundamental para ampliar a resolutividade da APS em saúde mental e garantir um cuidado mais ético, integral e centrado na pessoa. Trata-se de uma dimensão que não pode ser relegada à experiência empírica, devendo compor intencionalmente os programas formativos por meio de vivências supervisionadas, metodologias ativas e práticas de reflexão sobre o processo de trabalho.