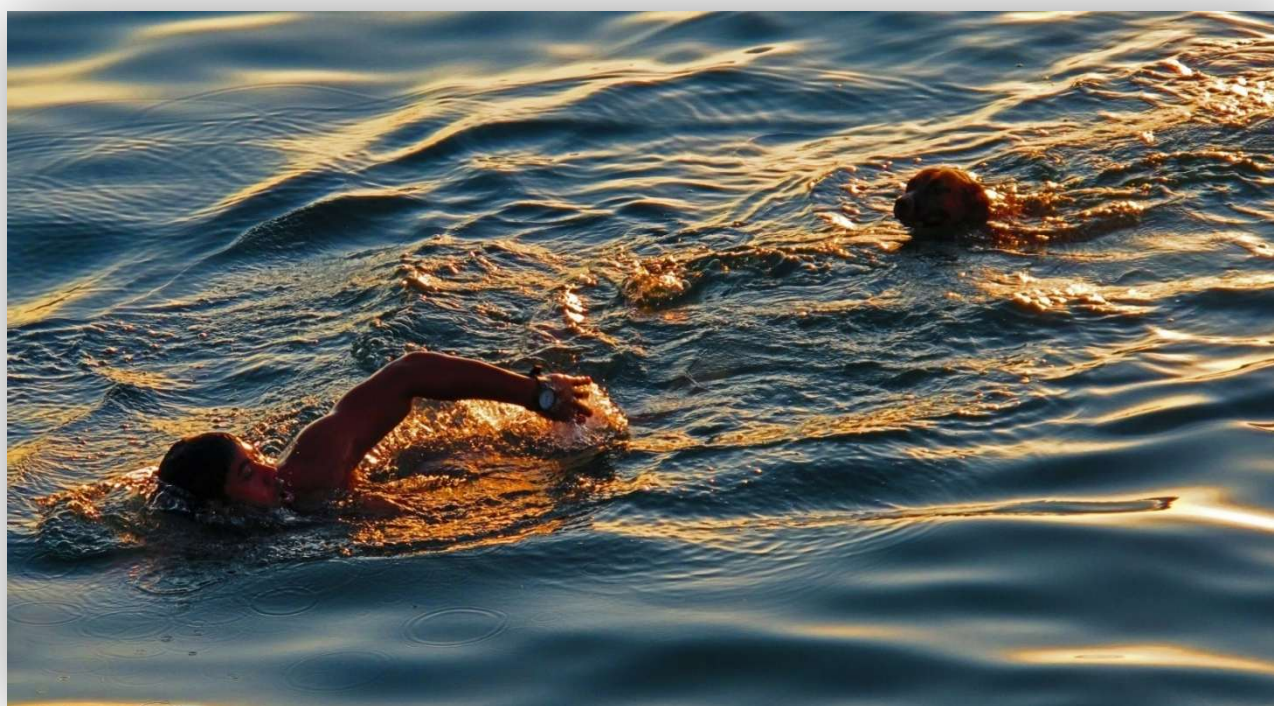


Guia de Intervenções Psicossociais para Transtornos Mentais Comuns

Para médicos da Atenção Primária à Saúde



**Victoria Petenati da Rouare
Tiago Rocha Pinto**

Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em
Saúde da Família, Faculdade de Medicina de Botucatu,
Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho,
Campus de Botucatu.

Guia de Intervenções Psicossociais para Transtornos Mentais Comuns

Para médicos da Atenção Primária à Saúde

Autores:

Mestranda Victoria Petenati da Rouare

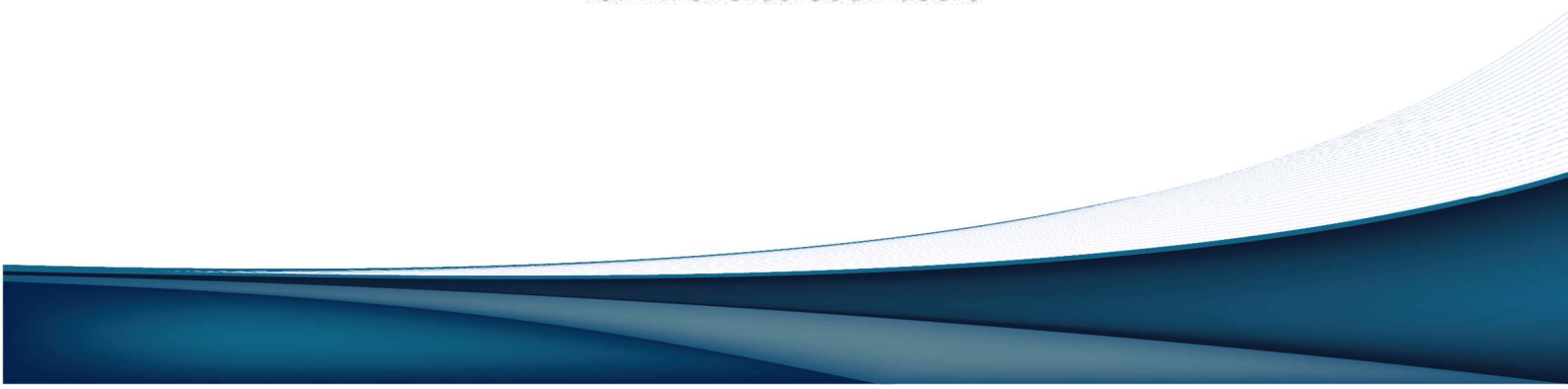
Prof. Dr. Tiago Rocha Pinto

Título: Guia de Intervenções Psicossociais para Transtornos Mentais Comuns

Formato: Livro Digital

Veiculação: Digital

ISBN: 978-65-5067-058-0





Esta obra é licenciada sob uma licença **Creative Commons Atribuição-NãoComercial-SemDerivações (CC BY-NC-ND 4.0)**. Esta licença permite a cópia e redistribuição do material, em qualquer suporte ou formato, sem fins comerciais, desde que o crédito seja atribuído ao autor. Traduções, adaptações ou outras modificações a partir do material não podem ser distribuídas. Os termos da licença são detalhados em <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/legalcode.pt>.

ROVARE, Victoria Petenati da. A vida difícil das pessoas: abordagens dos médicos da Atenção Primária à Saúde aos transtornos mentais comuns e uso de intervenções psicossociais. 2024, 80 p. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família). Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Medicina, Botucatu, 2024.

Sistema de geração automática de fichas catalográficas

Rovare, Victoria Petenati da

Guia de Intervenções Psicossociais para Transtornos Mentais Comuns [recurso eletrônico] : para médicos da Atenção Primária à Saúde / Victoria Petenati da Rovare. — Botucatu, 2024.

52 p. ; PDF ; 4993 kB : il. color., fotos color.

Recurso educacional derivado de dissertação de Mestrado Profissional em Saúde da Família - Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Medicina, Botucatu. Orientado por Tiago Rocha Pinto.

ISBN 978-65-5067-058-0

1. Saúde mental 2. Transtornos mentais 3. Atenção primária à saúde 4. Médicos de atenção primária 5. Saúde da família

Lista de siglas e quadros

APS – Atenção Primária à Saúde

eMulti – Equipe Multiprofissional

IMAO – Inibidor da Monoamina Oxidase

ISRS – Inibidor Seletivo de Recaptação de Serotonina

OMS – Organização Mundial da Saúde

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

PNPIC – Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares

SNC – Sistema Nervoso Central

SUS – Sistema Único de Saúde

TMC – Transtorno Mental Comum

WHO – World Health Organization

WONCA – World Organization of Family Doctors

Quadro 1 - Questões para abordagem de problemas com competência cultural

Quadro 2 - Esquema simplificado para utilização da Terapia de Resolução de Problemas

Quadro 3 - Modelo conceitual do autocuidado

Quadro 4 - Psicoeducação para ansiedade

Quadro 5 - Perguntas para iniciar organização de atividade em grupo

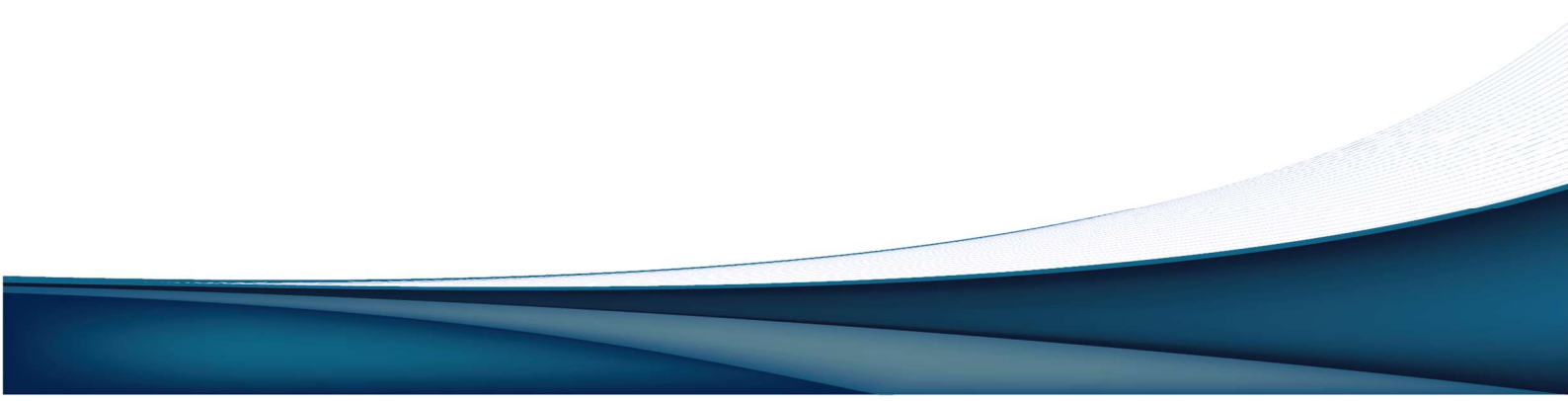
Quadro 6 - Regras da Terapia Comunitária

Quadro 7 - Etapas da Terapia Comunitária

Quadro 8 - Recomendações para prática iniciante de Mindfulness

Quadro 9 - Técnica meditativa Mindfulness para iniciantes ancorada na respiração

Quadro 10 - Quando solicitar matriciamento



Sumário

Apresentação	2
Os Transtornos Mentais Comuns	4
Intervenções Psicossociais	6
1. Escuta terapêutica	8
2. Terapia de Resolução de Problemas	10
3. Terapia interpessoal	14
4. Reatribuição de sintomas	16
5. Suporte ao autocuidado	17
6. Ativação comportamental	19
7. Atividade física	21
8. Psicoeducação	23
8.1. Ansiedade e crises de pânico	23
8.2. Depressão	27
8.3. Insônia	28
9. Entrevista motivacional e intervenção breve	29
10. Apoio social	31
11. Intervenções em grupo	32
12. Terapia Comunitária	35
13. Fitoterapia	37
13.1. <i>Valeriana officinalis</i> - Valeriana	37
13.2. <i>Passiflora incarnata</i> - Maracujá	38
13.3. <i>Hipericum perforatum</i> - Erva-de-São-João	38
13.4. <i>Erythrina mulungu</i> - Mulungu	38
13.5. <i>Paullinia cupana</i> - Guaraná	39
13.6. <i>Lavandula angustifolia</i> - Lavanda	39
13.7. <i>Melissa officinalis</i> - Erva-cidreira, Melissa	40
13.8. <i>Citrus aurantium</i> - laranja-amarga	40
14. Relaxamento, meditação e técnicas respiratórias	41
15. Equipes multidisciplinares e apoio matricial	45
Conclusão	47
Referências	48

Apresentação

O presente guia se propõe a sistematizar um conjunto de intervenções não-psicotrópicas que podem ser utilizadas na prática do cuidado a usuários com Transtornos Mentais Comuns (TMC) na Atenção Primária à Saúde (APS). Considerando a alta prevalência dos TMC, que essas demandas costumam ser apresentadas nas consultas médicas e que estão também relacionadas a outros adoecimentos, esse produto visa a incorporação de abordagens baseadas em evidências ao repertório terapêutico de médicos da APS frente a situações muito recorrentes na prática, em que os indivíduos têm particularidades que necessitam de abordagem integral individualizada.

Busca-se aqui que os médicos da APS aprimorem o acolhimento a queixas relacionadas ao sofrimento psíquico e possam obter maior resolutividade com as condutas utilizadas, através do reconhecimento de novos olhares em saúde, interesse e valorização de diferentes saberes e estímulo à promoção da saúde integral. Vale reforçar que é benéfica a descentralização desse cuidado no médico e utilização de abordagens multiprofissionais.

Foram inclusas diferentes modalidades e racionalidades de abordagens psicológicas, sociais e integrativas, sem a pretensão de esgotá-las. As que serão apresentadas foram escolhidas com base em aplicabilidade e relevância ao contexto da APS e validação em literatura, após a realização de estudo qualitativo das práticas médicas para os TMC na APS. As intervenções apresentadas devem compor uma gama particular de cuidados escalonados com a necessidade,

objetivando estímulo a regulação, percepção e cuidado de si próprio através do vínculo terapêutico, integração com o ambiente e a sociedade e da visão ampliada da saúde.

O tratamento medicamentoso pode também compor planos terapêuticos, devendo a prescrição ser considerada criteriosamente de acordo com a gravidade dos sintomas e disponibilidade de recursos. Sendo já extensamente abordado nas formações médicas, o uso de psicofármacos não será discutido nesse material. Também nos casos em que se indica o tratamento medicamentoso é benéfica a utilização de outras abordagens psicossociais.

Espera-se que esse material possa embasar a nível local a realização de oficinas e discussões entre profissionais médicos e de saúde mental e/ou apoio matricial. O desenvolvimento das habilidades interpessoais ocorre principalmente com a prática, as trocas de saberes e a integração com os profissionais e equipamentos da rede do seu município.

Os Transtornos Mentais Comuns

Os TMC são causa muito frequente de procura por serviços de APS, com estimativas de que podem estar presentes em mais da metade dos atendimentos. São um conjunto amplo de adoecimentos relacionados ao sofrimento psíquico, que se manifestam através de sintomas de linha ansiosa, depressiva ou de somatizações. Com uma gama muito variável de sinais e sintomas mentais e/ou físicos, os TMC, quando identificados, costumam receber diagnósticos diversos dentro das síndromes ansiosas e depressivas, apesar de frequentemente serem mistos ou não apresentarem todos os critérios. Estão também presentes em muitos sintomas físicos sem justificativa orgânica observável (“de origem psicológica”), reações ao estresse e outros, de intensidade que afeta atividades, saúde e qualidade de vida do indivíduo.

Tal volume de atendimentos mobiliza recursos das equipes de saúde e impacta a organização dos serviços. Sendo tão prevalentes, esses adoecimentos sobrecarregam as equipes da APS, e não é possível “encaminhar” todos os pacientes a profissionais de saúde mental sem sujeitá-los a longas esperas. As equipes de apoio matricial ou eMulti, quando presentes, também devem priorizar os atendimentos de maior gravidade e risco, ficando os casos mais leves em geral sob cuidado da equipe de referência.

É comum que o TMC, quando abordado em contexto de cuidado médico na APS, receba tratamento medicamentoso com psicofármacos. Esse recurso, porém, tem eficácia questionável em muitos casos. Há evidências de pouco ou nenhum efeito de

antidepressivos na depressão leve ou moderada por exemplo, sendo o benefício maior em quadros graves.

Na prática os médicos reconhecem a insuficiência das medicações na abrangência da complexidade da vida das pessoas. O cuidado aos TMC permanece um desafio dado o envolvimento de determinantes sociais, econômicos, culturais, familiares e individuais. Ao médico da APS que produz cuidado integral e promoção de uma saúde ampla em sentido e qualidade, são necessárias abordagens acessíveis e não estigmatizantes em saúde mental incorporadas à rotina.

Intervenções Psicossociais

Diversos provedores como psicólogos, assistentes sociais, médicos, enfermeiros, terapeutas, líderes religiosos, cuidadores e outros podem oferecer intervenções psicológicas e sociais. Ainda que não perceba, o médico em toda relação de cuidado em saúde, viva e transpessoal, está praticando certa abordagem psicoterápica. E tantas vezes ela é realizada de forma aleatória, empírica e até iatrogênica. Dadas as repercussões que as atitudes do profissional têm sobre a pessoa adoecida, com significado terapêutico ou anti-terapêutico, mostra-se a necessidade de o médico ampliar seu entendimento da psique humana em suas práticas. Além disso, é imperativa a consideração do contexto social, atuação dentro dele e integração das dimensões do ser humano. Nesse tipo de abordagem, encontra-se o potencial de obtenção de resultados mais duradouros e independentes através do processo e forma de cuidado.

Uma vez que o cuidado na APS integra a saúde física-emocional-mental-existencial-social em sua própria estrutura, essa abordagem abrangente não está limitada a poucas técnicas e deve perpassar todo o cuidado. Na prática, o domínio de competências em saúde mental se estabelece através do desenvolvimento profissional contínuo nas atividades das redes de atenção, interconsultas, atendimentos compartilhados, espaços de discussão e reflexão, além de atividades formativas.

Como base para a prática integral em saúde mental na APS, diferentes intervenções psicossociais variam desde o apoio interpessoal empático até abordagens estruturadas pertencentes a

racionalidades psicológicas, sociais e integrativas. Dentre os elementos centrais para o desenvolvimento das abordagens encontram-se a linguagem, a narrativa e a resiliência (Gusso e Lopes, 2018). A seguir, discorre-se sobre intervenções psicossociais selecionadas, que podem possibilitar a construção de cuidados integrais aplicáveis à realidade da APS brasileira.

1. Escuta terapêutica

A escuta tem função terapêutica ligada ao acolhimento, cuidado e atenção proporcionados pelo profissional. Pode ser definida como *Escuta Ativa, Escuta Qualificada, Escuta Empática*, sendo termos que se sobrepõem para descrever uma postura que oferece atenção criteriosa às mensagens verbais e não verbais, interesse pelo que está sendo dito, encorajamento à continuidade da fala, aproximação, demonstração de empatia e oferecimento de suporte.

O desenvolvimento da escuta deve ser feito em ambiente calmo e reservado. A atenção do profissional deve estar tanto no discurso quanto na linguagem corporal, sendo o corpo uma importante forma de expressão. Além da atenção às mensagens do paciente, o médico deve realizar contato visual e demonstrar interesse em seus gestos (WONCA, 2017).

A fala, processo de manifestação do pensamento, é essencialmente consciente e significativa, e no contato terapêutico pode expressar sentimentos, pensamentos e preocupações com o auxílio de atitudes do médico. São ferramentas para a realização da escuta terapêutica: responder de modo a verificar a compreensão da mensagem através de perguntas abertas e feedback; encorajar a reflexão repetindo, resumindo ou parafraseando o que foi dito; perceber sinais; evitar minimizar sentimentos, dar soluções fáceis ou interromper; usar o silêncio para encorajar a expressão. De forma aberta, aborda-se a experiência subjetiva no adoecimento (Gusso e Lopes, 2018; WONCA, 2017).

O Método Clínico Centrado na Pessoa, abordagem à consulta médica, consiste em quatro componentes: explorando a saúde, a

doença e a experiência da doença; entendendo a pessoa como um todo – o indivíduo, a família e o contexto; elaborando um plano conjunto de manejo dos problemas; e intensificando a relação entre a pessoa e o médico. A Clínica Ampliada e Compartilhada, diretriz da Política Nacional de Humanização do SUS, propõe forma de trabalho que integra enfoques biológico, psíquico e social. Essas sistematizações, como rotina da APS, permitem a identificação e abordagem dos sofrimentos que permeiam o adoecimento com a utilização das competências adequadas (Brasil, 2009; Gusso e Lopes, 2018).

A OMS em documento que fomenta a integração da saúde mental à APS (WHO e WONCA, 2008) organiza ferramentas para subsidiar a atuação dos profissionais. Uma delas, traduzida livremente aqui, traz perguntas para a competência cultural na abordagem dos problemas (Quadro 1).

Ferramenta de competência cultural

O que você acha que causou o seu problema?

Por que você acha que o problema começou naquele momento?

O que você acha que seu problema faz com você? Quais são os principais danos que ele te causou?

Quão sério é o seu problema? O que você mais teme sobre ele?

Qual tipo de tratamento ou ajuda você acha que deveria receber?

Como você seria tratado na sua própria cultura?

A sua comunidade está te ajudando com o seu problema? Como?

O que você já fez pelo seu problema até aqui?

Quais são os resultados mais importantes que você espera obter com o tratamento?

Quadro 1: Questões para abordagem de problemas com competência cultural.

Traduzido de WHO e WONCA, 2008, p. 190.

2. Terapia de Resolução de Problemas

Terapia de Resolução de Problemas é uma intervenção psicológica focada da linha da Terapia Cognitivo-Comportamental. Técnicas surgiram como resposta a observações de que pessoas deprimidas tendem a ter capacidade reduzida para resolver problemas pessoais e sociais, e especificamente a Terapia de Resolução de Problemas foi desenvolvida para aplicação em contexto de APS, sendo testada com médicos e enfermeiros. Seus objetivos são ajudar o paciente a desenvolver habilidades de resolução de problemas que podem ser aplicadas a questões da vida diretamente ligadas a sintomas psicológicos e somáticos. Para isso, visa-se a facilitação para que o paciente identifique problemas ou conflitos como causa de sofrimento, o reconhecimento de recursos para resolver suas dificuldades, o empoderamento do paciente sobre situações adversas e oferecer apoio ao longo do processo de resolução de forma sequencial, estruturada e que possa ser aplicada a problemas futuros. (Chiaverini et al., 2011; Menezes, 2012; Pierce, 2012; WONCA, 2017).

Pode ser utilizada em várias situações incluindo depressão, ansiedade, alterações do sono e outras. É a intervenção com maior evidência de efetividade para os TMC, sendo útil para um grupo de pacientes que sente sobrecarga por múltiplos problemas e não tem diagnóstico específico (Menezes, 2012, Pierce, 2012). Em episódios depressivos, mostrou-se eficaz em melhorar sintomas e funcionalidade, semelhante às medicações antidepressivas (inibidores seletivos de recaptação de serotonina e tricíclicos) e outras terapias psicossociais, e superior ao placebo, podendo ser utilizada

concomitante ao uso de medicação, mas sem efeito aditivo. Para pacientes com ansiedade o benefício não está estabelecido (Pierce, 2012).

O uso da Terapia de Resolução de Problemas condiciona-se à identificação de pacientes e situações em que ela pode ser útil. Pacientes vivenciando problemas que podem ser relacionados a determinada sintomatologia, que se sentem sobrecarregados ou confusos, podem ser encorajados a definir claramente e lidar com o problema. Porém, indivíduos cujo pensamento em geral tem padrão negativo e pessimista podem precisar de outras abordagens. Problemas que não têm soluções aplicáveis, como questões existenciais, sociais ou traumáticas não são elegíveis, necessitando de suporte e outras estratégias de enfrentamento. Contextos sociais e culturais devem ser considerados, incluindo na conceitualização do problema e significação para o paciente, além de nas potenciais soluções (Pierce, 2012, WONCA, 2017).

Para situações de vulnerabilidade e adversidade, a OMS produziu o *Enfrentando Problemas Plus (EP+): Atendimento psicológico individual para adultos com angústia em comunidades expostas à adversidade*. Manual completo em:

https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/55865/OPASWBRANMH220019_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y



A aplicação de Terapia de Resolução de Problemas é simples e não requer treinamento extenso, podendo ser utilizada por médicos e enfermeiros brevemente capacitados e utilizando suas próprias competências de solução dos problemas. Aos médicos que já executam esse tipo de aconselhamento, aprender envolve refinar as habilidades. Uma versão simplificada pode ser utilizada em consultas de 15 a 30 minutos, geralmente em 4 a 6 encontros individuais ou em grupo. Ao oferecer estrutura a consultas complexas, pode-se limitar sua duração de forma favorável à organização da APS (Chiaverini et al., 2011; WONCA, 2017).

A metodologia envolve etapas organizadas, descritas abaixo. Após, um quadro simplificado é apresentado para aplicação prática (Quadro 2). Inicialmente, com a identificação de situação aplicável, procura-se orientação ao problema (respostas cognitivo-afetivo-comportamentais da pessoa ao se defrontar com o problema, visando o seu enfrentamento). Ao listar problemas, elege-se o prioritário, que será abordado. No caso de problema complexo, pode ser desmembrado em problemas “menores”. Devem ser pensadas metas para o problema, que sejam alcançáveis. Com isso, levantam-se alternativas a serem discutidas em seus prós e contras, e elege-se a solução. Deve ser criado plano de ação para executar a solução eleita, e ao longo de sua implementação verifica-se o progresso evitando visões negativas do tipo “tudo ou nada” (Chiaverini et al., 2011; Jacob, 2002; Pierce, 2012).

Problemas: 1. _____ 2. _____ 3. _____	Selecionar um para abordar: desmembramento (se necessário)
Metas: _____ _____ _____	Específicas? Mensuráveis? Atingíveis? Relevantes?
Soluções possíveis: 1. _____ 2. _____ 3. _____	Prós / Contras: Selecionar uma: _____ _____ _____
Plano de ação: 1. _____ 2. _____ 3. _____	Avaliação do andamento:

Quadro 2: Esquema simplificado para utilização da Terapia de Resolução de Problemas.
Traduzido e adaptado de Pierce, 2012, p. 2.

3. Terapia interpessoal

Terapia Interpessoal ou Terapia Interpessoal Breve é uma intervenção psicológica organizada para ser reproduzida por diferentes terapeutas de forma breve e focal, sendo uma modalidade de tratamento reconhecidamente eficaz para transtornos afetivos (depressão em diferentes fases – adolescentes, idosos, pós-parto; bipolar; distímia), transtornos alimentares, portadores de HIV, estresse pós-traumático, conflitos conjugais, disputas interpessoais, luto, transição de papéis (rompimentos, traumas), sensibilidade interpessoal e outros (Menezes, 2012).

A terapia se baseia no modelo biopsicossocial de compreensão do sofrimento psíquico. Considera o funcionamento do indivíduo o resultado da interação entre temperamento, personalidade e características de apego e vínculo, estruturados na interação entre genética, meio sociofamiliar e cultura. O foco da Terapia Interpessoal está sobre a conexão entre os sintomas apresentados e o conjunto de problemas relacionais pelos quais a pessoa está passando, trabalhando as relações interpessoais. Tem objetivo de aliviar sintomas e disfunções sociais, reestruturando o funcionamento interpessoal, incentivando o paciente a reconhecer e comunicar suas necessidades a pessoas significativas (Chiaverini et al., 2011; Menezes, 2012).

Em geral pode ser desenvolvida por profissional da APS em conjunto com matriciador especializado em saúde mental, e divide-se em três fases, em quantidade variável de encontros. Na primeira fase são feitos diagnósticos, investigação da história do sofrimento e contexto das relações interpessoais, psicoeducação (ver item 8) e

determinação do foco do tratamento. Na fase intermediária foca-se no problema interpessoal com estratégias para melhorar o funcionamento. E na fase final encerra-se a intervenção com reconhecimento dos progressos e consolidação das mudanças, evitando recaídas (Chiaverini et al., 2011; Menezes, 2012).

4. Reatribuição de sintomas

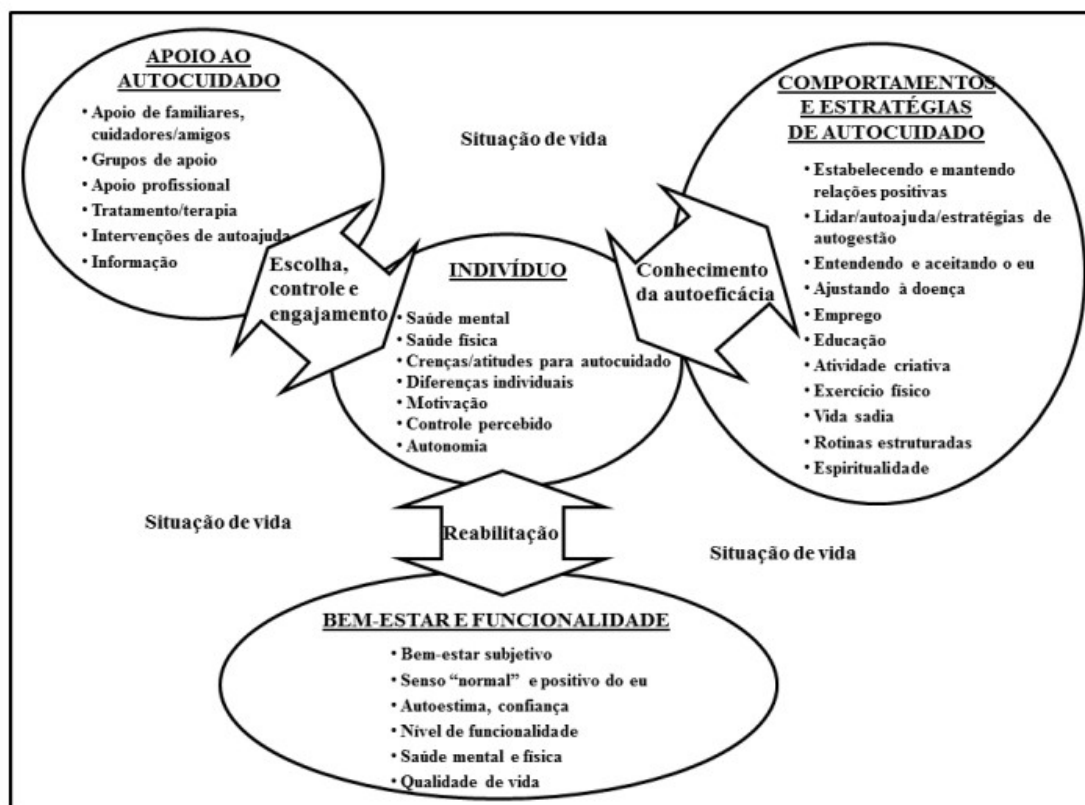
É um processo de abordagem às pessoas com sintomas físicos sem explicação biológica associados ao sofrimento, o chamado *Sofrimento Difuso*. As queixas físicas, apesar de em geral serem mais valorizadas por profissionais de saúde, acabam por desviar o foco do cuidado. Devem-se evitar investigações desnecessárias e placebos, que reforçam crença em causa orgânica. Reatribuir, nesse contexto, significa construir a conexão entre queixas somáticas e sofrimento psíquico, atribuir o sintoma a um sofrimento que não tem origem no corpo, e dar a ele o cuidado necessário. A reatribuição não se dá em apenas uma consulta, fazendo parte do cuidado longitudinal na APS. Após o trabalho de reatribuição, se segue a abordagem da situação, elaboração e resolução de problemas (Brasil, 2013; Chiaverini et al., 2011; Gusso e Lopes, 2018).

As etapas da reatribuição são quatro: sentindo-se compreendido (anamnese ampliada); ampliando a agenda (feedback e associação de sintomas a eventos); fazendo o vínculo (construção de modelos explicativos); e negociando o tratamento (pactuação de projeto terapêutico) (Chiaverini et al., 2011).

5. Suporte ao autocuidado

Autocuidado trata da contribuição do indivíduo para o seu próprio bem-estar, na execução de condutas prescritas e em atividades benéficas da vida cotidiana. Nessa questão, o papel dos serviços de saúde torna-se o de criar ambiente de suporte favorável, com apoio para que as pessoas conduzam aspectos do seu próprio cuidado. O suporte se baseia no espaço para escolha e controle do tratamento e possibilidade de compartilhar decisões com um profissional. O entendimento de autocuidado é amplo, abrangendo conceitos de reabilitação, autoajuda e autoadministração. O modelo apresentado abaixo (Quadro 3), que organiza os conceitos correlatos, pode ajudar a planejar o nível de suporte necessário em intervenções baseadas no autocuidado e autonomia do indivíduo.

Ao tratar de saúde mental, dificuldades das abordagens de autocuidado podem ser a subestimação do grau de incapacidade causada pelo adoecimento, deixando o indivíduo sem suporte, ou por outro lado, o protagonismo do profissional, perdendo o foco no usuário. Sendo o autocuidado muito particular, é preciso que o usuário encontre as atividades que lhe sejam mais adequadas com apoio equilibrado do serviço de saúde.



Quadro 3: Modelo conceitual do autocuidado.

Fonte: Menezes, 2012 (traduzido de Lucock et al., 2011), p. 165.

6. Ativação comportamental

Ativação comportamental ou terapia de ativação é o apoio e incentivo à realização de atividades planejadas prazerosas ou benéficas. Pessoas em elevado sofrimento tendem a deixar de realizar atividades que lhes dão prazer, ao mesmo tempo que aumentam pensamentos negativos e ruminações que pioram o quadro geral. Dessa forma, a retomada de ações simples como passear, ir ao cinema ou parque, cuidar do jardim, cozinhar, fazer esporte, ler, costurar, entre outras, visa aumentar os momentos prazerosos e as interações sociais, melhorar a autoestima, o humor, o sono e a qualidade de vida, reforçando pensamentos e sensações positivas.

Deve-se avaliar se a pessoa acompanhada por TMC continua a fazer atividades que dão satisfação ou tranquilidade, quais são essas atividades e de que forma seria possível retomá-las. Isso é particularmente importante na população idosa, que é mais propensa ao isolamento social, e nos trabalhadores e mulheres com tempo pessoal restrito (Brasil, 2013; WONCA, 2017).

É importante elaborar um plano viável de retomada de tais atividades, com reforço do compromisso consigo mesmo e atenção ao estado motivacional do sujeito, de modo a dosar a expectativa sem provocar frustrações. As atividades são negociadas utilizando abordagem centrada no paciente, podendo-se utilizar a metáfora de uma “agenda positiva”. A depender da situação, as atividades podem iniciar com básicos do dia-a-dia como alimentação, higiene ou sono e incorporar atividades individuais prazerosas ou sociais (Chiaverini et al., 2011; WONCA, 2017).

O registro em prontuário dos acordos pactuados com o usuário deve ser feito a fim de que outros profissionais da equipe possam participar e incentivar o processo, motivando a pessoa a estabelecer espaço de autocuidado, lazer e satisfação em sua vida (Brasil, 2013; Chiaverini et al., 2011).

7. Atividade física

Evidências apontam que atividade física é tão efetiva quanto tratamentos psicológicos ou farmacológicos para depressão e insônia, sendo superior a nenhuma intervenção, e o mesmo parece se aplicar à ansiedade. Os exercícios trazem benefícios mesmo quando são leves ou eventuais, devendo ser incentivados de acordo com a realidade possível de cada paciente. Orientação específica pode ser prescrita com tipo, intensidade e tempo indicado de atividade, conforme avaliação e decisão compartilhada (WONCA, 2017).

A atividade física pode ser de intensidade leve, moderada ou vigorosa, a depender do grau de esforço físico necessário para realizá-la. Pode ser realizada no tempo livre, no deslocamento, no trabalho ou estudo e nas atividades domésticas, havendo benefício às capacidades físicas e saúde geral em qualquer tempo e lugar que for adequado à rotina. O *exercício físico* é um tipo de atividade física planejada, estruturada e repetitiva com o objetivo de melhorar ou manter capacidades físicas e/ou peso (Brasil, 2021a).

Para adultos, são recomendados pelo menos 150 minutos (30 minutos 5 vezes por semana, 50 minutos 3 vezes por semana, etc.) de atividades moderadas, ou 75 minutos de atividades vigorosas, sendo possível a combinação de intensidades diferentes. Se o recomendado parecer uma meta muito grande para um indivíduo com a motivação ou capacidade comprometida, comece com pequenas mudanças e aumente gradativamente. Lembrar que qualquer atividade é melhor do que nenhuma. Recomendações gerais e específicas a grupos populacionais são encontradas no *Guia de Atividade Física Para a*

População Brasileira, do Ministério da Saúde, que pode ser acessado em:

<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/e-cv/publicacoes/guia-de-atividade-fisica-para-populacao-brasileira/view>



8. Psicoeducação

São orientações voltadas ao entendimento do adoecimento, caracterização da patologia e empoderamento do paciente para melhora da sua própria saúde. Pode reduzir o estigma, a culpa e a resistência ao tratamento através da compreensão dos processos, do suporte e da promoção da autoajuda (por exemplo no manejo de crises). É fundamental no tratamento da ansiedade e da insônia, e na depressão tem papel na prevenção de recaídas (WONCA, 2017). O esclarecimento acerca do que o indivíduo vivencia desfaz fantasias e oferece informação, aumentando a sensação de controle e reduzindo a ansiedade e a depressão, facilita a reflexão e permite reestruturação que repercute nos sintomas emocionais e físicos (Chiaverini et al., 2011). A seguir, orientações voltadas para situações específicas da prática:

8.1. Ansiedade e crises de pânico

O uso de técnicas não deve obedecer a um roteiro rígido, sendo adaptado às circunstâncias e preferências do profissional e do paciente (Agostinho e Katz, 2017). A seguir exemplos práticos para psicoeducação em situações de ansiedade (Quadro 4):

T O D O S	Explicar ao paciente o que ele tem e como funciona o tratamento. Deixar claro que a ansiedade depende de uma soma de fatores que incluem vulnerabilidade genética, estressores ambientais e hábitos de vida. Dizer que medo e ansiedade são emoções normais que representam um “sinal de alarme”, e que o problema é esse “sinal de alarme” disparar quando não há perigo. Os tratamentos ajudam o paciente a consertar esse mecanismo e é importante falar que foram estudados e demonstraram ser eficazes em pacientes semelhantes a ele. Abordar motivações para o tratamento: • Quais as expectativas do paciente sobre o tratamento? • Qual é o papel dele no processo de melhora? • Liste aspectos negativos relacionados à ansiedade e aspectos positivos de estar livre dos sintomas ansiosos Investigue barreiras ao tratamento e elabore um plano de como ultrapassá-las. Não seja autoritário: Auxilie o paciente a compreender o balanço entre os aspectos negativos da ansiedade e os aspectos positivos de não sofrer mais com os sintomas.
Pacientes com pensamentos negativos ou desagradáveis (por exemplo, preocupação excessiva na ansiedade generalizada, pensamentos de morte em um ataque de pânico):	Instruir sobre como enfrentar pensamentos negativos ou desagradáveis: • Questione a fundamentação lógica dos pensamentos catastróficos. Pacientes com ansiedade costumam tirar conclusões precipitadas e catastróficas de pequenas coisas. O pensamento ansioso é automático e é entendido como uma verdade, o paciente não questiona sobre ele. Ajude o paciente a desenvolver processos para refletir sobre a fundamentação lógica dos pensamentos. Por exemplo: pensamentos de morte em ataques de pânico podem ser questionados tendo em vista episódios prévios que foram

	passageiros e não tiveram repercussões na saúde física; • Não tente afastar pensamentos negativos: O segredo é não dar importância a eles. Mostre ao paciente como não é produtivo tentar afastar pensamentos negativos. É quase impossível tentar “não pensar” em alguma situação, e esse esforço acaba por aumentar a frequência e a intensidade dos pensamentos. Ressalte que o importante é não dar importância aos pensamentos desagradáveis, o que faz com que eles vão desaparecendo com o tempo.
Comportamentos evitativos e medos (por exemplo, situações sociais em pacientes com fobia social, lugares fechados em pacientes com agorafobia):	Instruir sobre como enfrentar situações temidas: • Faça com o paciente uma lista das situações temidas e planeje um plano de enfrentamento que vai da situação menos temida para a mais temida. Todos os dias o paciente deve ter uma tarefa de enfrentamento. Esta tarefa deve durar algum tempo, ou seja, o paciente tem que enfrentar os sintomas de ansiedade e observar que ele diminui com o tempo. Avise-o que pensamentos catastróficos irão surgir e trabalhe com ele para buscar dados de realidade e ver que os pensamentos não têm fundamentação lógica (ver abaixo).
Para pacientes com compulsões (por exemplo, checagem no TOC):	Instruir sobre como lidar com as compulsões/rituais: • Faça um esquema para prevenir rituais. Pacientes com TOC se sentem compelidos a realizar determinados rituais em resposta a pensamentos negativos. A tarefa é simples: Informar o paciente a não fazer esses rituais e impedir que eles ocorram. Oriente-o a interromper rituais ou ruminações com a palavra “Pare” e a procurar distrair-se com algo que prenda mais a atenção. No TOC, a aflição costuma desaparecer entre 15 minutos e 3 horas. A cada exercício, a

	intensidade e a duração do desconforto são menores.
Para pacientes que vão iniciar tratamento com psicofármacos (por exemplo, antidepressivos ou benzodiazepínicos):	Informar sobre os psicofármacos: • Oriente sobre o tempo de início de ação dos medicamentos. Informe sobre possíveis efeitos adversos (como piora da ansiedade no início do tratamento), lembrando que são manejáveis e muitas vezes passageiros. Lembrar que pacientes com ansiedade são sensíveis aos efeitos adversos e tendem a focar nos seus sintomas. Avise que os fármacos não podem ser descontinuados de forma abrupta pelo risco de abstinência. Explique que o tratamento será iniciado com doses baixas e que o aumento será gradual até a resposta desejada. Informe que o tratamento deve durar pelo menos um ano após a remissão dos sintomas para minimizar o risco de recaída. Esclareça que antidepressivos não causam dependência e que se deve ter cuidado com os benzodiazepínicos pelo risco de dependência; • Reforce que os medicamentos funcionam e são capazes de minimizar o sofrimento. Boa parte dos pacientes não acredita na eficácia dos psicofármacos ou acha que eles não vão ajudar. Assim, é importante ressaltar que os medicamentos já foram testados em pessoas com quadros muito semelhantes. Enfatize os benefícios do tratamento.

Quadro 4: Psicoeducação para ansiedade. Fonte: Agostinho e Katz, 2017.

Para o manejo de crises de ansiedade ou pânico (Brasil, 2024a):

- Tranquilizar o paciente informando que os sintomas são provenientes de uma crise de ansiedade, não sendo uma condição clínica grave com risco de morte iminente;

- Reconhecer que a crise é desagradável e causa mal-estar muito forte, ressaltando que isso também ocorre com um grande número de pessoas;
- Reforce que é de caráter passageiro (cerca de poucos minutos);
- Instrua o paciente a respirar pelo nariz, e não pela boca: Ele precisa tentar controlar a frequência de inspirações no intuito de não hiperventilar;
- Nos pacientes com sintomas de predominância respiratória, relacionados à hiperventilação, orientar a respiração diafragmática (ver item 14).

Muitas vezes a tranquilização e o caráter autolimitado dos sintomas são suficientes para terminar com a crise. Recomenda-se a utilização de medicações de resgate no caso de falha dessas medidas ou crise muito intensa.

8.2. Depressão

- Fornecer informações durante a consulta e/ou em grupos terapêuticos sobre o que é a depressão;
- Orientar sobre sintomas físicos e mentais decorrentes da depressão ou agravados por ela, que os sintomas são parte do quadro e não características do paciente;
- Considerar particularidades em pessoas com doenças crônicas;
- Se necessário, informar como deverá ser o tratamento medicamentoso (tempo de início de ação de pelo menos 3 a 4

semanas, necessidade de uso contínuo, especificidades da medicação), ou sobre o tratamento não medicamentoso;

- Pesquisar ativamente sobre ideação suicida, orientar o que fazer se surgirem pensamentos de autoagressão/suicídio.

No caso de identificação de risco de suicídio, apoio de profissional de saúde mental pode ser indicado para o acompanhamento. A depender do risco e particularidades do sujeito, deve-se considerar encaminhamento a outros níveis de atenção. Mais informações sobre o risco de suicídio em:

<https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/depressao/unidade-de-pronto-atendimento/avaliacao-conduta-situacoes-agudas/#pills-risco-de-suicidio>

8.3. Insônia

Orientações sobre funcionamento do ciclo sono-vigília e hábitos para higiene do sono (Brasil, 2024a):

- Estabelecer horários regulares para dormir e acordar;
- Evitar alimentar-se em excesso principalmente à noite;
- Buscar cessação do tabagismo;
- Evitar ingerir bebidas alcoólicas antes de dormir;
- Evitar atividades físicas, estimulantes e uso de telas pelo menos 1h30 antes de dormir;
- Criar um ambiente apropriado para o sono, controlando luminosidade e ruídos conforme possibilidade.

Considerar o uso de fitoterápicos em casos leves e moderados, no caso de higiene do sono adequada (ver item 13).

9. Entrevista motivacional e intervenção breve

Desenvolvida a partir das dificuldades práticas do atendimento a pessoas com dependência de álcool e outras drogas, a entrevista motivacional é uma metodologia para ajudar pessoas a reconhecerem e agirem sobre seus problemas, em particular pessoas com comportamentos adictivos, que relutam ou são ambivalentes quanto à mudança (Miller e Rollnick, 2001).

São utilizadas estratégias de encorajamento e persuasão (não coerção), buscando criar atmosfera positiva que favoreça a mudança por motivação intrínseca da pessoa. Estrutura-se em cinco princípios:

- Expressar empatia: compreensão e aceitação da perspectiva do paciente sem julgamento;
- Desenvolver a discrepância: entre o comportamento presente e metas mais amplas, conscientização das consequências do comportamento atual;
- Evitar a argumentação: confrontos diretos geram oposição e resistência. Ao encontrar resistência, deve-se mudar de estratégia;
- Acompanhar a resistência: o paciente produz *insights* importantes para a solução de seus próprios problemas;
- Promover a autoeficácia: crença na capacidade do indivíduo em realizar uma tarefa e ter sucesso.

As pessoas que enfrentam problemas de abuso de substâncias têm maior probabilidade de terem contato com profissionais não especializados, e os profissionais da APS estão em boa posição para motivar a mudança pois mantém contato prolongado com o pacientes,

mesmo em encontros breves. Além disso, impede-se a estigmatização (Miller e Rollnick, 2001).

Recomenda-se avaliação do padrão de consumo de álcool como rotina desde a adolescência, de modo a notar risco crescente e intervir. Deve-se também considerar o abuso ou a dependência de álcool como possível causa de sintomas ansiosos ou depressivos. Para detecção de problemas relacionados ao uso do álcool, ver questionário AUDIT em:

<https://sites.usp.br/acolhe/avale-seu-consumo/questionario-audit/>.

Ao identificar uso abusivo ou de risco de álcool, ou outros comportamentos de risco, intervenção breve pode ser oferecida no decorrer do atendimento. Procura-se dimensionar o problema e prover aconselhamento, orientação e, em algumas situações, monitoramento periódico do sucesso em atingir as metas assumidas. No caso de dependência de substâncias, outras estratégias mais complexas e atenção especializada se fazem necessárias (Brasil, 2013).

10. Apoio social

É o suporte emocional ou prático dado pela família, amigos e/ou comunidade através do afeto, companhia, assistência e informação. Contribui para a sensação de coerência e controle da própria existência, sendo benéfico para quem recebe e quem oferece. O isolamento e a solidão estão relacionados a diversos adoecimentos, devendo ser pesquisadas as relações interpessoais na consulta e considerado o fortalecimento das redes de apoio.

Atenta-se à exclusão sofrida por indivíduos com transtornos mentais, causada e agravada pelo próprio adoecimento, cercado por preconceitos, estigmas e invisibilidade, além de outras populações excluídas e o isolamento dos idosos. Abordagem familiar, abordagem comunitária, realização de grupos e intersetorialidade estão envolvidos na dinâmica social que movimenta o cuidado da APS (Brasil, 2013; Costa e Ludermir, 2005; Gusso e Lopes, 2018).

11. Intervenções em grupo

Os grupos são importantes recursos terapêuticos na assistência à saúde mental de base comunitária, atuando na estruturação de rede de apoio social, empoderamento, autonomia e participação. Diversas configurações teóricas podem organizar dinâmicas grupais e orientar o facilitador, a depender das características e objetivos. Na APS, são frequentemente incentivados por ações programáticas e com propósito educativo, baseados na transmissão de saber-fazer profissional, mas é notável o impacto em aspectos cruciais ao cuidado ampliado e o potencial de oferecimento de suporte e reflexão. Dada a complexidade dos resultados, evidências convencionais sobre intervenções em grupo são escassas e as informações apresentadas têm base em teoria e relatos de experiência (Brasil, 2013; Chiaverini et al., 2011; Gusso e Lopes, 2018; Menezes, 2012).

A ação comunitária deve ser planejada e ter objetivos claros por meio do conhecimento sobre a situação-problema abordada (Quadro 5). Pode ou não ter participação de profissionais de saúde mental, que quando presentes podem atuar diretamente ou através de apoio matricial. Atributos dos profissionais como gostar de grupos, ter conhecimento sobre eles, ter empatia, intuição, compreensão de processos individuais e coletivos, criatividade, capacidade de comunicação adequada e de coordenação favorecem melhores resultados no desenvolvimento dessas atividades (Chiaverini et al., 2011; Gusso e Lopes, 2018).

Pode-se dividir os grupos da APS em grupos operativos (ensinar-aprender, adesão) e grupos terapêuticos (autoajuda,

psicoterapêuticos). Grupos centrados em agravos prioritários (diabetes, hipertensão), grupos de atividades físicas, planejamento familiar, grupos de adesão medicamentosa são exemplos. Os objetivos comuns e/ou as interações que ocorrem no grupo condicionam a coesão dos seus participantes (Brasil, 2013; Menezes, 2012).

Perguntas para iniciar organização de atividade em grupo

Qual é a situação que a equipe busca atingir?

Que objetivos espera alcançar?

Que tipo de facilitador melhor se ajusta ao grupo a ser formado?

Quais mudanças se pretende e se pode esperar?

Que tipo de grupo será realizado?

Para quais indivíduos?

Sob quais condições?

Quadro 5: Perguntas para iniciar organização de atividade em grupo.
Adaptado de Gusso e Lopes, 2018, p. 1040.

Recomenda-se em geral grupos de 3 a 15 pessoas no máximo, permitindo interação entre todos, semanais, com duração entre uma e duas horas e presença de um ou mais facilitadores, sendo abertos ou fechados. Podem se beneficiar as pessoas com baixa autoestima, humor deprimido, dificuldades de comunicação ou relacionamento e outras. Por outro lado, devem ser desconsiderados para atividades em grupo os indivíduos monopolizadores, com transtornos de conduta, intolerantes à frustração, sem interesse nos outros, que não aceitam a interação e com transtornos de linguagem. Há situações de gravidade que solicitam abordagem conjunta com profissional de saúde mental, dentre outras situações de violência, negligência, drogadição e comportamento violento (Gusso e Lopes, 2018).

No contexto da saúde mental, sugere-se a formação de grupos que busquem a diversidade, promovendo o reconhecimento dos sujeitos pertencentes àquele território. Dessa forma, o grupo é intermediário da relação indivíduo-sociedade em que se produzem subjetividades, sendo o sujeito inseparável das marcas coletivas (Brasil, 2013).

Vale também citar a importância do trabalho em grupo com as equipes, uma das funções do matriciamento em saúde mental. Objetiva-se gerar espaço para discussão e solução de problemas internos, acolher dificuldades de membros da equipe, ampliar a consciência sobre a prática, reforçar a responsabilidade e a solidariedade e contribuir para a prevenção da síndrome de esgotamento no trabalho (*burnout*) (Gusso e Lopes, 2018).

12. Terapia Comunitária

Idealizada pelo psiquiatra, antropólogo e teólogo brasileiro Adalberto Barreto, a Terapia Comunitária foi desenvolvida com base na necessidade de uma comunidade com muitos problemas relacionados aos TMC. Ela organiza-se como um espaço comunitário de compartilhamento de experiências e sabedorias para a cooperação coletiva na superação dos problemas do cotidiano. Está estruturada em cinco pilares teóricos: teoria sistêmica, teoria da comunicação, antropologia cultural, resiliência e a pedagogia de Paulo Freire (Chiaverini et al., 2011; Menezes, 2012).

Em um local em que se possa realizar a roda de conversa, com a presença de um ou dois terapeutas comunitários com formação, grupos se formam a cada encontro com quaisquer pessoas que tenham interesse em participar, em ambiente acolhedor. Podem ser portadores ou não de sofrimento e/ou patologia e o espaço é aberto. São pontuadas as regras do grupo (Quadro 6) e é escolhido o tema do dia dentre os sugeridos pelos participantes. A seguir o participante com o tema escolhido relata a sua história pessoal e o grupo participa com perguntas e falas com objetivo da superação da dificuldade e demonstração de empatia.

Regras da Terapia Comunitária

1. Respeitar quem está falando. Fazer silêncio para escutá-lo
2. Falar da própria história, utilizando a 1ª pessoa do singular (eu)
3. Cuidar para não dar aconselhamento, discursar ou dar sermões
4. Utilizar músicas que tenham a ver com o tema, piadas, histórias e provérbios relacionados
5. Preservar segredo do que é exposto na Terapia Comunitária

Quadro 6: Regras da Terapia Comunitária. Fonte: Brasil, 2013.

Na Terapia Comunitária o grupo compartilha questões da vida, produzindo uma relação entre os sujeitos que podem se reconhecer como rede de apoio. São fortalecidas autonomia e autoestima individual e coletiva, coesão social e práticas culturais. Suas etapas são descritas abaixo (Quadro 7):

Etapas da Terapia Comunitária

Acolhimento	Momento de apresentação individual e das cinco regras.
Escolha do tema	As pessoas apresentam as questões e os temas sobre os quais querem falar. Vota-se o tema a ser abordado no dia.
Contextualização	Momento em que o participante com o tema escolhido conta sua história. O grupo faz perguntas.
Problematização	O mote (questão-chave para reflexão) do dia, relacionado ao tema, é jogado para o grupo.
Rituais de agregação e conotação positiva	Com o grupo unido, cada integrante verbaliza o que mais o tocou em relação às histórias contadas.
Avaliação	Feita entre os terapeutas comunitários

Quadro 7: Etapas da Terapia Comunitária. Fonte: Brasil, 2013, p. 143.

13. Fitoterapia

Medicamentos fitoterápicos são amplamente utilizados nas questões de saúde mental leves e moderadas, sendo opções com menores efeitos adversos e comprovação da eficácia. O uso de plantas medicinais pode vir do saber popular, cultural ou tradicional, e ser amparado cientificamente através dos profissionais de saúde. Além da orientação do uso adequado das plantas domésticas, é possível prescrever medicamentos manipulados ou industrializados, em posologias controladas. Ainda é comum haver barreiras ao seu acesso no SUS, mas a organização de políticas locais tem ampliado o acesso aos fitoterápicos. Muitas vezes usados por períodos determinados, os fitoterápicos podem integrar estratégias de cuidado longitudinal (Brasil, 2012).

A seguir trataremos de fitoterápicos de uso frequente e validado em situações de TMC, dentre os descritos na Farmacopeia Brasileira (Memento Fitoterápico e Formulário de Fitoterápicos) (Brasil, 2021b; Brasil, 2016) com ampla investigação científica de segurança e eficácia.

13.1. *Valeriana officinalis* - Valeriana

Indicações: Efeito sedativo, ansiolítico e antidepressivo.

Contraindicações: Gestantes, lactantes, crianças menores de 12 anos.

Atenção: Aumenta o efeito de anestésicos, barbitúricos e benzodiazepínicos.

Doses: 45 a 125mg de extrato seco ao dia em cápsulas; 1 a 3g ao dia de droga vegetal para decocto. Uso até três vezes ao dia para alívio de



ansiedade ou uma vez antes de dormir na insônia. Efeito a partir de duas a quatro semanas de uso contínuo.

13.2. *Passiflora incarnata* - Maracujá

Indicações: Ansiolítico e sedativo leve.

Contraindicações: Gestantes, lactantes, crianças menores de 12 anos.

Atenção: Interação com sedativos, barbitúricos e varfarina.

Doses: Droga vegetal encapsulada 0,5 a 2g ao dia, em uma a quatro tomadas; 1 a 2g de droga vegetal ou 5 a 8g de folhas frescas em decocto ao dia.



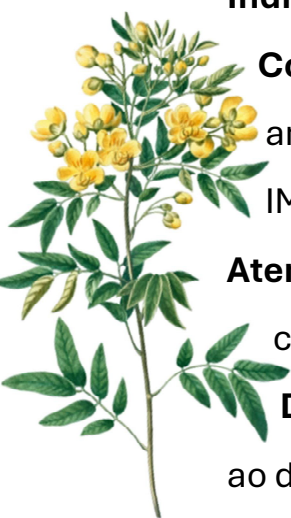
13.3. *Hypericum perforatum* - Erva-de-São-João, Hipérico

Indicações: Antidepressivo de efeito leve a moderado.

Contraindicações: Gestantes, lactantes e crianças menores de 6 anos. Não usar em associação a antidepressivos, principalmente IMAO e ISRS pelo risco de síndrome serotoninérgica.

Atenção: Reduz a concentração de digoxina, varfarina, teofilina, ciclosporina e indinavir.

Doses: Extrato seco (cápsulas ou comprimidos) máximo de 600mg ao dia, em duas a três tomadas (100-200mg duas ou três vezes ao dia). Efeito a partir de duas a quatro semanas de uso contínuo.



13.4. *Erythrina mulungu* - Mulungu

Indicações: Alívio da ansiedade e insônia.

Contraindicações: Gestantes, lactantes, menores de 18 anos, insuficiência cardíaca e arritmias.

Atenção: Pode aumentar o efeito de ansiolíticos e anti-hipertensivos.



Doses: Extrato seco (cápsulas) 200mg até duas vezes ao dia; tintura 10 a 20mL diluídos em água, duas vezes ao dia; casca do caule seca 0,5g em decocto até três vezes ao dia. Uso por máximo de 30 dias, podendo ser retomado após pausa de 7 dias.

13.5. *Paullinia cupana* - Guaraná

Indicações: Alívio da astenia, fadiga, fraqueza.

Contraindicações: Gestantes, lactantes, menores de 18 anos.

Não utilizar em portadores de úlcera péptica, hipertireoidismo, cólon irritável, hipertensão arterial e arritmia cardíaca.

Contém cafeína.

Atenção: Uso a noite pode produzir alterações do sono. Cautela em pacientes diabéticos e que usam IMAO. Aumenta o efeito de anticoagulantes.

Doses: Extrato seco das sementes 450mg duas vezes ao dia. Não utilizar a noite. Uso por máximo de 30 dias seguido de pausa de duas semanas.



13.6. *Lavandula angustifolia* - Lavanda

Indicações: Ansiolítico.

Contraindicações: Gestantes, lactantes, menores de 12 anos. Não usar com depressores do SNC (álcool, benzodiazepínicos, narcóticos).

Atenção: Cautela em pessoas com colite, hepatopatias, gastrite e úlcera péptica.

Doses: Extrato seco (cápsulas) 175 a 400mg até duas vezes ao dia; 1 a 2g de droga vegetal (flores ou folhas secas rasuradas) ou 5 a 8g de flores ou folhas frescas em infusão, três vezes ao dia.





13.7. *Melissa officinalis* – Melissa, Erva-cidreira

Indicações: Alívio da ansiedade e insônia leves; queixas gastrointestinais leves.

Contraindicações: Gestantes, lactantes, menores de 12 anos. Não utilizar no hipotireoidismo, glaucoma e hiperplasia da próstata.

Atenção: Cautela em pessoas com hipotensão arterial.

Doses: Extrato seco (cápsulas) 500mg ao dia; 1 a 2g de droga vegetal (folhas secas) ou 5 a 8g de folhas frescas em infusão, até três vezes ao dia.

Observação: Outras espécies são popularmente chamadas de melissa ou erva-cidreira, sendo importante atenção à identificação de plantas domésticas. Outra espécie chamada de erva-cidreira comum no uso popular e que também tem ação contra ansiedade e desconfortos gastrointestinais é a espécie *Lippia alba*.

13.8. *Citrus aurantium* – Laranja-amarga

Indicações: Contra ansiedade leve.

Contraindicações: Gestantes, lactantes, menores de 18 anos, cardiopatias.

Doses: Extrato seco (cápsulas) 500mg até duas vezes ao dia.



14. Relaxamento, meditação e técnicas respiratórias

O estresse é um gatilho comum para problemas de saúde que se apresentam na APS, e há muitas pesquisas que o ligam ao adoecimento mental e doenças cardiovasculares, síndrome metabólica, obesidade, infertilidade e doenças autoimunes através de alterações do eixo hipotálamo-hipófise e aumento do cortisol. Diversos sintomas ligados à ansiedade estão relacionados a desregulação do sistema nervoso autônomo. Práticas de relaxamento e redução do estresse (práticas corporais integrativas), ao propor ação integrada entre corpo e mente, têm potencial ansiolítico e regulatório. São úteis ao cuidado integral e podem fazer parte da rotina da APS, gerando impacto positivo na qualidade de vida de pessoas com ou sem transtornos mentais (Chiaverini et al., 2011; WONCA, 2017).

Técnicas respiratórias podem ser ensinadas a pacientes com sintomas físicos ou com crises de ansiedade ou pânico. A respiração diafragmática (abdominal) pode ser orientada em poucos minutos e praticada isoladamente ou associada à meditação, sendo instrumento para lidar com sintomas físicos e psíquicos e alternativa ao uso de ansiolíticos. Através da consciência corporal são percebidos e reinterpretados os sinais da (des)regulação autonômica. Para a respiração diafragmática oriente o paciente a colocar uma mão sobre a barriga e outra sobre o peito, e instrua que somente a mão sobre a barriga se mexa com a respiração lenta nasal. A respiração é feita em quatro tempos, trabalhando a divisão entre movimentos e pausas e pretendendo que a expiração seja duas vezes mais longa que a inspiração (Brasil, 2024a; Chiaverini et al., 2011):

- Inspiração profunda, com enchimento abdominal;
- Pausa inspiratória;
- Expiração lenta, com saída de ar pela boca;
- Pausa expiratória.

A meditação faz parte das Práticas Integrativas e Complementares reconhecidas pelo SUS na PNPIC desde 2017. É uma prática mental individual de treino da atenção de modo a promover redução do pensamento repetitivo, reorientação cognitiva e maior integração entre mente, corpo e ambiente. *Mindfulness* é um termo polissêmico que se refere a um estado mental de autorregulação intencional da atenção, ou “atenção plena” ao momento presente, sem pensamentos disfuncionais ou ruminativos ao observar e experienciar os fenômenos como são, adotando postura de aceitação. Pode também significar técnica formal de treinamento do estado psicológico citado, geralmente derivada de práticas meditativas tradicionais adaptadas (zen budismo, yoga, etc). Para se tornar instrutor de *Mindfulness*, além de treinamento, é fundamental a manutenção de uma prática pessoal regular.

O *Mindfulness* é a prática meditativa mais estudada para abordagem dos transtornos mentais, havendo evidências consistentes sobre seus efeitos aplicados à saúde. Programas baseados em *Mindfulness* tem duração curta, linguagem laica, com fácil acesso e custo-efetividade. Abaixo encontram-se orientações sobre uma prática básica de *Mindfulness* para iniciantes (Quadros 8 e 9). Consolida-se como opção terapêutica principalmente no manejo do estresse, ansiedade e depressão, com efeitos comparáveis ao uso de

psicotrópicos, atividade física ou terapias cognitivo-comportamentais. Tem uso possível na dor crônica, câncer e outras condições que se beneficiam de melhor regulação emocional e redução de vieses cognitivos. Nos episódios depressivos recorrentes, é tão eficaz quanto o tratamento medicamentoso na prevenção de recaídas, em especial no subgrupo de pacientes com história pregressa de trauma psicológico. Parece não ser eficaz, porém, no tratamento da síndrome de Burnout (Gusso e Lopes, 2018).

Recomendações para prática iniciante de *Mindfulness*

De preferência em um lugar silencioso e com pouca distração;

Reservar tempo para a prática diária. O uso de um alarme que marque o fim da sessão é recomendado para que o praticante evite ficar preocupado com o relógio. Praticar por períodos menores no começo (5-10 minutos), aumentando progressivamente conforme possibilidade;

Usar roupas confortáveis. A temperatura corporal pode cair levemente durante a prática, assim o uso de um cobertor pode prevenir desconfortos;

Escolher posição confortável, uso de colchonete, travesseiros ou almofadas é recomendável. O pescoço deve estar em posição neutra e confortável, a coluna ereta quando sentado, com ombros alinhados e mãos apoiadas nas pernas. Ter em mente que algum desconforto, nas costas ou nas pernas, por exemplo, pode ocorrer em iniciantes;

Os olhos podem estar fechados ou abertos. Quando abertos, devem ficar relaxados;

Evitar refeições copiosas ou jejum muito prolongado antes das práticas;

Praticar em grupos e/ou ter um instrutor qualificado pode ajudar. O uso de práticas audioguiadas também;

Ser persistente e regular, pois melhores benefícios virão com a prática diária e regular.

Quadro 8: Recomendações para prática iniciante de Mindfulness.

Fonte: Demarzo, 2016.

Técnica meditativa tipo *Mindfulness* para iniciantes ancorada na respiração

1. Em posição confortável, sentado ou deitado, deixar o corpo se estabilizar. Fazer uma ou duas respirações mais profundas, começar lentamente a observar as sensações no corpo naquele momento (contato com o chão ou cadeira, temperatura da pele, etc.);
2. Gradualmente trazer a atenção e a observação para os movimentos do corpo durante a respiração, como movimentos do tórax e do abdome na inspiração e expiração, ou ainda a sensação do ar entrando e saindo pelas narinas durante a respiração. É importante seguir a respiração natural, sem tentar alterá-la, apenas observando-a;
3. Mantenha então a observação da respiração como âncora da atenção e da mente;
4. Eventualmente, se alguma distração, pensamento, imagem, sensação ou preocupação vier à tona, simplesmente perceba e deixe passar, sem se prender ou julgar, voltando novamente a observação para a respiração;
5. Antes de encerrar a sessão, traga novamente a atenção e a observação para as sensações em todo o corpo naquele momento, e lenta e gradualmente termine a prática.

Quadro 9: Técnica meditativa Mindfulness para iniciantes ancorada na respiração.

Fonte: Demarzo, 2016.

15. Equipes multidisciplinares e apoio matricial

A APS se configura em diferentes variações em cada localidade. A depender do porte, região e recursos locais, os municípios dispõem de profissionais de saúde mental organizados com maior ou menor proximidade das unidades básicas. O cuidado colaborativo propõe práticas que integrem o trabalho de profissionais especializados com as equipes de APS, através do compartilhamento de conhecimentos, competências, recursos e tomadas de decisão. O modelo de cuidados colaborativos implementado no Brasil é o Apoio Matricial, em que especialistas prestam suporte às equipes de referência por meio de ações terapêuticas conjuntas e atividades pedagógicas em perspectiva de corresponsabilização dos casos, que pode ser realizado por qualquer tipo de unidade de saúde (Chiaverini et al., 2011).

Os NASF são equipes multiprofissionais em que o Apoio Matricial é parte intrínseca do trabalho, que se estrutura em consultas compartilhadas, discussão de casos, construção de projeto terapêutico, educação permanente, ações territoriais, intervenções específicas como grupos terapêuticos, discussão sobre os processos de trabalho, visitas domiciliares e integração das ações com a atenção especializada. Os profissionais matriciadores em saúde mental são psicólogos, assistentes sociais, psiquiatras e terapeutas ocupacionais (Fagundes et al., 2021).

Nos municípios em que há NASF, apesar de persistir a ideia de encaminhamentos individuais aos profissionais, ocorre certa interação em diferentes graus que promove e amplia a capacitação das equipes. Atualmente, o modelo eMulti de equipes multiprofissionais prevê ações

semelhantes. Há municípios, porém, em que não há equipes de apoio, e profissionais especialistas organizam-se em diferentes arranjos em modelo ambulatorial. Nesses, as ações em saúde mental tendem a ser mais limitadas, sendo ainda mais necessária a ampliação dos conhecimentos do médico da APS e formação de redes entre os profissionais em busca do apoio matricial.

No caso dos TMC, considerando que o tratamento em geral é centrado na APS, o médico de referência pode dispor de diversos recursos que foram citados até aqui, através das competências adquiridas, interações na rotina com outros profissionais ou ações específicas como grupos, terapias, visitas domiciliares e outros. De acordo com estratificação de risco define-se necessidade de cuidados mais intensivos, maior interação com especialistas e encaminhamento a outros níveis de atenção, como descrito abaixo (Quadro 10):

Quando solicitar matriciamento?

Nos casos em que a equipe de referência sente necessidade de apoio da saúde mental para abordar e conduzir um caso que exige, por exemplo, esclarecimento diagnóstico, estruturação de um projeto terapêutico e abordagem da família;

Quando se necessita de suporte para realizar intervenções psicossociais específicas da atenção primária, tais como grupos de pacientes com transtornos mentais;

Para integração do nível especializado com a atenção primária no tratamento de pacientes com transtorno mental, como, por exemplo, para apoiar na adesão ao projeto terapêutico de pacientes com transtornos mentais graves e persistentes em atendimento especializado em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS);

Quando a equipe de referência sente necessidade de apoio para resolver problemas relativos ao desempenho de suas tarefas, como, por exemplo, dificuldades nas relações pessoais ou nas situações especialmente difíceis encontradas na realidade do trabalho diário.

Quadro 10: Quando solicitar matriciamento. Fonte: Chiaverini et al., 2011, p. 15.

Conclusão

As Intervenções Psicossociais apresentadas nesse guia constituem base teórica para a atuação ampliada do médico da APS na abordagem aos TMC, na forma como se comunica com os usuários, opta por modalidades de tratamento e coordena o cuidado. Para além das condutas medicamentosas, o domínio das intervenções deve integrar a rotina do trabalho do médico da APS, dadas eficácia, segurança, acessibilidade e custo-efetividade delas. Devem ser pensadas em contexto de pluralidade profissional e se beneficiam da participação de especialistas em saúde mental, porém também são fundamentais para os profissionais que atuam em localidades onde o apoio especializado é escasso.

Referências

AGOSTINHO, M.R.; KATZ, N. (Orgs.). **TeleCondutas: ansiedade**. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS/UFRGS, Porto Alegre, 2017. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/telecondutas/Telecondutas_Ansiedade_20170331.pdf. Acesso em: 21 jul 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Transtornos de ansiedade no adulto**: unidade de Atenção Primária. Brasília: Linhas de Cuidado, 2024(a). Disponível em: <https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/ansiedade/unidade-de-atencao-primaria/>. Acessado em: 5 jul 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Depressão no adulto**: avaliação e conduta - situações agudas - risco de suicídio. Brasília: Linhas de Cuidado, 2024(b). Disponível em: <https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/depressao/unidade-de-pronto-atendimento/avaliacao-conduta-situacoes-agudas/#pills-risco-de-suicidio>. Acessado em: 5 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Guia de atividade física para a população brasileira**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021(a). Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt->

br/composicao/saps/ecv/publicacoes/guia-de-atividade-fisica-para-populacao-brasileira/view. Acesso em: 21 jul 2024.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Formulário de Fitoterápicos**: Farmacopeia Brasileira - 2ª edição. Brasília, 2021(b). Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/farmacopeia/formulario-fitoterapico/arquivos/2021-fffb2-final-c-cap2.pdf>. Acesso em: 21 jul 2024.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Memento Fitoterápico**: Farmacopeia Brasileira - 1ª edição. Brasília, 2016. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sectics/daf/pnpmf/publicacoes/memento-fitoterapico-da-farmacopeia-brasileira/view>. Acesso em: 21 jul 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde Mental** (Cadernos de Atenção Básica; n. 34). Brasília, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf. Acesso em: 21 jul 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Práticas integrativas e complementares**: plantas medicinais e fitoterapia na Atenção Básica (Cadernos de Atenção Básica; n. 31). Brasília, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/praticas_integrativas_co

plementares_plantas_medicinais_cab31.pdf. Acesso em: 21 jul 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da atenção e Gestão do SUS. **Clínica ampliada e compartilhada**. Brasília, 2009. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf. Acesso em: 21 jul 2024.

CHIAVERINI, D.H.; *et al.* **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

COSTA, A.G.; LUDERMIR, A.B. **Transtornos mentais comuns e apoio social**: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. Cad Saúde Pública, Rio de Janeiro, vol. 21, n. 1, p. 73-79, 2005. DOI: 10.1590/S0102-311X2005000100009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000100009>. Acesso em: 21 jul 2024.

DEMARZO, M. Mindfulness aplicado na APS. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 2016. Disponível em: <https://www.sbmfc.org.br/noticias/mindfulness-aplicado-na-aps/>. Acesso em: 6 jul 2024.

FAGUNDES, G.S.; CAMPOS, M.R.; FORTES, S.L.C.L. **Matriciamento em Saúde Mental**: análise do cuidado às pessoas em sofrimento psíquico

na Atenção Básica. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, vol. 26, n. 6, p. 2311-2322, 2021. DOI: 10.1590/1413-81232021266.20032019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.20032019>.

Acesso em: 21 jul 2024.

GUSSO, G.; LOPES, J.M.C. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade**: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed, 2018.

JACOB, L.S. **Treino de resolução de problemas**. In: ABREU, C.N.; GUILHARDI, H.J. (Orgs.). *Terapia comportamental e cognitivo comportamental: práticas clínicas*. São Paulo: Roca, 2002. p. 344-351.

MENEZES, A.L.A. **Intervenções psicossociais para Transtornos Mentais Comuns na Atenção Primária à Saúde**. 220 p. Dissertação (Mestrado em Ciências Humanas e Saúde; Epidemiologia; Política, Planejamento e Administração em Saúde) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

MILLER, W.R.; ROLLNICK, S. **Entrevista motivacional**: preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos. Porto Alegre: Artmed, 2001.

PAHO - Pan American Health Organization. **Enfrentando Problemas Plus** (EP+): Atendimento psicológico individual para adultos com angústia em comunidades expostas à adversidade. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2022. Disponível em:

https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/55865/OPASWBRANMH220019_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 29 jun 2024.

PIERCE, D. **Problem solving therapy**: use and effectiveness in general practice. Australian Family Physician, Melbourne, vol. 41, n. 9, 2012. Disponível em: <https://www.racgp.org.au/getattachment/7d0ccdc0-47a5-4b67-a07f-b3d7ff3b3565/Problem-solving-therapy.aspx>. Acesso em: 21 jul 2024.

WHO - World Health Organization; WONCA - World Organization of Family Doctors. **Integrating mental health into primary care**: a global perspective. WHO and WONCA, 2008. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241563680>. Acesso em: 21 jul 2024.

WONCA - World Organization of Family Doctors. **Working party for mental health guidance paper**: Family doctors' role in providing non-drug interventions (NDIs) for common mental health disorders in primary care. WONCA, 2017. Disponível em: https://www.globalfamilydoctor.com/site/DefaultSite/filesystem/documents/Groups/Mental%20Health/18%20Oct%20NDIs_updated.pdf. Acesso em: 21 jul 2024.

