

CONGRESSO BRASILEIRO DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

SAÚDE MENTAL NA MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE: DA AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA À PRÁTICA CLÍNICA INTEGRADA Mental Health in Family and Community Medicine: From Diagnostic Assessment to Integrated Clinical Practice

Carlos Walmyr de Mattos Oliveira

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-4823-854X>

Doutorando em Pesquisa Clínica em Doenças Infecciosas

Instituição: Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas/Fiocruz

Endereço: Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil

E-mail: cwcarlosmattos@gmail.com

Maria Clea Marinho Lima

Especialista em Neuroscience and Neuroimaging

Instituição: Johns Hopkins University (JHU)

Endereço: Baltimore, Maryland, United States of America – USA

E-mail: clealima13@gmail.com

Joana D'arc Jales de Mendonça

Graduanda em Medicina

Instituição: Fundação Assis Gurgacz (FAG)

Endereço: Cascavel, Paraná, Brasil

E-mail: Jdjdmendonca@minha.fag.edu.br

Maria Eduarda Queiroz de Andrade

Graduanda em Medicina

Instituição: Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC GO)

Endereço: Goiânia, Goiás, Brasil

E-mail: maduqueirozdeandrade@hotmail.com

RESUMO

A saúde mental constitui um eixo fundamental da Atenção Primária e um desafio crescente para os sistemas de saúde contemporâneos. Na Medicina de Família e Comunidade, o cuidado ultrapassa a dimensão biomédica e incorpora aspectos psicológicos e sociais, fundamentando-se na abordagem centrada na pessoa e na Prevenção Quaternária. Este estudo teve como objetivo analisar a literatura recente sobre as estratégias diagnósticas e terapêuticas integradas na atenção à saúde mental no contexto da Medicina de Família e Comunidade. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, de caráter qualitativo e exploratório, realizada nas bases PubMed e SciELO, abrangendo publicações entre 2015 e 2025. Os resultados evidenciam que

a anamnese e o exame do estado mental são instrumentos essenciais para a compreensão integral do paciente, permitindo identificar manifestações cognitivas, afetivas e comportamentais relacionadas ao sofrimento psíquico. A escuta qualificada, o vínculo e a empatia configuram-se como elementos estruturantes da relação terapêutica, favorecendo a elaboração subjetiva e a autonomia do indivíduo. O manejo clínico eficaz requer equilíbrio entre intervenções farmacológicas, psicoterapêuticas e educativas, respeitando o contexto biopsicossocial e os limites da prática médica. Conclui-se que a Medicina de Família e Comunidade representa um espaço estratégico para o cuidado integral em saúde mental, promovendo práticas diagnósticas prudentes, humanizadas e coerentes com os princípios éticos da Prevenção Quaternária.

Palavras-chave: Saúde Mental; Medicina de Família e Comunidade; Atenção Primária à Saúde; Avaliação Diagnóstica; Prática Clínica Integrada.

INTRODUÇÃO

A saúde mental constitui um componente essencial do bem-estar humano e representa um dos principais desafios contemporâneos para os sistemas de saúde em todo o mundo (Crowley & Kirschner, 2015; Coates, Coppleson & Travaglia, 2022). Estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS) apontam que os transtornos mentais figuram entre as maiores causas de incapacidade global, afetando significativamente a qualidade de vida, a produtividade e as relações sociais (Yan et al., 2019). No contexto brasileiro, a prevalência crescente de sofrimento psíquico e a sobrecarga dos serviços especializados evidenciam a necessidade de fortalecer a atenção à saúde mental no nível primário de atenção, onde o cuidado se dá de forma mais próxima, longitudinal e centrada na pessoa (Sanine et al., 2021; Pupo et al., 2020). Nesse cenário, a Medicina de Família e Comunidade (MFC) ocupa papel estratégico ao integrar a dimensão psicossocial ao cuidado clínico, reconhecendo a interdependência entre corpo, mente e contexto social (Dimenstein et al., 2022; Zorzi et al., 2024).

A prática clínica na MFC se diferencia pela abordagem ampliada do processo saúde-doença, que considera os determinantes sociais, culturais e afetivos do adoecimento (Oliveira et al., 2023). O médico de família e comunidade, ao atuar como profissional de primeiro contato, acompanha a pessoa ao longo do tempo, compreendendo sua trajetória de vida, seus vínculos familiares e suas condições de existência (Kates et al., 2019). Essa perspectiva longitudinal possibilita a detecção precoce de manifestações emocionais e a compreensão do sofrimento psíquico em sua complexidade, evitando interpretações reducionistas e medicalizações desnecessárias (Wood, Ohlsen & Ricketts, 2017; Constantini et al., 2021). Assim, o cuidado em saúde mental, quando incorporado à Atenção Primária, ganha caráter integrador e humanizado, em consonância com os princípios da Prevenção Quaternária e da abordagem centrada na pessoa (Rombouts et al., 2020; Grazier, Smiley & Bondalapati, 2016).

Entretanto, a atenção à saúde mental na Medicina de Família e Comunidade ainda enfrenta múltiplos desafios. A escassez de formação específica sobre avaliação diagnóstica, a dificuldade na diferenciação entre sofrimento existencial e transtornos mentais estruturados e o predomínio de modelos biomédicos centrados no sintoma contribuem para o subdiagnóstico ou o manejo inadequado de muitos casos (Delaney et al., 2018; Olasoji, Maude & Cross, 2020). Além disso, a fragmentação entre os níveis de atenção e a insuficiente articulação com os serviços de referência dificultam o acompanhamento contínuo e a integralidade do cuidado (Anastas et al., 2019; Isaacs et al., 2019a). Diante disso, torna-se imprescindível desenvolver estratégias clínicas que capacitem o médico de família a realizar uma escuta qualificada, construir hipóteses diagnósticas consistentes e formular planos terapêuticos adequados às singularidades de cada pessoa e contexto (Mauer-Vakil et al., 2023; McSherry et al., 2025).

A avaliação diagnóstica em saúde mental na MFC demanda uma postura clínica que ultrapassa a simples identificação de sintomas. Requer a combinação de uma anamnese detalhada, a aplicação criteriosa do exame do estado mental e a capacidade de integrar dados subjetivos, relacionais e contextuais na construção de hipóteses interpretativas (Ee et al., 2020; Isaacs et al., 2019b). Essa abordagem reflexiva permite compreender o sofrimento psíquico como expressão de experiências de vida e não apenas como manifestação de disfunções biológicas. Além disso, favorece o desenvolvimento de práticas prudentes, pautadas na Prevenção Quaternária, que visam reduzir danos decorrentes de diagnósticos apressados e intervenções excessivas (Ramanuj et al., 2019). A compreensão ampliada do adoecimento mental contribui, portanto, para o fortalecimento da autonomia do paciente e para a construção compartilhada de projetos terapêuticos (Zorzi et al., 2024; Oliveira et al., 2023).

A presente revisão de literatura tem como objetivo analisar o processo de avaliação diagnóstica e as possibilidades de manejo clínico da saúde mental no contexto da Medicina de Família e Comunidade, destacando sua relevância ética, técnica e relacional. Busca-se discutir como a integração entre anamnese, exame do estado mental, lista de problemas e hipóteses diagnósticas pode subsidiar práticas clínicas mais integrais, humanizadas e coerentes com os princípios da Atenção Primária à Saúde. Além disso, propõe-se refletir sobre os limites e potencialidades da atuação do médico de família na condução de casos de sofrimento psíquico, enfatizando a importância do vínculo terapêutico, da escuta sensível e da corresponsabilidade no cuidado. Assim, o estudo pretende contribuir para o aprimoramento da prática clínica integrada em saúde mental, reafirmando o papel da Medicina de Família e Comunidade como campo privilegiado para o cuidado centrado na pessoa e comprometido com a promoção do bem-estar integral.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de revisão integrativa da literatura, de natureza qualitativa e exploratória, desenvolvido com o objetivo de identificar, reunir e analisar criticamente produções científicas que abordam a interface entre saúde mental e Medicina de Família e Comunidade, com ênfase na avaliação diagnóstica e na prática clínica integrada. A escolha pela revisão integrativa justifica-se por sua capacidade de reunir resultados de diferentes tipos de estudos — teóricos, empíricos e de revisão —, permitindo compreender de forma abrangente e contextualizada as evidências disponíveis sobre o tema. Essa abordagem possibilita integrar achados diversos e identificar lacunas de conhecimento, subsidiando reflexões para o aprimoramento da prática clínica e da formação profissional na Atenção Primária à Saúde.

A busca dos estudos foi conduzida nas bases de dados PubMed e SciELO, reconhecidas por sua relevância na indexação de publicações científicas nacionais e internacionais na área da saúde. O período de busca compreendeu publicações entre 2015 e 2025, com o intuito de incluir produções contemporâneas e alinhadas às discussões atuais sobre a integração entre saúde mental e Medicina de Família e Comunidade. Foram incluídos estudos publicados nos idiomas português, inglês e espanhol, de modo a abranger a literatura mais representativa do campo.

A estratégia de busca foi construída com base nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e nos Medical Subject Headings (MeSH), combinados por meio de operadores booleanos para ampliar a sensibilidade e a especificidade da pesquisa. As combinações utilizadas foram: (*"Saúde Mental" OR "Mental Health"*) AND (*"Medicina de Família e Comunidade" OR "Family Medicine" OR "Primary Care"*) AND (*"Avaliação Diagnóstica" OR "Diagnostic Assessment"*) AND (*"Prática Clínica Integrada" OR "Integrated Clinical Practice" OR "Integrated Care"*). Essa formulação permitiu identificar artigos que abordassem simultaneamente aspectos de avaliação diagnóstica, integração do cuidado e manejo clínico em saúde mental no contexto da Atenção Primária.

O processo de seleção dos estudos foi realizado em três etapas sequenciais. Na primeira, procedeu-se à leitura dos títulos e à eliminação de duplicatas. Na segunda, realizou-se a análise dos resumos, a fim de verificar a pertinência temática e metodológica das publicações. Por fim, na terceira etapa, os artigos potencialmente elegíveis foram lidos na íntegra, sendo incluídos apenas aqueles que atendiam aos critérios previamente definidos. Foram incluídos artigos originais, revisões sistemáticas ou integrativas, estudos qualitativos, quantitativos ou mistos, além de publicações que abordassem práticas clínicas integradas, coordenação do cuidado, avaliação diagnóstica, triagem em saúde mental ou modelos colaborativos de atenção na Medicina de Família e Comunidade. Foram excluídos editoriais, dissertações, teses, resumos

de eventos, documentos institucionais e artigos que não apresentassem relação direta com o tema proposto ou que não estivessem disponíveis em texto completo.

Após a seleção, os estudos foram organizados em um banco de dados e submetidos a um processo de análise temática, com o objetivo de identificar tendências, convergências e lacunas na produção científica. A síntese dos achados foi realizada de forma descritiva e interpretativa, estruturada em categorias analíticas que emergiram do conteúdo revisado, a saber: (1) avaliação diagnóstica e exame do estado mental na Atenção Primária; (2) práticas clínicas integradas e coordenação do cuidado em saúde mental; (3) desafios e barreiras à integração entre atenção primária e saúde mental; e (4) estratégias de manejo clínico e formação profissional na Medicina de Família e Comunidade. Essa categorização possibilitou a articulação entre os resultados dos estudos e os princípios da Prevenção Quaternária e da abordagem centrada na pessoa, permitindo uma leitura crítica e contextualizada da literatura revisada.

Por se tratar de uma pesquisa baseada exclusivamente em fontes secundárias, não houve necessidade de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme a Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. Ainda assim, foram observados os princípios éticos da integridade científica, da fidedignidade das informações e da transparência metodológica, assegurando a rastreabilidade das fontes e a reprodutibilidade do processo de revisão.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A anamnese e a avaliação do estado mental representam o alicerce da prática clínica na Medicina de Família e Comunidade, permitindo compreender o indivíduo em sua totalidade e contexto (Oliveira et al., 2023; Kates et al., 2019). É frequente que o problema de saúde não seja inicialmente reconhecido pela própria pessoa, sendo identificado apenas durante o encontro clínico (Wood, Ohlsen & Ricketts, 2017). Nesses casos, cabe ao médico discernir o momento emocional vivenciado, avaliar o grau de consciência sobre a situação e explorar, com sensibilidade, as percepções, expectativas e significados atribuídos ao problema (Dimenstein et al., 2022). Quando o paciente demonstra dificuldade em definir sua queixa ou compreender suas implicações, a investigação deve se desenvolver de forma contínua, respeitando o tempo de elaboração subjetiva e a construção gradual de vínculo e confiança (Zorzi et al., 2024; Anastas et al., 2019).

Em determinadas situações, a pessoa tende a negar a existência do problema ou a subestimar sua gravidade. O papel do médico consiste, então, em facilitar o acesso à compreensão do adoecimento, esclarecendo suas repercussões e os possíveis prejuízos decorrentes da falta de enfrentamento (Crowley & Kirschner, 2015). Esse processo requer

escuta ativa, empatia e disponibilidade emocional, elementos indispensáveis para reconhecer não apenas a queixa manifesta, mas também os aspectos implícitos que compõem o sofrimento psíquico (Olasoji, Maude & Cross, 2020). A anamnese centrada na pessoa demanda atenção à comunicação verbal e não verbal, às pausas e silêncios, às variações no tom afetivo e à coerência entre o discurso e as emoções expressas (Ee et al., 2020). A observação das próprias reações do profissional frente ao relato também auxilia na compreensão da dinâmica emocional presente na consulta (Delaney et al., 2018).

A investigação cuidadosa do motivo que levou à busca por atendimento fornece pistas sobre a origem dos sintomas e o núcleo psicológico do conflito atual (Isaacs et al., 2019a). Fatores desencadeantes, muitas vezes ligados a situações de perda ou frustração de expectativas idealizadas, podem não ser identificados de imediato, exigindo uma escuta aprofundada para emergirem (McSherry et al., 2025). A repercussão emocional de doenças físicas também deve ser considerada, pois o adoecimento orgânico pode precipitar desequilíbrios afetivos, interferindo na evolução clínica e na adesão ao cuidado (Coates, Coppleson & Travaglia, 2022; Yan et al., 2019).

Compreender o modo de funcionamento anterior da pessoa, suas estratégias de enfrentamento, defesas psíquicas e relações interpessoais significativas é fundamental para contextualizar o episódio atual de adoecimento (Isaacs et al., 2019b). A análise de experiências prévias de doença e dos recursos utilizados para superá-las contribui para delinear padrões de resposta e vulnerabilidades individuais (Rombouts et al., 2020). Assim, a consulta se transforma em um espaço de reconstrução de significados e de fortalecimento da autonomia, favorecendo intervenções mais humanizadas e coerentes com os princípios da Prevenção Quaternária e da abordagem centrada na pessoa (Ramanuj et al., 2019; Grazier, Smiley & Bondalapati, 2016).

O Exame do Estado Mental na Prática Clínica da Medicina de Família e Comunidade

O exame do estado mental constitui uma etapa essencial da avaliação clínica integral e representa um instrumento indispensável para compreender as dimensões cognitivas, afetivas e comportamentais da pessoa em sofrimento psíquico (Oliveira et al., 2023; Dimenstein et al., 2022). Sua aplicação sistemática permite identificar alterações que orientam o raciocínio diagnóstico e favorecem uma abordagem centrada na singularidade do indivíduo (Constantini et al., 2021; Ramanuj et al., 2019). No contexto da Medicina de Família e Comunidade, essa análise adquire relevância especial, pois o profissional atua frequentemente como o primeiro ponto de contato diante de manifestações iniciais de sofrimento mental (Kates et al., 2019; Crowley & Kirschner, 2015).

Entre os principais domínios avaliados destacam-se a atenção, a sensopercepção, a memória, a orientação, a consciência, o pensamento, a linguagem, a inteligência, a afetividade e a conduta (Ee et al., 2020). A atenção, elemento central do funcionamento psíquico, apresenta-se vulnerável em praticamente todos os transtornos mentais, podendo variar desde a ausência total até sua exacerbação (Yan et al., 2019). A sensopercepção envolve tanto a recepção quanto a interpretação dos estímulos, sendo possível observar alterações como hipersensibilidade, anestesia ou distorções perceptivas, que expressam perturbações da integração entre o real e o subjetivo (Rombouts et al., 2020).

A memória, a orientação e a consciência permitem avaliar o grau de integração da pessoa com o tempo, o espaço e a própria identidade. Alterações nesses aspectos indicam comprometimentos que vão desde perdas quantitativas da memória até estados de desorientação ou obnubilação da consciência, frequentemente associados a doenças neurológicas ou transtornos psicogênicos (Coates, Coppleson & Travaglia, 2022). A compreensão dessas manifestações é indispensável para o manejo clínico adequado, uma vez que revelam não apenas o nível de funcionamento cognitivo, mas também o impacto subjetivo do adoecimento (Delaney et al., 2018; Olasoji, Maude & Cross, 2020).

O pensamento e o juízo representam áreas de grande valor diagnóstico, pois traduzem a capacidade de organizar ideias e distinguir o real do imaginário (Anastas et al., 2019). Perturbações como inibição, fuga de ideias, concretismo ou pensamento obsessivo refletem distintos modos de expressão do sofrimento psíquico e podem estar associadas a quadros depressivos, maníacos, ansiosos ou psicóticos (Wood, Ohlsen & Ricketts, 2017). O comprometimento do juízo de realidade manifesta-se nos delírios, caracterizados por convicções inabaláveis baseadas em premissas falsas, que não se modificam diante da argumentação lógica (Isaacs et al., 2019a).

A linguagem, enquanto expressão do pensamento, torna-se um indicador clínico relevante, pois traduz as alterações cognitivas e emocionais do sujeito (Mauer-Vakil et al., 2023). Distúrbios como logorreia, bradilalia, mutismo ou afasias revelam disfunções que podem ter origem orgânica ou funcional (Grazier, Smiley & Bondalapati, 2016). Da mesma forma, a inteligência pode ser apreciada empiricamente por meio da análise do histórico de aquisições cognitivas e da capacidade de adaptação intelectual às demandas da vida cotidiana (Isaacs et al., 2019b).

A afetividade reflete a maneira como a pessoa experimenta e expressa emoções, sendo fundamental para compreender a tonalidade afetiva do quadro clínico (Zorzi et al., 2024). Estados como hipertimia, hipotimia, apatia, irritabilidade e instabilidade emocional indicam

variações importantes da regulação afetiva (Sanine et al., 2021). Entre os afetos mais frequentemente observados estão a angústia e a ansiedade, cujas manifestações influenciam diretamente a percepção do sofrimento e a relação com o cuidado (Pupo et al., 2020; Ee et al., 2020).

Por fim, a conduta representa a exteriorização dos processos psíquicos e deve ser observada atentamente (Oliveira et al., 2023). Alterações que vão desde a hiperatividade motora até estados de estupor, abulia ou negativismo podem sinalizar desde reações emocionais agudas até quadros psiquiátricos estruturados (McSherry et al., 2025). A análise comportamental, quando articulada à escuta clínica e à compreensão do contexto de vida, permite uma interpretação mais ampla dos sintomas, evitando reducionismos diagnósticos e promovendo uma prática pautada pela Prevenção Quaternária (Ramanuj et al., 2019; Dimenstein et al., 2022).

Dessa forma, o exame do estado mental, integrado à anamnese e à escuta qualificada, oferece subsídios fundamentais para a identificação precoce de transtornos, para a avaliação das repercussões psicossociais do adoecimento e para a construção de planos terapêuticos individualizados (Kates et al., 2019; Mauer-Vakil et al., 2023). Ele reafirma o papel do médico de família e comunidade como agente de cuidado integral, capaz de reconhecer os limites da intervenção biomédica e valorizar as dimensões subjetivas do processo saúde-doença (Zorzi et al., 2024; Ramanuj et al., 2019).

A Organização dos Dados Clínicos e a Construção da Lista de Problemas em Saúde Mental

A elaboração de uma lista de problemas representa um instrumento fundamental no processo diagnóstico e terapêutico, especialmente no manejo de questões relacionadas à saúde mental no âmbito da Medicina de Família e Comunidade (Oliveira et al., 2023; Dimenstein et al., 2022). Após a coleta detalhada da história clínica e a realização do exame do estado mental, a sistematização dos achados em uma lista estruturada permite organizar o raciocínio clínico, evitar omissões relevantes e direcionar a conduta de maneira mais racional e abrangente (Kates et al., 2019; Crowley & Kirschner, 2015). Diferentemente do método tradicional de formulação de hipóteses diagnósticas isoladas, a abordagem por meio de uma lista de problemas promove um processo cognitivo progressivo, no qual o raciocínio clínico se constrói a partir de uma análise sequencial e contextualizada dos achados (Anastas et al., 2019; Ramanuj et al., 2019).

A definição de “problema” assume caráter amplo e integrador, abrangendo qualquer situação percebida pelo médico ou pela pessoa como merecedora de atenção clínica, independentemente de sua natureza orgânica, psíquica ou social (Zorzi et al., 2024; Pupo et al.,

2020). Essa perspectiva é particularmente relevante na Atenção Primária à Saúde, onde os fatores emocionais e contextuais frequentemente se entrelaçam às manifestações físicas (Sanine et al., 2021; Coates, Coppleson & Travaglia, 2022). A organização sistemática das queixas e observações evita que aspectos significativos do sofrimento passem despercebidos, favorecendo a identificação precoce de determinantes psicossociais e a prevenção de intervenções desnecessárias ou excessivas (Grazier, Smiley & Bondalapati, 2016; Wood, Ohlsen & Ricketts, 2017).

A aplicação prática desse método pode ser ilustrada pela análise de casos clínicos em que múltiplos fatores biopsicossociais se sobrepõem. No acompanhamento de uma criança com dificuldades comportamentais e escolares, por exemplo, a construção de uma lista de problemas permite evidenciar dimensões que vão além dos sintomas imediatos (Ee et al., 2020). Elementos como rejeição precoce, ausência de figura paterna, contexto familiar fragilizado, distúrbios psicossomáticos e padrões de isolamento afetivo configuram um conjunto de determinantes que se articulam na expressão do sofrimento (Isaacs et al., 2019a; Isaacs et al., 2019b). A descrição e registro desses elementos contribuem para o entendimento do quadro como uma expressão complexa de vulnerabilidade emocional e não como um diagnóstico psiquiátrico isolado (McSherry et al., 2025; Delaney et al., 2018).

A clareza obtida pela sistematização dos problemas facilita o delineamento de planos terapêuticos mais adequados, baseados na integralidade do cuidado e na longitudinalidade da relação médico-pessoa (Kates et al., 2019; Ramanuj et al., 2019). Além disso, reforça a importância da reflexão clínica contínua como competência essencial ao médico de família e comunidade, permitindo aprimorar a capacidade de interpretação e tomada de decisão frente à diversidade das manifestações humanas (Mauer-Vakil et al., 2023; Olasoji, Maude & Cross, 2020). A construção e revisão periódica da lista de problemas não apenas qualificam o registro clínico, mas também fortalecem o raciocínio clínico, estimulando a abordagem crítica e a integração entre aspectos biológicos, psicológicos e sociais do processo saúde-doença (Dimenstein et al., 2022; Oliveira et al., 2023).

Assim, a lista de problemas em saúde mental deve ser compreendida não como uma simples ferramenta administrativa, mas como uma expressão estruturada do pensamento clínico (Coates, Coppleson & Travaglia, 2022). Sua utilização sistemática contribui para ampliar a precisão diagnóstica, aprimorar a comunicação entre profissionais e consolidar práticas alinhadas aos princípios da Prevenção Quaternária, evitando reducionismos e promovendo um cuidado verdadeiramente centrado na pessoa (Zorzi et al., 2024; Ramanuj et al., 2019).

A Construção da Hipótese Diagnóstica em Saúde Mental na Medicina de Família e Comunidade

A formulação de uma hipótese diagnóstica em saúde mental representa um desafio significativo para o médico de família e comunidade, exigindo sensibilidade clínica, raciocínio estruturado e compreensão integral da pessoa em sofrimento (Oliveira et al., 2023; Dimenstein et al., 2022). Embora complexa, essa tarefa é plenamente viável na Atenção Primária, desde que sustentada por uma anamnese cuidadosa, um exame do estado mental detalhado e uma lista de problemas coerente com os dados obtidos (Kates et al., 2019; Crowley & Kirschner, 2015). A partir dessa base, a construção da hipótese diagnóstica deve ocorrer de forma progressiva, orientada pela análise crítica das informações coletadas e pelo diálogo interdisciplinar, evitando a tendência ao encaminhamento precoce sem a devida reflexão clínica (Anastas et al., 2019; Ramanuj et al., 2019).

Instrumentos como a Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP-2) e a Classificação Internacional de Doenças (CID-10) podem auxiliar na organização inicial das hipóteses, oferecendo referenciais conceituais úteis à prática clínica (Constantini et al., 2021). No entanto, sua aplicação deve ir além da categorização nosológica, servindo como ponto de partida para a compreensão mais ampla da pessoa e de sua experiência subjetiva de adoecimento (Coates, Coppleson & Travaglia, 2022; Ee et al., 2020). O diagnóstico sindrômico — como ansiedade, depressão ou psicose — constitui um passo inicial importante, mas não deve encerrar o processo avaliativo. É essencial avançar para uma análise psicodinâmica, que considere a dinâmica psíquica do indivíduo, suas formas habituais de funcionamento, os padrões de relacionamento interpessoal e os mecanismos de enfrentamento diante das adversidades (Isaacs et al., 2019a; Isaacs et al., 2019b).

A abordagem diagnóstica na Medicina de Família e Comunidade deve integrar, portanto, dimensões cognitivas, afetivas e sociais, reconhecendo a singularidade das trajetórias de vida e das interações familiares e comunitárias (Zorzi et al., 2024; Sanine et al., 2021). A construção dessa compreensão ampliada requer não apenas conhecimento técnico, mas também empatia e vivência humana que permitam ao médico reconhecer, sem julgamento, as diferentes expressões do sofrimento emocional (Olasoji, Maude & Cross, 2020). Essa postura favorece a criação de vínculo terapêutico e o estabelecimento de uma relação de confiança, condição indispensável para a continuidade do cuidado e para a efetividade do acompanhamento em saúde mental (Delaney et al., 2018; Pupo et al., 2020).

Definir expectativas realistas e construir motivação compartilhada são aspectos centrais no processo diagnóstico e terapêutico (McSherry et al., 2025). Nesse contexto, o médico precisa

avaliar a modalidade de cuidado mais adequada — individual, familiar ou grupal — e ponderar sobre abordagens específicas, como terapias de orientação cognitivo-comportamental ou psicanalítica, conforme o perfil e as necessidades da pessoa atendida (Grazier, Smiley & Bondalapati, 2016; Rombouts et al., 2020). Situações relacionadas a transições familiares ou conflitos interpessoais demandam especial atenção à dinâmica do núcleo familiar, reforçando a importância da abordagem sistêmica (Zorzi et al., 2024; Dimenstein et al., 2022).

Para o delineamento de um plano terapêutico inicial, é indispensável a adoção de uma sequência lógica e reflexiva que envolva a construção da lista de problemas, o reconhecimento da história e do tratamento prévio, a conceitualização do caso, a definição de objetivos de curto e longo prazo, a seleção das intervenções e a avaliação da necessidade de suporte externo (Mauer-Vakil et al., 2023; Kates et al., 2019). Essa metodologia fortalece o raciocínio clínico e a capacidade de decisão do médico de família e comunidade, consolidando sua atuação como mediador do cuidado integral e promotor de práticas coerentes com os princípios da Prevenção Quaternária — centradas na pessoa, pautadas pela prudência diagnóstica e pela humanização da atenção em saúde mental (Ramanuj et al., 2019; Oliveira et al., 2023).

Estratégias de Manejo Clínico da Pessoa com Transtorno Mental na Medicina de Família e Comunidade

Após a construção de uma hipótese diagnóstica, tanto nosológica quanto psicodinâmica, o passo seguinte no cuidado em saúde mental consiste na formulação de um plano de manejo individualizado, que integre os aspectos clínicos, psicossociais e contextuais da pessoa atendida (Oliveira et al., 2023; Dimenstein et al., 2022). Essa etapa demanda um raciocínio clínico estruturado, voltado à definição de intervenções coerentes com as hipóteses previamente elaboradas e com as condições concretas envolvidas — como nível de compreensão, capacidade de insight, motivação para o tratamento, disponibilidade de tempo e recursos financeiros (Kates et al., 2019; Coates, Coppleson & Travaglia, 2022). O plano de cuidado deve, portanto, refletir a singularidade de cada situação, evitando condutas padronizadas e intervenções descontextualizadas que comprometam a efetividade terapêutica (Mauer-Vakil et al., 2023; Ramanuj et al., 2019).

A escolha da abordagem terapêutica deve considerar o grau de envolvimento do paciente com o processo de cuidado e o significado que o adoecimento assume em sua trajetória de vida (Zorzi et al., 2024; Sanine et al., 2021). Propor terapias de longa duração para pessoas com baixa motivação ou com recursos limitados pode resultar em abandono precoce do tratamento e perpetuação do sofrimento (Isaacs et al., 2019a). Da mesma forma, o uso isolado de medicamentos, sem a compreensão dos fatores desencadeantes e do contexto emocional que

sustenta o quadro, tende a produzir resultados restritos e pouco duradouros (Rombouts et al., 2020; Grazier, Smiley & Bondalapati, 2016). O manejo clínico eficaz exige, portanto, o equilíbrio entre as intervenções farmacológicas e psicoterapêuticas, reconhecendo a importância do vínculo e da escuta clínica como eixos centrais do cuidado (Delaney et al., 2018; Olasoji, Maude & Cross, 2020).

Em casos de depressão moderada, por exemplo, o plano terapêutico pode articular intervenções que abordem simultaneamente a dimensão emocional e a fisiológica do quadro (Constantini et al., 2021). A psicoterapia, direcionada à investigação do significado dos eventos desencadeantes e à ressignificação das experiências associadas ao sofrimento, pode ser combinada com o uso criterioso de antidepressivos, especialmente os inibidores seletivos da recaptação de serotonina, com o objetivo de acelerar a recuperação sintomática (Yan et al., 2019). Essa combinação favorece tanto o alívio dos sintomas quanto a elaboração subjetiva das causas e consequências do adoecimento, promovendo maior autonomia e engajamento no processo de reabilitação (Ee et al., 2020; Ramanuj et al., 2019).

A organização do plano de manejo pode ser estruturada em diferentes eixos complementares. O plano diagnóstico tem por finalidade aprofundar o entendimento sobre o início, a evolução e os determinantes do quadro, incluindo fatores pessoais, familiares e ocupacionais (Isaacs et al., 2019b; Pupo et al., 2020). O plano terapêutico concentra-se na definição das intervenções, articulando psicoterapia e farmacoterapia de acordo com as necessidades e possibilidades do paciente (McSherry et al., 2025; Anastas et al., 2019). Já o plano educacional visa à construção de conhecimento e corresponsabilidade, oferecendo à pessoa e à sua família informações claras sobre o transtorno, suas perspectivas de evolução e as estratégias de enfrentamento (Zorzi et al., 2024; Crowley & Kirschner, 2015). Essa dimensão educativa é essencial para reduzir o estigma, fortalecer a adesão e consolidar o cuidado continuado (Kates et al., 2019; Dimenstein et al., 2022).

Assim, o manejo da pessoa com transtorno mental na Medicina de Família e Comunidade deve integrar a compreensão clínica e a dimensão humana do cuidado, sustentando-se na relação terapêutica, na escuta qualificada e na corresponsabilidade entre profissional e paciente (Oliveira et al., 2023; Ramanuj et al., 2019). A construção de planos individualizados, contextualizados e progressivos reafirma o compromisso com uma prática clínica coerente com os princípios da Prevenção Quaternária, centrada na prudência diagnóstica, na evitação de excessos terapêuticos e na promoção da autonomia e do bem-estar da pessoa em sofrimento psíquico (Zorzi et al., 2024; Dimenstein et al., 2022).

Possibilidades de Manejo Clínico Após a Avaliação Diagnóstica na Medicina de Família e Comunidade

Após a conclusão da avaliação diagnóstica, o médico de família e comunidade dispõe de diferentes caminhos para conduzir o cuidado da pessoa com sofrimento psíquico, de acordo com a complexidade do caso, os recursos disponíveis e o vínculo estabelecido (Oliveira et al., 2023; Dimenstein et al., 2022). As possibilidades de atuação podem ser organizadas em quatro modalidades principais: o manejo clínico integral realizado exclusivamente pelo próprio médico; o acompanhamento continuado com apoio de um profissional da saúde mental; o encaminhamento pontual para avaliação especializada; e, por fim, o encaminhamento para seguimento ambulatorial ou hospitalar sob responsabilidade do psiquiatra (Kates et al., 2019; Coates, Coppleson & Travaglia, 2022). A escolha entre essas estratégias depende não apenas da gravidade do quadro, mas também da capacidade técnica do profissional, da rede de apoio existente e do contexto biopsicossocial da pessoa atendida (Pupo et al., 2020; Ramanuj et al., 2019).

Quando o médico de família opta por conduzir o caso de forma autônoma, é fundamental que o manejo seja estruturado e fundamentado na integralidade do cuidado (Crowley & Kirschner, 2015; Mauer-Vakil et al., 2023). As intervenções podem se basear em farmacoterapia, psicoterapia ou na combinação de ambas, a depender das necessidades clínicas e das habilidades do profissional (Grazier, Smiley & Bondalapati, 2016; Delaney et al., 2018). No âmbito psicoterápico, as abordagens breves e de apoio — sejam elas individuais, familiares ou grupais — mostram-se particularmente adequadas à Atenção Primária, pois favorecem a continuidade do cuidado e a corresponsabilidade terapêutica (Zorzi et al., 2024; Sanine et al., 2021). A modalidade escolhida deve respeitar o nível de capacitação e o estilo de prática do médico, podendo abranger referenciais cognitivo-comportamentais, psicodinâmicos ou sistêmicos (Olasoji, Maude & Cross, 2020; Rombouts et al., 2020).

O ambiente clínico, quando permeado por empatia, acolhimento e genuíno interesse, exerce um papel terapêutico intrínseco (Anastas et al., 2019; Isaacs et al., 2019a). O simples ato de escutar, compreender e validar o sofrimento da pessoa representa, muitas vezes, o início do processo de recuperação (McSherry et al., 2025; Zorzi et al., 2024). Nessa relação, o médico se torna mais do que um técnico: assume a função de mediador do cuidado e de facilitador da expressão emocional, promovendo um espaço de confiança que favorece o enfrentamento do sofrimento e o fortalecimento da autonomia (Oliveira et al., 2023; Dimenstein et al., 2022).

A pessoa que procura atendimento na Atenção Primária geralmente não busca um especialista, mas alguém capaz de compreender seu sofrimento em toda a sua complexidade —

física, emocional e social (Kates et al., 2019; Sanine et al., 2021). Enxerga no médico de família e comunidade uma figura de referência, um profissional que acolhe e acompanha, oferecendo escuta qualificada e cuidado continuado (Pupo et al., 2020; Coates, Coppleson & Travaglia, 2022). Nesse sentido, a atuação do médico de família transcende o papel de prescritor ou encaminhador, reafirmando-se como um terapeuta do vínculo e da integralidade, cuja prática está alicerçada nos princípios da Prevenção Quaternária, na prudência terapêutica e na centralidade da pessoa no processo de cuidado (Oliveira et al., 2023; Ramanuj et al., 2019).

CONCLUSÃO

A análise da literatura sobre a saúde mental na Medicina de Família e Comunidade evidencia que a prática clínica nesse campo exige um olhar ampliado e profundamente humano, capaz de integrar dimensões biológicas, psicológicas e sociais do processo saúde-doença. A anamnese e o exame do estado mental configuram-se como instrumentos fundamentais para a compreensão integral da pessoa, permitindo identificar não apenas sintomas, mas significados, contextos e relações que sustentam o sofrimento psíquico. O médico de família, ao reconhecer as emoções, os vínculos e a história de vida de seus pacientes, torna-se mediador entre o conhecimento técnico e o cuidado sensível, assumindo papel central na promoção da saúde mental comunitária.

Os resultados demonstram que a escuta qualificada e a construção gradual do vínculo são elementos estruturantes do cuidado. Essas práticas favorecem a elaboração subjetiva do sofrimento e contribuem para o fortalecimento da autonomia e da corresponsabilidade terapêutica. A integração entre anamnese, exame do estado mental e lista de problemas possibilita uma sistematização do raciocínio clínico que transcende o modelo biomédico tradicional, promovendo uma abordagem contextualizada, centrada na pessoa e coerente com os princípios da Prevenção Quaternária. Tal perspectiva reduz o risco de diagnósticos precipitados e de intervenções desnecessárias, assegurando que o cuidado seja prudente, ético e efetivamente resolutivo.

A revisão evidencia ainda que a construção da hipótese diagnóstica em saúde mental na Atenção Primária requer sensibilidade clínica, reflexão crítica e diálogo interdisciplinar. O uso de classificações diagnósticas, como CIAP-2 e CID-10, é útil como referência inicial, mas não substitui a compreensão subjetiva e psicodinâmica do adoecimento. A formação do médico de família deve, portanto, contemplar competências relacionais, capacidade de análise psicossocial e domínio técnico para lidar com a complexidade das expressões do sofrimento emocional. O desenvolvimento dessas habilidades contribui para o manejo clínico individualizado, que

equilibra farmacoterapia, psicoterapia e intervenções educativas de forma integrada e adaptada à realidade de cada pessoa e comunidade.

Como limitação identificada, destaca-se que a literatura revisada ainda apresenta escassez de estudos empíricos sobre o impacto de estratégias específicas de manejo clínico em saúde mental no âmbito da Medicina de Família e Comunidade, especialmente em contextos latino-americanos. A maioria das publicações concentra-se em aspectos teóricos ou em experiências isoladas, o que indica a necessidade de ampliar pesquisas que avaliem práticas clínicas integradas e seus resultados sobre a saúde mental da população atendida.

As implicações práticas deste estudo reforçam a importância de consolidar a saúde mental como componente transversal na formação e na atuação dos profissionais da Atenção Primária à Saúde. Investir em educação permanente, supervisão clínica e integração com os serviços especializados amplia a capacidade resolutiva do médico de família e fortalece a rede de cuidado. No plano teórico, a revisão contribui para reafirmar o paradigma da integralidade e da centralidade da pessoa, demonstrando que o diagnóstico e o manejo em saúde mental não devem ser entendidos como atos isolados, mas como processos contínuos de compreensão, vínculo e corresponsabilidade.

Em síntese, a Medicina de Família e Comunidade se consolida como um espaço privilegiado para o cuidado em saúde mental, por sua capacidade de conjugar conhecimento técnico, sensibilidade relacional e compromisso ético com a singularidade de cada indivíduo. O médico de família, ao atuar com prudência diagnóstica, escuta ativa e presença genuína, transforma a consulta em um encontro terapêutico, capaz de restaurar significados, reduzir danos e promover autonomia. Dessa forma, a prática clínica integrada reafirma a MFC como campo estratégico para a construção de uma atenção em saúde mental verdadeiramente humanizada, sustentada pela Prevenção Quaternária e orientada para o bem-estar integral das pessoas e comunidades.

REFERENCIAS

ANASTAS, T. et al. Building behavioral health homes: clinician and staff perspectives on creating integrated care teams. **J Behav Health Serv Res**, v. 46, n. 3, p. 475–486, 2019. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11414-018-9622-y>. Acesso em: 08 ago. 2025.

COATES, D.; COPPLESON, D.; TRAVAGLIA, J. Factors supporting the implementation of integrated care between physical and mental health services: an integrative review. **J Interprof Care**, v. 36, n. 2, p. 245–258, 2022. Disponível em:

<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13561820.2020.1862771>. Acesso em: 22 set. 2025.

CONSTANTINI, L. et al. Screening for depression in primary care with Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9): a systematic review. **J Affect Disord**, v. 279, p. 473–483, 2021. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165032720328287?via%3Dihub>. Acesso em: 11 ago. 2025.

CROWLEY, R. A.; KIRSCHNER, N. The integration of care for mental health, substance abuse, and other behavioral health conditions into primary care: executive summary of an American College of Physicians position paper. **Ann Intern Med**, v. 163, n. 4, p. 298–299, 2015. Disponível em: <https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/M15-0510>. Acesso em: 27 set. 2025.

DELANEY, K. R. et al. The effective use of psychiatric mental health nurses in integrated care: policy implications for increasing quality and access to care. **J Behav Health Serv Res**, v. 45, n. 2, p. 300–309, 2018. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11414-017-9555-x>. Acesso em: 04 ago. 2025.

DIMENSTEIN, M. et al. Atenção psicossocial nos serviços de atenção primária à saúde: desafios à integração no Brasil. **PePsic**, v. 14, n. 5, 2022. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1679-44272022000100004&script=sci_arttext. Acesso em: 28 ago. 2025.

EE, C. et al. An integrative collaborative care model for people with mental illness and physical comorbidities. **Int J Ment Heal Syst**, v. 14, n. 1, 2020. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/s13033-020-00410-6>. Acesso em: 15 set. 2025.

GRAZIER, K. L.; SMILEY, M. L.; BONDALAPATI, K. S. Overcoming barriers to integrating behavioral health and primary care services. **J Prim Care Community Health**, v. 7, n. 4, p. 242–248, 2016. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/2150131916656455>. Acesso em: 01 set. 2025.

ISAACS, A. N.; BEAUCHAMP, A.; SUTTON, K.; MAYBERY, D. Unmet needs of persons with a severe and persistent mental illness and their relationship to unmet accommodation needs. **Health Soc Care Community**, v. 27, n. 4, p. e246–e256, 2019. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/hsc.12729>. Acesso em: 10 set. 2025.

ISAACS, A.; BEAUCHAMP, A.; SUTTON, K.; KOCAALI, N. Care coordination can reduce unmet needs of persons with severe and persistent mental illness. **Front Psychiatry**, v. 10, 2019. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/journals/psychiatry/articles/10.3389/fpsy.2019.00563/full>. Acesso em: 13 ago. 2025.

KATES, N. et al. Improving collaboration between primary care and mental health services. **World J Biol Psychiatry**, v. 20, n. 10, p. 748–765, 2019. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/15622975.2018.1471218>. Acesso em: 20 ago. 2025.

MAUER-VAKIL, D. S. et al. Approaches to integrate mental health services in primary care: a scoping review of system-level barriers and enablers to implementation. **Can J Community Ment Health**, v. 42, n. 3, p. 29–45, 2023. Disponível em: <https://www.cjcmh.com/doi/10.7870/cjcmh-2023-020>. Acesso em: 05 set. 2025.

MCSHERRY, P. et al. Integrated Primary Care Mental Health Service: A Qualitative Exploration of an Integrated Approach to Supporting People with Significant Mental Health Problems in Primary Care. **Community Ment Health J**, v. 61, n. 4, 2025. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10597-024-01393-1>. Acesso em: 09 ago. 2025.

OLASOJI, M.; MAUDE, P.; CROSS, W. Experiences of mental health nurses working in general practice: a qualitative study. **Contemp Nurse**, v. 56, n. 3, p. 266–279, 2020. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/10376178.2020.1841013>. Acesso em: 29 ago. 2025.

OLIVEIRA, J. L. et al. Mental Health Care in Primary Health Care: An Integrative Review. **Issues Ment Health Nurs**, v. 44, n. 4, p. 329–337, 2023. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/01612840.2023.2189954>. Acesso em: 12 ago. 2025.

PUPPO, L. R. et al. Saúde mental na Atenção Básica: identificação e organização do cuidado no estado de São Paulo. **Saúde em Debate**, v. 44, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/nYHd8GWRgV94fRCHqz7fNXj/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 20 ago. 2025.

RAMANUJ, P. et al. Evolving models of integrated behavioral health and primary care. **Curr Psychiatry Rep**, v. 21, n. 1, 2019. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11920-019-0985-4>. Acesso em: 07 set. 2025.

ROMBOUTS, S. A. et al. Evidence based models of care for the treatment of alcohol use disorder in primary health care settings: a systematic review. **BMC Fam Pract**, v. 21, n. 1, 2020. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12875-020-01288-6>. Acesso em: 18 ago. 2025.

SANINE, P. R. et al. Saúde mental e a qualidade organizacional dos serviços de atenção primária no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 37, n. 7, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/zzd7pcPDrd9VDqNHHDpBwZQ/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 30 ago. 2025.

WOOD, E.; OHLSEN, S.; RICKETTS, T. What are the barriers and facilitators to implementing Collaborative Care for depression? A systematic review. **J Affect Disord**, v. 214, p. 26–43, 2017. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032716315506?via%3Dihub>. Acesso em: 26 set. 2025.

YAN, C. et al. Cost-effectiveness analysis of a randomized study of depression treatment options in primary care suggests stepped-care treatment may have economic benefits. **BMC Psychiatry**, v. 19, n. 1, 2019. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12888-019-2223-3>. Acesso em: 09 set. 2025.



ZORZI, V. N. et al. Promoção de Saúde Mental na atenção primária: o papel dos grupos de saúde na perspectiva de usuários e profissionais. **Interface (Botucatu)**, v. 28, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/frwSGcmj4WQQNSSfShMytb/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 17 ago. 2025.