

MANEJO DE PACIENTES COM DEPRESSÃO E ANSIEDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: BARREIRAS E SOLUÇÕES

MANAGEMENT OF PATIENTS WITH DEPRESSION AND ANXIETY IN PRIMARY CARE: BARRIERS AND SOLUTIONS

Lucas P. de O. Zambrotti¹; Gleyce P. de Oliveira²

RESUMO

Este artigo analisa, por meio de uma revisão integrativa da literatura, as barreiras e soluções para o manejo clínico de pacientes com depressão e ansiedade na Atenção Primária à Saúde (APS). A metodologia envolveu uma busca sistemática nas bases de dados MEDLINE, Embase, Scopus, SciELO e LILACS, abrangendo o período de janeiro de 2000 a abril de 2025, que resultou na análise de 15 publicações que atenderam a critérios de elegibilidade rigorosos. Os resultados evidenciam que as principais barreiras são sistêmicas e interconectadas, incluindo a formação profissional insuficiente, a sobrecarga de trabalho e a fragmentação da rede de cuidado, que se articulam com o estigma social, a baixa adesão terapêutica e as vulnerabilidades socioeconômicas dos pacientes. Como soluções, a literatura aponta para a necessidade de um cuidado integrado, que combine o uso racional de psicofármacos com intervenções psicossociais breves, como a Terapia de Resolução de Problemas, e que seja sustentado por modelos organizacionais como o Apoio Matricial e o Cuidado Colaborativo, com o suporte inovador da telessaúde para ampliar o acesso. Conclui-se que a superação dos desafios exige uma abordagem sinérgica, que articule as estratégias clínicas e organizacionais, e que seja viabilizada por políticas públicas consistentes, visando fortalecer o papel da APS como ordenadora de um cuidado em saúde mental mais resolutivo, humanizado e acessível.

Descritores: Atenção Primária à Saúde; Depressão, Ansiedade; Sistemas de Saúde Integrados.

ABSTRACT

This article analyzes, through an integrative literature review, the barriers and solutions related to the clinical management of patients with depression and anxiety in Primary Health Care (PHC). The methodology involved a systematic search in the MEDLINE, Embase, Scopus, SciELO, and LILACS databases, covering the period from January 2000 to April 2025. This resulted in the analysis of 10 publications that met strict eligibility criteria. The findings show that the main barriers are systemic and interconnected, including insufficient professional training, work overload, and fragmentation of the care network. These issues are further compounded by social stigma, low treatment adherence, and the patients' socioeconomic vulnerabilities. As potential solutions, the literature highlights the need for integrated care that combines the rational use of psychotropic medications with brief psychosocial interventions, such as Problem-Solving Therapy. This care should be supported by organizational models like Matrix Support and Collaborative Care, with the innovative support of telehealth to enhance access. It is concluded that overcoming these challenges requires a synergistic approach that integrates clinical and organizational strategies and is supported by consistent public policies aimed at strengthening the role of PHC as the coordinator of more effective, humanized, and accessible mental health care.

Keywords: Primary Health Care; Depression, Anxiety; Integrated Health Care Systems.

¹ Graduando do Curso de Medicina do UNIFESO - Fundação Educacional Serra dos Órgãos.

² Docente do Curso de Medicina do UNIFESO - Fundação Educacional Serra dos Órgãos.

INTRODUÇÃO

Os transtornos mentais, com destaque para a depressão e a ansiedade, representam um dos maiores desafios para a saúde pública global na atualidade, afetando milhões de indivíduos e gerando um impacto profundo na qualidade de vida e na capacidade funcional da população (1, 2) A Organização Mundial da Saúde aponta a depressão como uma das principais causas de incapacidade em todo o mundo, enquanto os transtornos de ansiedade figuram como as condições mentais mais prevalentes, com o Brasil ocupando uma posição de liderança nesse ranking. (3, 4) A alta comorbidade entre depressão e ansiedade agrava ainda mais este cenário, resultando em quadros clínicos mais severos, maior cronicidade e um risco aumentado de desfechos negativos, como o suicídio. (2, 5)

Diante dessa realidade, a Atenção Primária à Saúde (APS) emerge como o cenário estratégico e a porta de entrada preferencial para o acolhimento, diagnóstico e manejo desses transtornos. (1, 3) Estima-se que uma parcela significativa dos pacientes atendidos na atenção básica, entre 10% e 20%, apresente um transtorno depressivo ou de ansiedade, embora frequentemente as queixas iniciais sejam de natureza somática, como dores crônicas, fadiga ou insônia, mascarando o sofrimento psíquico subjacente. (4, 2) Essa característica reforça o papel crucial do médico de família, que, por meio do vínculo longitudinal e do conhecimento do contexto de vida do paciente, está em uma posição privilegiada para realizar a detecção precoce e iniciar o cuidado. (1, 6)

Contudo, apesar de seu potencial, a capacidade da APS em responder a essa demanda de forma efetiva é limitada por uma série de barreiras estruturais e profissionais que configuram um “hiato terapêutico” expressivo, onde muitos casos são subdiagnosticados ou inadequadamente tratados. (7, 8) A literatura aponta de forma consistente para a insuficiência na formação em saúde mental dos profissionais generalistas, o tempo de consulta limitado, a ausência de protocolos clínicos claros, o estigma social e a fragmentação da rede de cuidado como os principais obstáculos. (1, 7, 8) Como resultado, prevalece uma abordagem frequentemente centrada na medicalização, sem a devida integração com estratégias psicossociais. (1, 3)

Desta forma, este trabalho justifica-se pela necessidade premente de analisar criticamente e sistematizar as barreiras e as soluções para o manejo da depressão e da ansiedade na APS. A compreensão aprofundada desse panorama é fundamental para subsidiar o planejamento de ações mais resolutivas, qualificar os processos de trabalho e fortalecer o papel da atenção básica na construção de um cuidado em saúde mental mais integral, acessível e humanizado no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

OBJETIVOS

Objetivo Primário

Analisar as principais barreiras e as soluções propostas para o manejo de pacientes com transtornos de depressão e ansiedade no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS).

Objetivos Secundários

Identificar as principais barreiras que dificultam o manejo efetivo da depressão e da ansiedade na APS.

Sintetizar as principais estratégias terapêuticas recomendadas pela literatura para aplicação no contexto da atenção primária.

Analisar os modelos de cuidado integrado enquanto soluções organizacionais para qualificar a assistência em saúde mental.

Discutir a sinergia entre as diferentes soluções clínicas e organizacionais, e o papel das políticas públicas para a sustentabilidade de um modelo de cuidado integral em saúde mental na APS.

MÉTODOS

A presente seção detalha os procedimentos metodológicos empregados para identificar, selecionar e analisar a literatura científica pertinente ao manejo de transtornos de depressão e ansiedade na Atenção Primária à Saúde (APS). Este estudo foi delineado como uma revisão integrativa da literatura, abordagem que permite a síntese e a avaliação crítica de publicações com diferentes desenhos metodológicos, visando a uma compreensão abrangente do tema. A estratégia de busca foi executada nas seguintes bases de dados eletrônicas: MEDLINE (via PubMed), Embase, Scopus, SciELO (Scientific Electronic Library Online) e LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde). A pesquisa abrangeu publicações indexadas entre 1º de janeiro de 2000 e 01 de abril de 2025. Para a busca, foram utilizadas palavras-chave relevantes em inglês e português, combinadas por meio de operadores booleanos. Foram aceitos artigos nos idiomas inglês, português e espanhol, aplicando-se filtros para estudos realizados em humanos e com populações adultas (idade ≥ 18 anos).

A busca inicial nas bases de dados resultou em um total de 272 artigos. Após a importação para o software de gerenciamento de revisões Rayyan, foram removidos 202 estudos duplicados, restando 70 para a triagem. O processo de seleção foi conduzido de forma sistemática pelo autor em duas etapas distintas. Na primeira etapa, os 70 artigos foram avaliados com base na leitura de seus títulos e resumos, resultando na exclusão de 35 trabalhos que não atendiam ao escopo da pesquisa. Na segunda etapa, os 35 artigos restantes foram submetidos à leitura na íntegra para uma análise aprofundada da elegibilidade.

Nesta fase final, a elegibilidade dos estudos foi determinada pela aplicação estrita de critérios predefinidos. Foram incluídos artigos originais (observacionais e de intervenção) e revisões sistemáticas que abordassem o manejo clínico, as barreiras ou as soluções para depressão e ansiedade especificamente no ambiente da APS. Foram excluídos estudos conduzidos exclusivamente em populações hospitalares ou de atenção secundária/terciária, estudos pediátricos, editoriais, cartas ao leitor, relatos de caso e resumos de congressos. Após a aplicação desses critérios aos 35 artigos, 20 estudos foram excluídos, resultando em uma amostra final de 15 trabalhos que compõem o corpus desta revisão.

A avaliação da qualidade metodológica dos artigos selecionados foi conduzida pelo autor, utilizando-se checklists padronizados e apropriados para cada tipo de estudo. Para as revisões sistemáticas incluídas, foi aplicado o instrumento AMSTAR-2; para os estudos observacionais, o checklist STROBE; e para os ensaios clínicos, o guia CONSORT. A aplicação dos critérios de cada checklist foi documentada de forma transparente para permitir a rastreabilidade e a reprodutibilidade da análise de qualidade.

Outrossim, por se tratar de uma revisão integrativa da literatura, que utiliza como fonte de dados artigos e documentos de domínio público, a pesquisa dispensa submissão e aprovação por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

RESULTADOS

Barreiras na perspectiva do profissional e do serviço de saúde

A efetividade do manejo da depressão e da ansiedade na Atenção Primária à Saúde (APS) é sistematicamente obstruída por um conjunto de barreiras inerentes à formação profissional e à própria estrutura dos serviços. A complexidade dessas demandas de saúde mental frequentemente excede a capacidade de resposta das equipes, que relatam não dispor de instrumentos ou estratégias adequadas para quantificar e organizar o fluxo de cuidado. (7) Essa carência instrumentaliza uma prática clínica reativa e, muitas vezes, desalinhada das necessidades reais dos usuários, perpetuando um ciclo de intervenções fragmentadas e pouco resolutivas. (1, 8)

Um dos obstáculos mais proeminentes reside na deficiência formativa dos médicos e demais profissionais da APS. A formação acadêmica, historicamente centrada no modelo biomédico, não prepara adequadamente para a abordagem biopsicossocial que o sofrimento psíquico exige, resultando em insegurança e dificuldade no reconhecimento de quadros clínicos. (1, 8) Tal despreparo é evidenciado por estudos que apontam para um diagnóstico de depressão mais fundamentado em conhecimento empírico do que na Medicina Baseada em Evidências, com uma minoria de profissionais utilizando manuais diagnósticos como o DSM. (8) Essa lacuna formativa contribui diretamente para o chamado “hiato terapêutico”, no qual muitos transtornos permanecem subdiagnosticados. (8, 4)

Somada à carência formativa, a própria organização do trabalho na APS impõe severas limitações. O tempo de consulta, frequentemente exíguo, e a sobrecarga de trabalho comprometem a possibilidade de uma escuta qualificada, essencial para a identificação de queixas de saúde mental, que muitas vezes se manifestam de forma somática. (1, 2) A pressão por produtividade e a alta demanda por condições agudas e crônicas desviam o foco do cuidado, fazendo com que o sofrimento psíquico seja negligenciado ou tratado de maneira superficial, geralmente com a prescrição de psicofármacos como solução imediata. (1, 3)

A ausência de protocolos clínicos padronizados para o manejo da depressão e da ansiedade na atenção básica agrava esse cenário de dificuldades. Profissionais relatam a falta de diretrizes claras para o diagnóstico, tratamento e acompanhamento, o que gera heterogeneidade nas práticas e reforça a insegurança clínica. (1, 7, 8) Essa lacuna protocolar dificulta a adoção de uma abordagem sistemática e baseada em evidências, abrindo espaço para intervenções que, embora bem-intencionadas, podem ser ineficazes ou até iatrogênicas, como o uso indiscriminado de benzodiazepínicos. (1, 8)

Essa conjunção de fatores culmina em uma acentuada insegurança por parte dos profissionais para conduzir os casos de saúde mental. Uma pesquisa realizada em Anápolis (GO) revelou que apenas 27,5% dos médicos se sentem totalmente seguros para tratar a depressão, enquanto a maioria expressa uma segurança apenas parcial. (8) Esse sentimento de despreparo e medo, especialmente diante de situações de crise ou risco de suicídio, é uma barreira significativa que compromete a capacidade de acolhimento e a efetividade da intervenção. (5,7)

Por outro prisma, a fragmentação do cuidado e a comunicação deficiente com a rede especializada representam um obstáculo estrutural de grande relevância. A falta de articulação entre a APS e os serviços especializados, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dificulta o estabelecimento de um fluxo contínuo e integrado de cuidado. (7) Os profissionais da atenção básica frequentemente não conseguem contato com psiquiatras da rede para discutir casos graves, resultando em um sentimento de isolamento e na busca por soluções inadequadas, como o encaminhamento para unidades de pronto atendimento. (1,7)

A sobrecarga de trabalho e a exposição contínua ao sofrimento alheio também geram um impacto significativo na saúde mental dos próprios profissionais da APS. Estudos evidenciam uma

alta prevalência de sintomas de ansiedade e depressão entre trabalhadores da atenção básica, incluindo médicos residentes, cenário agravado em contextos de crise como a pandemia de COVID-19. (1) Esse adoecimento do cuidador não apenas compromete seu bem-estar, mas também afeta a qualidade da assistência prestada, aumentando o risco de burnout e despersonalização no atendimento. (1, 6)

Em síntese, as barreiras enfrentadas pelos profissionais e serviços de saúde configuram um desafio sistêmico. A capacitação insuficiente, as condições de trabalho precárias e a desarticulação da rede de atenção psicossocial (RAPS) convergem para um modelo de cuidado que, apesar dos esforços, se mostra insuficiente para atender à complexidade das demandas em saúde mental. (7) A superação desses obstáculos exige, portanto, não apenas ações pontuais de treinamento, mas investimentos robustos em educação permanente, apoio institucional e reorganização dos processos de trabalho na APS. (1, 7)

Barreiras na perspectiva do paciente e do contexto social

Para além dos desafios institucionais, o manejo da depressão e da ansiedade na APS se depara com barreiras significativas que emanam da perspectiva do paciente e de seu contexto sociocultural. O estigma associado aos transtornos mentais permanece como um dos principais impedimentos para a busca de ajuda. (1, 3) O receio de ser rotulado, a vergonha ou a interpretação do sofrimento psíquico como “fraqueza” ou “falta de fé” fazem com que muitos indivíduos evitem procurar os serviços de saúde ou verbalizar suas queixas emocionais, retardando o diagnóstico e o início do tratamento. (1, 7)

Essa relutância em abordar diretamente as questões emocionais frequentemente leva os pacientes a apresentarem suas queixas de forma somática. Sintomas como dores crônicas, fadiga, insônia ou distúrbios gastrointestinais são queixas recorrentes nas consultas da APS e podem mascarar um quadro de ansiedade ou depressão subjacente. (2, 4) Essa “somatização” representa uma barreira diagnóstica considerável, pois exige do profissional uma alta suspeição clínica e sensibilidade para investigar além do sintoma físico aparente, o que é dificultado pelas condições de trabalho já mencionadas. (1, 2)

Adicionalmente, a baixa adesão ao tratamento, tanto farmacológico quanto psicossocial, constitui um desafio persistente. Mesmo após o diagnóstico, muitos pacientes interrompem a medicação precocemente ou não se engajam em terapias complementares. (2, 6) Fatores como a falta de compreensão sobre a natureza crônica do transtorno, os efeitos colaterais dos medicamentos, a descrença na eficácia do tratamento e o próprio estigma contribuem para essa dificuldade. A não adesão compromete a recuperação e aumenta o risco de recaídas e cronicidade. (2, 5)

As barreiras socioeconômicas e geográficas também desempenham um papel crucial no acesso ao cuidado. Fatores como baixa renda, desemprego e condições precárias de moradia são determinantes sociais que elevam a vulnerabilidade ao adoecimento psíquico. (3,7) Ao mesmo tempo, a distância dos serviços de saúde, a dificuldade com transporte e os custos indiretos do tratamento podem impedir que o paciente mantenha um acompanhamento regular, especialmente em municípios de pequeno porte que não dispõem de uma rede de saúde mental completa. (7)

A baixa literacia em saúde mental é outra barreira que permeia a perspectiva do paciente. A falta de conhecimento sobre os transtornos mentais, seus sintomas e as opções de tratamento disponíveis dificultam que o indivíduo reconheça seu próprio sofrimento como um problema de saúde legítimo e que demande atenção profissional. (3) Essa carência de informação alimenta o estigma e a desconfiança em relação às intervenções propostas, dificultando a construção de uma aliança terapêutica sólida entre o paciente e a equipe de saúde. (1, 3)

No âmbito familiar e comunitário, a resistência e o preconceito também se manifestam como obstáculos importantes. Frequentemente, a própria família tende a esconder ou minimizar os problemas de saúde mental de um de seus membros, por medo do julgamento social ou por falta de recursos para

lidar com a situação. (7) Essa dinâmica dificulta a busca por ajuda e pode isolar ainda mais o indivíduo em sofrimento, privando-o de uma rede de apoio essencial para sua recuperação. (3)

Vale ressaltar que a apresentação clínica dos transtornos depressivos e ansiosos é multifacetada e influenciada por fatores culturais e individuais, o que pode dificultar o reconhecimento tanto pelo paciente quanto pelo profissional. A ansiedade, por exemplo, pode ser vista como um sentimento vago e desagradável de medo, tornando-se patológica apenas quando exagerada e desproporcional, uma distinção que nem sempre é clara para o leigo. (4) Essa sobreposição entre o normal e o patológico é um terreno fértil para a negação e o subdiagnóstico. (4, 9)

Portanto, as barreiras observadas na perspectiva do paciente e de seu meio social são complexas e interconectadas, criando um ciclo vicioso que dificulta o acesso e a continuidade do cuidado. O estigma, a apresentação somática dos sintomas, a baixa adesão e as vulnerabilidades socioeconômicas reforçam-se mutuamente, exigindo da APS uma atuação que transcenda a clínica tradicional e incorpore estratégias de acolhimento, educação em saúde e articulação comunitária para desconstruir esses obstáculos e promover um cuidado verdadeiramente integral. (1, 3, 7)

Soluções clínicas: abordagens terapêuticas na APS

Frente ao cenário de desafios, a qualificação das abordagens terapêuticas na APS é fundamental para garantir um manejo clínico mais eficaz e humanizado. No que tange ao tratamento farmacológico, o uso racional de psicofármacos emerge como uma solução crucial, em contraposição à prática da medicalização excessiva. (1) Isso implica na adoção de protocolos de primeira linha baseados em evidências, como o uso preferencial de inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS) por sua eficácia e perfil favorável de segurança e tolerabilidade, e no manejo cuidadoso dos efeitos colaterais e do tempo de tratamento. (2, 5)

A prescrição de medicamentos deve ser criteriosa, considerando o diagnóstico, a gravidade dos sintomas e as comorbidades do paciente. Para transtornos depressivos e de ansiedade, os ISRS, como a sertralina e o citalopram, são frequentemente indicados como primeira escolha. (2, 10) O manejo adequado inclui iniciar com doses baixas, titular gradualmente e monitorar a resposta e os efeitos adversos, como disfunção sexual ou ganho de peso, que podem comprometer a adesão a longo prazo. (2) A educação do paciente sobre a medicação e a importância da continuidade do tratamento, mesmo após a melhora dos sintomas, é um componente essencial dessa abordagem. (5)

Contudo, a literatura ressalta de forma consistente que o tratamento mais efetivo para a depressão e a ansiedade combina a farmacoterapia com abordagens não farmacológicas. (4) As estratégias psicossociais não apenas potencializam os efeitos dos medicamentos, mas também oferecem ao paciente ferramentas para lidar com os estressores e modificar padrões de pensamento e comportamento disfuncionais. A APS é um cenário propício para a implementação de intervenções breves e estruturadas por profissionais capacitados. (4, 5)

Entre as estratégias não farmacológicas, a Terapia de Resolução de Problemas (TRP) e a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) são destacadas por sua eficácia. (4, 5) A TRP auxilia o paciente a identificar problemas, gerar soluções e implementar planos de ação, enquanto a TCC foca na reestruturação de pensamentos negativos e na modificação de comportamentos de esquiva. (4) Embora a TCC completa seja mais complexa, seus princípios podem ser adaptados para intervenções breves realizadas por médicos de família e outros profissionais da atenção básica. (5)

A ativação comportamental é outra intervenção psicossocial de grande aplicabilidade na APS. Baseada no princípio de que o engajamento em atividades prazerosas e significativas pode quebrar o ciclo da depressão, essa técnica incentiva o paciente a retomar gradualmente sua rotina e seus

interesses. (5) Por sua simplicidade e foco prático, a ativação comportamental pode ser facilmente integrada às consultas de acompanhamento, promovendo autonomia e melhora do humor. (1, 5)

Outrossim, as intervenções breves de psicoeducação são ferramentas poderosas para desmistificar os transtornos mentais e engajar o paciente em seu próprio cuidado. Explicar a natureza da doença, os fundamentos do tratamento e as estratégias de autocuidado pode diminuir o estigma, melhorar a adesão e empoderar o indivíduo. (3, 4) A psicoeducação pode ocorrer em consultas individuais ou em atividades de grupo, fortalecendo a aliança terapêutica e promovendo a saúde mental na comunidade. (3, 7)

A utilização de instrumentos de rastreamento e monitoramento, como as escalas PHQ-9 para depressão e GAD-7 para ansiedade, é uma solução clínica que qualifica o diagnóstico e a avaliação da resposta terapêutica. (5, 6) Essas ferramentas, validadas e de fácil aplicação, permitem uma avaliação objetiva da gravidade dos sintomas e auxiliam o profissional a tomar decisões mais embasadas sobre a necessidade de iniciar, ajustar ou modificar o tratamento. A adoção rotineira desses instrumentos é um passo importante para uma prática mais sistemática e eficaz. (5, 8)

Em suma, a otimização das soluções clínicas na APS passa por uma abordagem integrada que articula o uso racional de psicofármacos com estratégias psicossociais acessíveis e baseadas em evidências. A combinação de farmacoterapia, intervenções como TCC ou TRP, ativação comportamental e psicoeducação, apoiada pelo uso de escalas de monitoramento, constitui um modelo de cuidado mais robusto e centrado na pessoa. A implementação dessas práticas exige capacitação profissional contínua e uma mudança cultural que valorize a abordagem integral do sofrimento psíquico. (4, 5, 6)

Soluções organizacionais: modelos de cuidado integrado e inovação

Para que as soluções clínicas sejam efetivas, é imperativo que elas estejam inseridas em modelos organizacionais que promovam a integração do cuidado e a inovação nas práticas de saúde. O modelo de cuidado colaborativo (Collaborative Care Model) é uma das estratégias mais promissoras, pois estrutura a parceria entre a equipe de APS, gestores de cuidado e especialistas em saúde mental (psiquiatras e psicólogos), garantindo um acompanhamento sistemático e proativo dos pacientes. (5, 6) Esse modelo tem demonstrado melhorar os desfechos em depressão e ansiedade ao facilitar o acesso ao tratamento e garantir a continuidade do cuidado. (8)

No contexto brasileiro, a estratégia de Apoio Matricial, ou Matriciamento, operacionalizada principalmente através dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), representa uma solução organizacional alinhada ao cuidado colaborativo. (3, 7) O matriciamento propõe uma retaguarda assistencial e um suporte técnico-pedagógico às equipes da APS, por meio de discussões de caso, atendimentos conjuntos e construção de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS). (7) Essa interação visa ampliar a capacidade resolutiva da atenção básica, qualificando os profissionais para manejar casos de saúde mental e evitando encaminhamentos desnecessários. (7, 8)

Apesar dos desafios em sua implementação, como a falta de clareza sobre seu papel e a resistência a um trabalho verdadeiramente integrado, o potencial do Apoio Matricial é inegável. (7) Quando bem estruturado, ele fortalece a lógica do cuidado em rede, promove a educação permanente em serviço e desmistifica a ideia de que a saúde mental é um campo exclusivo de especialistas. A colaboração entre a equipe da APS e os profissionais do NASF é fundamental para construir um cuidado compartilhado e corresponsável. (3, 7)

A integração do cuidado em saúde mental na atenção primária também se mostra uma solução eficaz para aumentar o engajamento dos pacientes no tratamento. A conveniência de receber o cuidado no mesmo local onde já se tratam outras condições de saúde reduz barreiras de acesso e o

estigma associado à busca por serviços especializados. (6) Estudos demonstram que pacientes são mais propensos a participar de tratamentos de saúde mental quando estes são oferecidos de forma integrada ao seu cuidado primário. (6)

Avançando para as soluções inovadoras, o uso da telessaúde surge como uma ferramenta estratégica para ampliar o acesso e qualificar o cuidado em saúde mental, especialmente em regiões remotas ou com carência de especialistas. Por meio de teleconsultas, teleinterconsultas (discussão de casos entre profissionais) e tele-educação, é possível superar barreiras geográficas e otimizar os recursos da rede. (7) A telessaúde pode conectar os médicos de família a psiquiatras e psicólogos, viabilizando o apoio matricial à distância e oferecendo suporte especializado em tempo oportuno. (1, 7)

Além disso, a organização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é um pilar para a sustentabilidade de qualquer modelo de cuidado integrado. É essencial que existam fluxos de referência e contrarreferência bem definidos e comunicados entre a APS, os CAPS, as urgências e os leitos hospitalares. (7) A gestão tem um papel ativo na promoção de espaços de articulação e na criação de protocolos que orientem o caminho do usuário na rede, garantindo que o cuidado não se fragmente nas transições entre os diferentes pontos de atenção. (1, 7)

A implementação de práticas de educação permanente em saúde, em vez de capacitações pontuais, é outra solução organizacional indispensável. (7) A educação permanente parte dos problemas cotidianos do serviço para construir conhecimento de forma coletiva e significativa, transformando os processos de trabalho. Essa abordagem favorece a interdisciplinaridade e a integralidade, capacitando as equipes a lidarem de forma mais crítica e reflexiva com a complexidade das demandas em saúde mental. (7)

Finalmente, a valorização do trabalho em equipe multiprofissional dentro da própria APS é uma estratégia que enriquece a abordagem ao sofrimento psíquico. A inserção de psicólogos, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais nas equipes, como proposto pelo NASF, amplia o leque de intervenções disponíveis para além da medicalização. (7) A troca de saberes e a construção de planos de cuidado compartilhados entre diferentes categorias profissionais potencializam a capacidade de ofertar um cuidado verdadeiramente integral e centrado nas necessidades do usuário. (1, 3)

O Papel das Intervenções em Grupo e do Rastreamento Ativo na APS

A literatura recente reforça o papel da Atenção Primária à Saúde (APS) não apenas no manejo individual, mas também na identificação proativa e no cuidado coletivo de pessoas em sofrimento psíquico, destacando-se as estratégias de rastreamento e as intervenções em grupo. (11) A implementação de uma busca ativa por casos de transtornos mentais comuns é apontada como fundamental. Um estudo de rastreio em uma Unidade Básica de Saúde em Cuiabá (MT), por exemplo, aplicou a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD) e revelou uma alta prevalência de possíveis casos, com 52,1% dos usuários apresentando suspeita de ansiedade e 29,1% de depressão, evidenciando a importância do envolvimento da equipe para identificar quadros que poderiam permanecer subdiagnosticados. (12)

Em resposta a essa alta demanda, as abordagens grupais na APS emergem como uma solução prática e de baixo custo, alinhada aos princípios do cuidado integral. (13) Um relato de experiência sobre um grupo de apoio para pacientes com ansiedade e depressão em uma UBS no Sul do Brasil demonstrou que a criação de um espaço para troca e apoio mútuo ao longo de encontros semanais foi eficaz em promover a reabilitação psicossocial e em reduzir o estigma associado ao adoecimento. (14) Essa modalidade de cuidado coletivo fortalece os vínculos e permite a ressignificação do sofrimento de uma forma que o atendimento individual muitas vezes não alcança. (13, 14)

O potencial terapêutico dos grupos é versátil, podendo se manifestar em diferentes formatos. Um estudo de implementação sobre grupos de artesanato para mulheres na atenção primária identificou essas atividades como um potente dispositivo de apoio em saúde mental. (15) Os encontros não apenas ensinavam uma habilidade, mas funcionavam como um espaço seguro para socialização, fortalecimento de laços comunitários e desenvolvimento de novas estratégias de enfrentamento, constituindo uma importante alternativa ao cuidado centrado na medicalização. (15)

A literatura também reitera a importância de um olhar atento para populações específicas, como os idosos, cujo sofrimento psíquico é frequentemente subdiagnosticado ou atribuído ao processo natural do envelhecimento. (16) Para essa população, o manejo da depressão na APS deve transcender a abordagem farmacológica, incorporando ativamente a psicoterapia e, de forma especial, atividades em grupo que promovam o bem-estar e a interação social. Tal abordagem posiciona a atenção primária como um agente central na promoção do envelhecimento ativo e saudável. (15)

De forma conceitual, a APS é reafirmada como um espaço estratégico para a identificação e o cuidado de indivíduos em sofrimento psíquico, sendo seu papel fundamental na coordenação de uma atenção longitudinal e contextualizada. (13) A capacidade de ofertar tanto o rastreamento ativo quanto as intervenções em grupo demonstra a potência da atenção básica em ir além do modelo biomédico, construindo um cuidado que é, ao mesmo tempo, clínico e comunitário. (12, 14)

DISCUSSÃO:

A interconexão das barreiras

As barreiras ao manejo efetivo da depressão e da ansiedade na Atenção Primária à Saúde (APS) não se manifestam como obstáculos isolados, mas como uma rede interconectada de desafios que se reforçam mutuamente, configurando um problema de natureza sistêmica. (1, 2) A análise crítica da literatura revela que a fragilidade em um ponto do sistema de cuidado reverbera em outros, criando um ciclo de dificuldades que afeta tanto profissionais quanto pacientes. A superação desse quadro, portanto, exige uma compreensão que transcenda soluções pontuais e aborde a complexidade dessas interações. (1, 2)

A relação entre a falta de treinamento profissional e o reforço do estigma no paciente ilustra perfeitamente essa dinâmica. Um profissional com formação deficiente em saúde mental tende a se sentir inseguro e a operar dentro de um modelo estritamente biomédico, focando em sintomas e não no sofrimento subjetivo do indivíduo. (4, 8) Essa postura pode levar a uma comunicação que invalida a experiência do paciente, tratando suas queixas como menos legítimas e reforçando a percepção social e pessoal de que seu problema é uma “fraqueza”, o que por sua vez aumenta a relutância do usuário em aderir ao tratamento ou em se abrir em consultas futuras. (3, 7)

De forma complementar, a sobrecarga de trabalho e o tempo de consulta insuficiente na APS catalisam a medicalização do sofrimento social e psíquico. (1) Diante da pressão por resolutividade rápida, a prescrição de psicofármacos torna-se a via mais fácil, suplantando a escuta qualificada e a oferta de abordagens psicossociais. (1, 3) Essa prática, quando desacompanhada de uma psicoeducação adequada, leva o paciente a crer que a solução para seu sofrimento é exclusivamente medicamentosa, minando a adesão a tratamentos mais complexos e perpetuando a dependência farmacológica. (2, 5)

A fragmentação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e a comunicação deficiente entre a APS e os serviços especializados exacerbam o sentimento de isolamento e desamparo. (7) Quando um médico de família, mesmo com recursos limitados, consegue diagnosticar um caso e o encaminha para um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), mas o paciente se depara com longas filas ou

ausência do serviço, a confiança no sistema de saúde é abalada. (1, 7) Essa falha na continuidade do cuidado não apenas agrava o quadro do paciente, mas também desautoriza e desmotiva o profissional da APS, que passa a ver o encaminhamento como um ato ineficaz.

No contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), essa interconexão de barreiras cria um ciclo de precarização do cuidado em saúde mental. A formação deficiente, aliada a condições de trabalho inadequadas e a uma rede desarticulada, resulta em uma prática clínica frustrante para o profissional e estigmatizante para o paciente, que por sua vez, responde com baixa adesão e desconfiança. Fica evidente, portanto, que intervenções isoladas, como um curso de capacitação pontual, são insuficientes se não forem acompanhadas por mudanças estruturais nos processos de trabalho, na organização da rede e no fortalecimento de políticas públicas que sustentem um cuidado integral. (1, 7)

A sinergia das soluções

A construção de um cuidado em saúde mental resolutivo na APS depende da compreensão de que as soluções clínicas e organizacionais não são mutuamente excludentes, mas profundamente sinérgicas. A eficácia de uma abordagem terapêutica, como o uso racional de psicofármacos ou uma intervenção psicossocial breve, é drasticamente potencializada quando inserida em um modelo organizacional que oferece suporte, continuidade e integração. (5, 7) A superação dos desafios sistêmicos, portanto, reside na articulação coordenada dessas diferentes estratégias. (1, 6)

O Apoio Matricial (Matriciamento) é o principal exemplo dessa sinergia, atuando como a ponte que conecta o saber especializado à prática generalista da APS. (3, 7) Ao promover discussões de caso e atendimentos conjuntos, a equipe de matriciamento capacita o médico de família e os demais profissionais da atenção básica para que apliquem com mais segurança e propriedade as abordagens clínicas, como o manejo de psicofármacos e a condução de intervenções como a terapia de resolução de problemas. (4, 5, 7) O matriciamento transforma o ambiente de trabalho em um espaço de educação permanente, suprimindo as lacunas da formação tradicional.

Ademais, modelos como o Cuidado Colaborativo (Collaborative Care), reforçados por inovações como a telessaúde, criam a estrutura necessária para garantir a continuidade e a adesão ao tratamento. Um plano terapêutico bem desenhado, que inclua o uso de ISRS e terapia de ativação comportamental, de pouco adianta se o paciente não for acompanhado sistematicamente. (5, 6) O cuidado colaborativo e o suporte da telessaúde permitem um monitoramento contínuo, superam barreiras geográficas e mantêm o paciente engajado, combatendo diretamente o problema da baixa adesão e do abandono terapêutico. (6, 7)

Nessa perspectiva, o uso de protocolos clínicos e instrumentos de rastreio, como o PHQ-9, ganha sua máxima efetividade quando integrado a esse sistema organizado. (5) A presença de uma equipe de matriciamento e de uma rede articulada oferece ao profissional da APS a retaguarda necessária para ir além da prescrição, oferecendo alternativas terapêuticas e evitando a medicalização como única resposta. (1, 4) A estrutura organizacional dá suporte para que a decisão clínica seja de fato a mais adequada para o paciente, e não apenas a mais rápida ou a única disponível no momento.

Em suma, a viabilização e a sustentabilidade dessa sinergia dependem intrinsecamente de políticas públicas robustas e consistentes. A efetividade do Apoio Matricial, a estruturação da RAPS e a implementação de tecnologias como a telessaúde não ocorrem de forma espontânea; elas exigem financiamento adequado, diretrizes claras e apoio da gestão em todos os níveis do SUS. (1, 7) A construção de um cuidado integral e acessível em saúde mental na APS transcende a esfera da prática clínica e se afirma como um projeto político, que demanda compromisso contínuo para garantir que essas soluções sinérgicas se tornem a regra, e não a exceção.

A Prática Psicossocial como Resposta à Medicalização na APS

A análise das estratégias de rastreamento e das intervenções em grupo na APS evidencia um contraponto fundamental ao modelo biomédico tradicional, que muitas vezes resulta na medicalização excessiva do sofrimento. (13) Enquanto a abordagem convencional pode se limitar à prescrição, a implementação de práticas como os grupos de apoio ou de artesanato representa uma mudança de paradigma, deslocando o foco do controle de sintomas para a promoção da autonomia, do vínculo social e da resiliência. (14, 15)

A realização de um rastreamento ativo, como o estudo de Cuiabá (12), é o primeiro passo para essa mudança, pois torna visível uma demanda de saúde mental que frequentemente permanece oculta sob queixas somáticas ou pelo estigma. Ao identificar proativamente os casos, a equipe de saúde pode oferecer um leque de cuidados mais amplo, no qual a medicação é uma opção, mas não a única. Isso permite que a APS cumpra seu papel de forma mais integral, oferecendo respostas adequadas à complexidade de cada situação. (12, 13)

Nesse contexto, os grupos terapêuticos se consolidam como uma tecnologia de cuidado de alta potência e baixo custo, especialmente relevante para a realidade do SUS. (14) A experiência do grupo de apoio para ansiedade e depressão (14) e do grupo de artesanato para mulheres (15) ilustra como esses espaços promovem a saúde mental por meio da partilha e da construção de redes de suporte mútuo. Eles oferecem um cuidado que é inerentemente psicossocial, combatendo o isolamento que frequentemente acompanha os transtornos mentais e fortalecendo os recursos da própria comunidade.

Essa abordagem se mostra particularmente crucial no cuidado de populações vulneráveis, como os idosos. A tendência ao subdiagnóstico e ao tratamento exclusivamente farmacológico da depressão em idosos (16) pode ser combatida com a oferta de atividades em grupo que promovam a socialização e o bem-estar. Essa prática não apenas melhora a saúde mental, mas também valoriza o idoso como sujeito ativo, contribuindo para um envelhecimento mais digno e saudável, em linha com os princípios do cuidado integral na APS. (15)

Portanto, a incorporação de práticas de rastreamento e de intervenções psicossociais em grupo na rotina da APS não é apenas uma adição ao portfólio de serviços, mas uma afirmação política de um modelo de cuidado. Representa a valorização do saber popular, das trocas comunitárias e de uma abordagem que enxerga o sujeito em sua totalidade. (13) Para que essas estratégias se consolidem, é fundamental que a gestão apoie e incentive essas práticas, reconhecendo seu profundo impacto na qualidade de vida dos usuários e na construção de uma sociedade mais saudável e solidária. (14, 15)

CONCLUSÃO

Com base em todo o exposto, conclui-se que o manejo da depressão e da ansiedade na Atenção Primária à Saúde (APS) se revela um desafio multifacetado, cujas barreiras não se restringem a um único domínio, mas formam uma complexa teia de obstáculos sistêmicos. A deficiência na formação profissional, a sobrecarga de trabalho e a fragmentação da rede de cuidado interagem diretamente com o estigma social, a baixa literacia em saúde e as vulnerabilidades socioeconômicas dos pacientes. Essa intrincada conexão de fatores resulta em um ciclo de subdiagnóstico, medicalização excessiva e baixa adesão terapêutica, que compromete a resolutividade do cuidado e gera frustração tanto para os profissionais quanto para os usuários do sistema.

A superação desse panorama exige uma abordagem que reconheça a sinergia indispensável entre as soluções clínicas e organizacionais. A implementação de práticas terapêuticas baseadas em evidências, que articulem o uso racional de psicofármacos com intervenções psicossociais, só alcança seu pleno potencial

quando amparada por uma estrutura de trabalho colaborativa. Estratégias como o Apoio Matricial e o uso de tecnologias como a telessaúde são fundamentais para capacitar, dar suporte e integrar as equipes da APS, transformando o ambiente de cuidado em um espaço mais resolutivo e humanizado.

Portanto, o fortalecimento do papel do médico de família e da APS como coordenadores do cuidado em saúde mental é uma tarefa urgente e inadiável. Contudo, essa transformação não depende apenas de competências individuais ou de arranjos locais. É imperativo que haja um compromisso contínuo por meio de políticas públicas consistentes, que invistam na educação permanente dos profissionais, na estruturação da rede de atenção e no financiamento adequado do Sistema Único de Saúde. Somente assim será possível garantir que um cuidado integral, acessível e verdadeiramente eficaz em saúde mental se torne uma realidade para toda a população.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Manguiera JB. Depressão e ansiedade na atenção primária à saúde: a atuação do médico de família na identificação e manejo precoce. *J Med Biosci Res.* 2025;2(2):768-789. doi:10.70164/jmbr.v2i2.652.
2. Hirschfeld RM. The comorbidity of major depression and anxiety disorders: recognition and management in primary care. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry.* 2001;3(6):244-54. doi:10.4088/PCC.v03n0609.
3. Boaventura MA, Reis EA, Godinho IC, de Oliveira Filho LH, Caixeta NC, Castro VE, et al. Doenças mentais mais prevalentes no contexto da atenção primária no Brasil: revisão de literatura. *Braz J Health Rev.* 2021;4(5):19959-73.
4. Ramos PA, Barbosa RV, Silva GF, Leite RV. Transtornos de ansiedade na atenção primária à saúde: panorama das publicações científicas a partir da revisão integrativa. *Braz Med Stud J.* 2023;8(12):e414. doi:10.53843/bms.v8i12.414.
5. Culpepper L, Clayton A, Lieberman J, Susman J. Treating depression and anxiety in primary care. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry.* 2008;10(2):145-52.
6. Brenes GA. Anxiety, depression, and quality of life in primary care patients. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry.* 2007;9(6):437-43. doi:10.4088/PCC.v09n0606.
7. Gama CA, Lourenço RF, Coelho VA, Campos CG, Guimarães DA. Os profissionais da atenção primária à saúde diante das demandas de saúde mental: perspectivas e desafios. *Interface (Botucatu).* 2021;25:e200438.
8. dos Santos Torquato AC, dos Santos BG, França CM, Pimentel DV, Guimarães FV, Braga T, et al. Avaliação do diagnóstico de depressão realizado por médicos da atenção primária à saúde de Anápolis. *Rev Educ Saúde.* 2018;6(1):70-9.
9. Jacob KS. The diagnosis and management of depression and anxiety in primary care: the need for a different framework. *Postgrad Med J.* 2006;82(974):836-9. doi:10.1136/pgmj.2006.051185
10. Park LT, Zarate CA Jr. Depression in the primary care setting. *N Engl J Med.* 2019;380(6):559-68. doi:10.1056/NEJMcp1712493.
11. Nascimento MC, Alves SC, Beloni CO. Rastreamento de ansiedade e depressão em usuários na Atenção Básica de Cuiabá. In: *Anais do 15º Congresso Brasileiro de Medicina da Família e Comunidade; 2019; Cuiabá, Brasil. Campinas: Galoá; 2019.*
12. Franco RS, Sabino ED, de Toledo Barros AC, Mesadri IR, dos Santos MR, Borba NA. Vivência de grupo de apoio em saúde mental na atenção primária: relato de experiência. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* 2024;19(46):3901.

13. Silvarinho AC, da Silva BG, dos Santos EM, Junior GA, Vital JD, Pedrosa L, et al. O papel da atenção primária na identificação e cuidado dos indivíduos em sofrimento psíquico. In: Lobato G, Castro JC, Rodrigues S, organizadores. Anais Integração Ensino-Trabalho-Cidadania (IETC) 2022.2; 2022 nov 9-11; Teresópolis, Brasil. Teresópolis: Editora UNIFESO; 2023. p. 94-102.
14. Alves KV, Aragão EI, Almeida AP, Souza AC, Saggese BL, Andrade BG, et al. Grupos de artesanato na atenção primária como apoio em saúde mental de mulheres: estudo de implementação. Estud Psicol (Natal). 2020;25(1):102-12.
15. Alves MG, Rezende MC, Vilela AS. Manejo de idosos com depressão na atenção primária à saúde. Rev Semin Inic Cient. 2025;7(3):1-4.