

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM MEDICINA DE FAMÍLIA E
COMUNIDADE**

Clésio Ernesto Frota

**APRIMORAMENTO DO ATENDIMENTO DE PACIENTES COM DEPRESSÃO
E ANSIEDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

Belo Horizonte

2025

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM MEDICINA DE FAMÍLIA E
COMUNIDADE**

Clésio Ernesto Frota

**APRIMORAMENTO DO ATENDIMENTO DE PACIENTES COM DEPRESSÃO
E ANSIEDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Especialização em Medicina de Família e Comunidade, Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Elen Evangelista dos Santos

Belo Horizonte

2025



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA
NESCON - NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

FOLHA DE APROVAÇÃO

Aos 05 do mês de Julho de 2025 , a Comissão Examinadora designada pela Coordenação do Curso de Especialização em Medicina de Família e Comunidade (CEMFC) se reuniu para avaliar o Trabalho de Conclusão de Curso do(a) aluno(a) **CLESIO ERNESTO FROTA** entitulado "APRIMORAMENTO DO ATENDIMENTO DE PACIENTES COM DEPRESSÃO E ANSIEDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA.", requisito parcial para a obtenção do Título de Especialista em Medicina de Família e Comunidade. A Comissão Examinadora foi composta pelos avaliadores Elen Evangelista dos Santos e Ilka Santos Bins. O TCC foi aprovado com a nota 100.

Esta Folha de Aprovação foi homologada pela coordenação do CEMFC nos 24 do mês de outubro de 2025 pelo então coordenador Prof. Marcelo Pellizzaro Dias Afonso.

Belo Horizonte, data da assinatura eletrônica.

PROF. MARCELO PELLIZZARO DIAS AFONSO

Coordenador do Curso de Especialização em Medicina de Família e Comunidade - CEMFC



Documento assinado eletronicamente por **Marcelo Pellizzaro Dias Afonso, Professor do Magistério Superior**, em 24/11/2025, às 19:13, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Gabriel Henrique Silva Teixeira, Secretário(a) administrativo(a)**, em 25/11/2025, às 08:38, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **4680681** e o código CRC **8EE1911D**.

Dedico este trabalho à minha família, pelo amor e apoio incondicionais, e aos meus pacientes, que me inspiram diariamente a buscar uma prática médica mais humana e eficaz.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha orientadora Elen Evangelista dos Santos, pela orientação firme e gentil; à banca avaliadora, pelos ensinamentos; e à equipe da UBS, pela colaboração essencial.

A todos, minha sincera gratidão.

“A mente que se abre a uma nova ideia jamais voltará ao seu tamanho original.”

Albert Einstein

RESUMO

A doença psiquiátrica vem sendo discutida não apenas como uma questão relacionada a doença, mas como um problema de saúde pública que merece atenção. A ansiedade e a depressão são transtornos mentais que vem afetando grande parte da população em todas as faixas etárias causando danos e interferindo na qualidade de vida dos indivíduos afetados. O objetivo desse estudo é propor estratégias para o aprimoramento do atendimento de pacientes com depressão e ansiedade na Atenção Primária (APS), a fim de aprimorar o atendimento de pacientes com transtornos depressivos e ansiosos na Atenção Primária à Saúde (APS), garantindo diagnóstico precoce, manejo adequado e encaminhamentos apropriados. A metodologia utilizada será a intervenção com a proposta envolve capacitação das equipes de saúde, implementação de protocolos baseados em evidências e fortalecimento do acolhimento psicossocial. Espera-se melhorar a qualidade do atendimento, realizar o diagnóstico precoce, aumentar a adesão ao tratamento e reduzir complicações associadas a esses transtornos. É importante investir continuamente em ações de educação permanente em saúde, como estratégia fundamental para a valorização do cuidado psicossocial e para o enfrentamento dos estigmas que ainda permeiam os transtornos mentais.

Palavras-chave: Depressão, Ansiedade, Atenção Primária à Saúde, Saúde Mental, Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

Psychiatric illness has been discussed not only as a disease-related issue, but as a public health problem that deserves attention. Anxiety and depression are mental disorders that affect a large part of the population across all age groups, causing harm and interfering with the quality of life of affected individuals. The objective of this study is to propose strategies to improve the care of patients with depression and anxiety in Primary Health Care (PHC), in order to improve the care of patients with depressive and anxiety disorders in Primary Health Care (PHC), ensuring early diagnosis, adequate management, and appropriate referrals. The methodology used will be intervention, with the proposal involving training of health teams, implementation of evidence-based protocols, and strengthening of psychosocial support. It is expected to improve the quality of care, achieve early diagnosis, increase adherence to treatment, and reduce complications associated with these disorders. It is important to continuously invest in continuing health education actions as a fundamental strategy for valuing psychosocial care and confronting the stigmas that still permeate mental disorders.

Keywords: Depression, Anxiety, Primary Health Care, Mental Health, Family Health Strategy.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	8
2 OBJETIVOS.....	10
2.1 Objetivo geral	10
2.2 Objetivos específicos.....	10
3 JUSTIFICATIVA	11
4. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	12
4.1 Saúde mental na Atenção Primária	12
4.2 Manejo dos transtornos mentais na Atenção Primária à Saúde	17
4.3 Transtornos mentais.....	18
4.4 Depressão.....	19
4.5 Ansiedade	20
5. METODOLOGIA.....	26
5.1 Tipo de estudo.....	26
5.2 Local da intervenção	26
5.3 Público alvo:	26
5.4 Estratégias de Intervenção	26
5.5 Etapas de implementação	27
6. RESULTADOS ESPERADOS	29
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	31
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	32

1 INTRODUÇÃO

A doença psiquiátrica como definição é composta pelo conjunto de temas que relacionam o adoecimento mental do ser humano e nesse âmbito a saúde mental inclui grande número de fenômenos humanos. Tais fenômenos se relacionam a vivências, estados mentais e padrões comportamentais que irão formar os mais distintos sintomas. Diante disso as demandas em saúde pública estão carregadas de contextos sociais individuais e coletivos, muitas vezes, com sintomas e repercussões tanto no indivíduo como na família (Alcantara; Vieira; Alves, 2022).

Com base nesse cenário a Atenção Primária à Saúde (APS) representa o primeiro contato do usuário para o atendimento de transtornos mentais, variando desde condições comuns, como ansiedade e depressão, até transtornos graves, como esquizofrenia e transtorno bipolar. Esse contexto exige que os profissionais da APS estejam preparados para identificar, manejar e, quando necessário, encaminhar os pacientes para a atenção especializada. A APS desempenha um papel fundamental não apenas na triagem e monitoramento dos sintomas, mas também no apoio psicossocial e no desenvolvimento de ações preventivas que podem reduzir a progressão e o impacto dos transtornos mentais (Brasil, 2013).

Segundo dados do Ministério da Saúde (2022) na América Latina, Brasil é o país com maior prevalência de depressão e segundo a Organização Pan-Americana da Saúde, essa é a principal causa de incapacidade em todo o mundo. Sendo assim estima-se que mais de 300 milhões de pessoas, de todas as idades, sofram com esse transtorno, o que chama a atenção para a prevenção e as estratégias que possam ser adotadas na saúde pública.

A depressão é compreendida, atualmente como um transtorno mental recorrente e multifatorial, que se caracteriza por um conjunto persistente de sintomas de natureza emocional, cognitiva, comportamental e neurovegetativa. A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2022) define a depressão como um estado afetivo negativo marcado por tristeza contínua, perda de interesse ou prazer nas atividades cotidianas. Ela também vem acompanhada de alterações no sono e apetite, baixa energia, sentimento de culpa ou inutilidade, dificuldade de concentração e ideação suicida, persistentes por no mínimo duas semanas.

No contexto brasileiro, sua prevalência ao longo da vida chega a 15,5 %, tornando-se uma das principais causas de incapacidade funcional, e para seu diagnóstico conforme o DSM-5-TR (APA, 2022), o transtorno depressivo maior requer ao menos cinco sintomas. Fisiopatologicamente, a depressão emerge de uma interação entre fatores genéticos, ambientais, psicológicos e biológicos, porém o estresse crônico, traumas precoces e predisposição genética aumentam a vulnerabilidade ao transtorno, enquanto alterações neuroquímicas envolvendo serotonina, dopamina, noradrenalina, e mecanismos neuroinflamatórios e da via HPA também se mostram relevantes (American Psychiatric Association, 2023).

Já a ansiedade generalizada (AG) (CID10 F41.1, CIAP2 P74) é um distúrbio comum, cuja característica central é a excessiva preocupação com diferentes eventos, associada a aumento da tensão. Pode acontecer de forma isolada, mas geralmente ocorre com outros tipos de ansiedade e transtornos depressivos. Nesse aspecto a rede de atenção primária tem sido procurada a fim de que possam ser tratados esses distúrbios a fim de que o paciente possa ser acolhido e encaminhado ao tratamento (American Psychiatric Association, 2023).

Esse estudo visa analisar estratégias que possam ser implementadas na atenção primária a fim de que um diagnóstico precoce possa ser realizado e o usuário tenha condições de manejo da doença prevenindo as complicações que possam afetar sua rotina diária.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Propor estratégias para o aprimoramento do atendimento de pacientes com depressão e ansiedade na Atenção Primária (APS).

2.2 Objetivos específicos

- Promover a implementação de protocolos gerenciados para a realização de um diagnóstico precoce da depressão e ansiedade na APS.
- Realizar a capacitação e treinamento para os profissionais que atuam na UBS para a identificação e manejo inicial desses transtornos.
- Propor a realização de ações de sensibilização sobre os fatores de riscos e diagnóstico precoce da ansiedade e depressão junto a comunidade.

3 JUSTIFICATIVA

Os transtornos mentais quando não detectados de forma precoce levam a estágios avançados que podem resultar em desfechos de saúde sérios e comprometedores para a saúde mental dos pacientes. Nesse âmbito é importante analisar o papel da Atenção Primária à Saúde (APS) se destaca como um cenário estratégico para a identificação e o manejo precoce desses transtornos mentais. O ambiente de atenção primária para os usuários dos serviços de saúde serve como o principal ponto de entrada nos sistemas de saúde, onde os pacientes buscam atendimento e resolutividade.

Quando se pensa em saúde mental, a APS tem sido fundamental na redução do estigma e da discriminação associados aos transtornos mentais, reduzindo o impacto em longo prazo dos transtornos mentais e promovendo a integração social. Dessa forma ela se torna um espaço prioritário para a implementação da triagem de transtornos mentais. Porém para que essa prática tenha resultados positivos e que impactem de forma significativa na vida dos usuários é necessário que se tenha métodos sistemáticos para rastrear transtornos mentais e equipe capacitada.

Diante disso é pertinente que o profissional médico atuando na APS possa propor estratégias de identificação precoce e capacitar as equipes para a identificação desses agravos de saúde a fim de encaminhar o usuário ao serviço e especializado com a segurança de acompanhamento e até mesmo reintegração social.

4. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

4.1 Saúde mental na Atenção Primária

Embora o conceito de Saúde Mental (SM) não tenha uma definição exata, é fato que ele sofreu uma ampliação significativa nos últimos anos. Com o avanço cada vez mais proeminente dos tópicos de humanização e da medicina integrativa, sobretudo no modelo atenção biopsicossocial, a saúde mental pode ser entendida como uma condição de bem-estar cognitivo-emocional que permite ao indivíduo utilizar suas próprias habilidades, reestabelecer-se do estresse habitual e ainda ser produtivo com a sua comunidade. Nesse sentido, é consenso que a manutenção desse estado é de vital interesse para a coletividade (Araújo et al., 2020; Souza et al., 2022).

De acordo com Paiva, (2015), Silva et al. (2017) sofrimento mental é um fenômeno multidimensional e sistêmico, que pode ser compreendido como uma ameaça de ruptura da identidade da pessoa, não estando restrito exclusivamente à presença de Transtornos Mentais (TMs), apesar de comumente estar associado aos casos de Transtornos Mentais Graves, como as psicoses. Também, pode ser caracterizado por sintomas ou queixas psicossomáticas, que não se enquadram como outras patologias, nos manuais vigentes de diagnóstico, como na Classificação Internacional das Doenças (CID) ou no Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM).

No final da década de 1970, com o movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, profissionais, familiares, usuários e gestores mantêm uma discussão sobre as diversas estratégias que possam vir a organizar o cuidado em saúde mental. As mudanças trouxeram modificações em um modelo biomédico, tutelar, com exclusão social, restrição dos direitos dos indivíduos com sofrimento mental priorizando um modelo de cuidado de base territorial. Esse cuidado é voltado a integralidade, de característica horizontal, multiprofissional, intersetorial, longitudinal e contextualizado, visando a construção de serviços de atenção diária organizados em rede (Souza et al., 2022).

A proposta dessa rede de serviços substitutivos visa operar na perspectiva da desinstitucionalização da pessoa com sofrimento mental, com abordagem psicossocial e comunitária, deslocando o foco da doença para o sujeito. Essa perspectiva associa as experiências dos indivíduos, contextos, necessidades e desejos, incluindo a família e rede social, visando principalmente ao resgate da autonomia, dos direitos individuais e sociais e à sua reinserção social (Gama et al. 2021).

Em fevereiro de 2002, a Portaria nº 3367 estabeleceu as modalidades dos serviços substitutivos de atenção ambulatorial e comunitária chamados Centros de Atenção Psicossocial (Caps), definidos por ordem de porte, complexidade e abrangência populacional. Em 2003, o Programa De Volta para Casa gerou efeitos imediatos sobre a reinserção psicossocial de egressos de internações psiquiátricas, na medida em que garante o auxílio-reabilitação psicossocial para a atenção e o acompanhamento dessas pessoas em seu território (Gama et al. 2021).

Em 2004, a Portaria nº 2.197 criou, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Programa de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, incorporando a estratégia de redução de danos. Por fim, a Portaria nº 3.088, de 2011, estabeleceu as Redes de Atenção Psicossocial (Raps), com vários serviços substitutivos organizados em rede. Nesse contexto, no que diz respeito à Atenção Primária à Saúde (APS), a Reforma Psiquiátrica objetivou substituir a psiquiatria hospitalocêntrica por um modelo com técnicas diversas, abertas e de natureza comunitária, enfocando o aspecto biopsicossocial dos pacientes, em conformidade com o que se propunha na Luta Antimanicomial. Como mecanismos efetores dessas proposições, surgiram os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), com o intuito central de humanizar o cuidado aos portadores de transtornos mentais. A saber, existem o CAPS I, o CAPS II, CAPS III, CAPSi (infantil) e CAPSad (álcool e drogas), cada um deles possuindo especificidades para lidar com os transtornos mentais dos mais variados tipos (Araújo et al., 2020; Cardoso et al., 2022).

No Brasil, a APS é conceituada como o nível de saúde responsável por fornecer à sociedade os cuidados para as doenças mais prevalentes, sendo, também, o primeiro contato da pessoa com o ecossistema de saúde desenvolvido no país, tendo como base a continuidade e a integralidade do

cuidado (Sterling, Gonçalves e Haas, 2021). Diante disso, pensar no estabelecimento de uma assistência médica integral sem englobar a SM é antitético, haja vista que ela não está dissociada da saúde no seu conceito de completo bem-estar, o qual demanda a atuação de todos os serviços da APS, principalmente os da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (Alcântara et al., 2022).

Tendo em vista o impacto dos transtornos mentais na população, a Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou um Plano de Ação de Saúde Mental (*Mental Health Gap Action*), que aponta para a necessidade de se aumentar a cobertura de serviços nessa área, enfatizando os cuidados primários (Salgado; Fortes, 2021). Entretanto, ainda é um grande desafio para a população em geral entender que a APS é a porta de entrada do sistema de saúde, e que as demandas de Saúde Mental devem e podem ser manejadas pelos profissionais que ali trabalham e que, caso seja necessário, um encaminhamento para o especialista psiquiátrico será realizado (Pereira et al., 2023).

A relevância da atenção primária no âmbito do cuidado em saúde mental se dá principalmente por sua proximidade com o território de vida dos usuários, por seu vínculo contínuo com a comunidade, por seu cuidado longitudinal, pela melhor gestão de doenças crônicas e condições de longa duração, por sua proximidade com diferentes recursos, organizações e dispositivos sociais comunitários para além do setor saúde e por ser pautada nos princípios da integralidade, interdisciplinaridade, intersetorialidade e territorialidade (Pereira et al., 2023).

Sendo assim, para Pereira et al. (2023) a atenção primária tem sido vista como estratégica para:

a) o acesso inicial dos usuários ao sistema, a escuta qualificada, o acolhimento, a identificação das necessidades de saúde mental e a coordenação do cuidado;

b) o desenvolvimento de ações de promoção da saúde mental, prevenção, diagnóstico e tratamento psicossocial do sofrimento mental comum;

c) o acompanhamento e o desenvolvimento de ações de redução de danos de usuários de álcool e outras drogas;

d) o acompanhamento longitudinal das demandas emocionais e de saúde de pacientes graves, em conjunto com Caps e urgência/emergência, para evitar internações e contribuir para a reabilitação psicossocial;

e) o suporte para a redução da demanda por atendimento especializado em saúde mental.

Diante da importância desse modelo de saúde as equipes que atuam na Atenção Primária à Saúde (APS) desempenham um papel importante na composição da rede comunitária de assistência em Saúde Mental. A APS é responsável por ações que visam ao tratamento, à prevenção da doença, à promoção e à reabilitação da saúde, incluindo ações relacionadas à promoção de Saúde Mental (Oliveira et al., 2021).

Os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecidos pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, alicerçam a construção do manejo dos transtornos de saúde mental no Brasil na atualidade. A universalidade, a equidade e a integralidade ampliam a proposta de desinstitucionalização e reforçam a necessidade de se oferecer um cuidado que valida o paciente em toda a sua singularidade, considerando suas queixas, seus anseios e suas preocupações, sobretudo, pela fragilização que as alterações mentais provocam (Cordeiro et al., 2019).

Dessa forma o manejo do paciente com transtorno mental na APS deve seguir os propósitos da humanização norteada pela Política Nacional de Humanização (PNH) que foi uma iniciativa do SUS no Brasil. Ela é destinada a promover a melhoria da qualidade e a humanização dos serviços de saúde, além de valorizar o trabalho e o cuidado centrado no paciente. Fundamentalmente, ela pode ser entendida como uma abordagem holística para a melhoria do sistema de saúde como um todo, reconhecendo a importância de se cuidar não só da saúde física, mas também dos aspectos biopsicossociais que permeiam o indivíduo (Rezio et al., 2021).

Nesse sentido, a aplicação da PNH no contexto da Saúde Mental é de suma importância, haja vista as singularidades que os pacientes com transtornos mentais apresentam. Considera-se que a estruturação desse tipo de cuidado deve ser baseada nos princípios da PNH, com o objetivo de superar os estigmas, a discriminação e os desafios que essa população enfrenta muitas das vezes.

Inicialmente, o acolhimento e a escuta ativa consistem em não ver o sujeito apenas como portador de uma doença, mas sim de uma forma integral, compreendendo o sofrimento e as demandas, bem como sendo uma ferramenta para a criação de vínculos e para o planejamento de medidas de intervenção humanizadas. Entretanto, esse tipo de acolhimento na Atenção Básica é limitado, pois exige uma grande compreensão e capacitação dos profissionais que ali atuam o que nem sempre pode ser oferecido (Oliveira et al., 2020).

Em outra vertente é necessário avaliar que a PNH preconiza durante sua aplicação a individualização do cuidado juntamente e para tal é necessário a prática de uma comunicação eficaz. É inegável que a população com transtornos ainda é estigmatizada no contexto social e, muitas vezes, suas necessidades, preferências e expectativas não são devidamente consideradas. Isso leva os sujeitos a um cuidado que não considera suas singularidades e somado a isso, é essencial que a comunicação entre os profissionais de saúde e os pacientes seja clara e eficaz (Oliveira et al., 2020).

Essa política propõe que o cuidado seja pautado no respeito e valorização no contexto sociocultural ao qual o indivíduo está inserido e é proveniente. Diante disso, o uso de linguagem simples e recursos visuais, associados com o respeito às particularidades do paciente, serão os pilares do cuidado humanizado (Clementino et al., 2019).

Um dos preceitos que também é abarcado pela PNH e deve ser tido como meta no atendimento de pacientes com transtornos mentais é a realização de uma abordagem multidisciplinar. Diante das complexidades que esses indivíduos possuem, perpassando por seu contexto histórico e social até os aspectos inerentes ao seu transtorno, a inclusão de profissionais é de suma importância. Dessa forma podem fazer parte dessa equipe psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais e outros profissionais de saúde na avaliação e tratamento são fundamentais para a oferta de um cuidado realmente funcional (Rezio et al., 2021).

Além de a abordagem multicêntrica fornecer um panorama mais amplo do indivíduo, ela também permite que as várias demandas do paciente sejam tratadas em sua amplitude. Com a equipe multiprofissional a integralidade e o cuidado holístico podem ser executados fazendo com que a estigmatização e exclusão social seja reduzida (Oliveira et al., 2020; Rezio et al., 2021).

4.2 Manejo dos transtornos mentais na Atenção Primária à Saúde

Como parte da reforma psiquiátrica foi também necessário se avaliar os cursos de medicina no sentido de se pensar num processo acadêmico que formasse profissionais com o perfil para essa nova forma de cuidar do transtorno mental. Sendo assim no ano de 2014, o Ministério da Educação (MEC) elaborou as Novas Diretrizes Curriculares (DCN) para o ensino da Medicina no país. Esse conjunto de mudanças teve como objetivo reestruturar e readequar os currículos de ensino para a formação de profissionais enfatizando o campo da Saúde Coletiva (Rezio et al., 2021).

Dentro dessa reestruturação foi pensado em um perfil humanista, generalista, crítico e reflexivo dos médicos sendo decisivo no atendimento de pacientes com transtornos mentais, sobretudo, nos atendimentos realizados pelos médicos de família e comunidade (Gama et al., 2021).

A área de Saúde Mental representa um verdadeiro desafio para os profissionais da APS devido à sua complexidade e magnitude epidemiológica dos transtornos mentais. No Brasil, o desenvolvimento de ações nessa área é recente, com ênfase na integração entre a APS e a Estratégia de Saúde da Família (ESF) no ano de 2007 (Gama et al., 2021).

O Ministério da Saúde propõe o estabelecimento dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e em 2008 e instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) em 2011. Nesse contexto, o objetivo dessa ação foi ampliar a atenção ao sofrimento psicossocial, valorizando a autonomia, a inclusão social, as singularidades do indivíduo e a permanência do paciente adscrito no território (Cardoso et al., 2019).

Um serviço também foi criado para qualificar a atenção à saúde mental que é o Apoio Matricial (AM), este dentro da articulação proposta pela RAPS, atua como uma forma organizativa que presta suporte técnico especializado em áreas específicas às equipes de saúde das unidades, a partir da responsabilização compartilhada. Esse princípio se mostrou benéfico para a articulação das ações da RAPS e da integralidade do cuidado, além de promover uma atuação multidisciplinar e uma maior sensibilização dos profissionais com

relação às demandas de saúde mental, o que é fundamental para o cumprimento dos princípios da ESF e da PNH (Moro et al., 2020).

Além da forma com que o cuidado aos transtornos mentais é estruturado, é importante discutir a maneira com que eles são diagnosticados, sobretudo, na APS. Sabe-se que o sofrimento psíquico é complexo e exige um olhar clínico minucioso sobre o paciente e seu contexto, antes de se estabelecer um diagnóstico. Uma ferramenta que auxilia nesse processo é o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, conhecido como DSM, o qual estabelece critérios para o estabelecimento do transtorno no paciente (Giacomini; Rizzotto, 2021).

4.3 Transtornos mentais

Um transtorno mental é caracterizado por uma perturbação clinicamente significativa na cognição, na regulação emocional ou no comportamento de um indivíduo. Geralmente está associado a sofrimento ou comprometimento em áreas importantes do funcionamento. Existem tipos diferentes de transtornos mentais que também podem ser chamados de condições de saúde mental, sendo este um termo mais amplo que abrange transtornos mentais, deficiências psicossociais e estados mentais associados a sofrimento significativo, comprometimento do funcionamento ou risco de automutilação, conforme a Classificação Internacional de Doenças, 11ª Revisão (CID-11) (World Health Organization, 2022).

Segundo a *World Health Organization* (2022) em 2019, 1 em cada 8 pessoas, ou 970 milhões de pessoas em todo o mundo, vivia com um transtorno mental, sendo os transtornos de ansiedade e depressão os mais comuns. Em 2020, o número de pessoas vivendo com transtornos de ansiedade e depressão aumentou significativamente devido à pandemia de COVID-19. As estimativas iniciais mostram um aumento de 26% e 28% respectivamente, para transtornos de ansiedade e depressão grave em apenas um ano. Embora existam opções eficazes de prevenção e tratamento, a maioria das pessoas com transtornos mentais não tem acesso a cuidados eficazes e muitos sofrem estigma, discriminação e violações de direitos humanos.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2019), são consideradas com transtornos mentais as pessoas que possuem depressão, transtornos de ansiedade, esquizofrenia, transtorno bipolar, demência, transtorno de uso de substâncias, deficiências intelectuais e transtornos de desenvolvimento e comportamento. Dentre esses problemas, a depressão e a ansiedade são os que atingem a maior parte da população, com prevalência mundial de aproximadamente 4,4% de depressão e 3,6% de ansiedade.

4.4 Depressão

A depressão é usualmente empregada para descrever tanto um estado emocional normal, como a tristeza, quanto um sintoma relacionado a patologias distintas, e como um transtorno distinguível. Porém, deve-se diferenciar a tristeza fisiológica das características depressivas, pois na tristeza comum, a pessoa mantém-se capaz de experimentar interesses e reagir quando devidamente estimulada. Começa a caracterizar-se como transtorno ou episódio depressivo quando há uma perda de certas capacidades de interação social, que vão além da tristeza associada, comprometendo a qualidade de vida. Assim, atualmente os transtornos depressivos podem ser classificados segundo o Manual estatístico e diagnóstico de transtornos mentais (DSM-V) (Silva et al., 2020).

Pode ser classificada em três tipos distintos: leve, moderada e grave. Na fase de depressão leve, o indivíduo não apresenta complicações severas e é capaz de desenvolver suas atividades de vida; na moderada, as dificuldades na realização de tarefas diárias são contínuas; a grave pode se manifestar com sintomas psicóticos, sendo evidenciada pelo risco de morte através de suicídio, desnutrição ou desidratação e sem sintomas psicóticos, quando a ideação suicida acontece em conjunto com alterações somáticas (Silva et al., 2020).

De acordo com Souza, et al. (2022) a depressão é considerada o distúrbio afetivo de maior prevalência na população, podendo variar de alterações leves, beirando a normalidade, até casos de depressão grave, acompanhada de alucinações e delírios. Comumente as crises de depressão iniciam-se nos jovens, sendo prevalente no gênero feminino, porém este transtorno pode atingir todas as pessoas, desde crianças até idosos. Sua etiologia pode ser de origem

multifatorial, contemplando desde a predisposição genética, o ambiente estressor e características de personalidade e temperamento.

A depressão pode ser categorizada em dois tipos, a saber: Transtorno depressivo recorrente e transtorno afetivo bipolar. O transtorno depressivo recorrente é caracterizado por repetidos fenômenos depressivo e ao longo desse fenômeno, o indivíduo vivencia um humor frágil, ausência de interesse e prazer, acompanhado de redução de suas ações cotidianas, sua duração em geral, é de algumas semanas. As pessoas com depressão, também podem apresentar sintomas como sentimento de culpa, baixa autoestima, ansiedade, falta de concentração e dificuldades relacionadas ao sono (Souza et al. 2022).

O diagnóstico da depressão é geralmente feito com base em critérios estabelecidos, como os do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5). No entanto, vale ressaltar que a depressão pode se apresentar de forma atípica em algumas pessoas, com sintomas somáticos, como dor física persistente, em vez de tristeza pronunciada (American Psychiatric Association, 2023).

O tratamento da depressão muitas vezes começa com a terapia psicológica. As terapias cognitivo-comportamentais (TCC) e a terapia interpessoal (TIP) são abordagens eficazes amplamente reconhecidas. A TCC concentra-se na identificação e modificação de padrões de pensamento negativos e comportamentos disfuncionais, enquanto a TIP visa melhorar as habilidades de comunicação e as relações interpessoais (American Psychiatric Association, 2023).

Além da psicoterapia, os medicamentos desempenham um papel crucial no tratamento da depressão. Os antidepressivos, como os inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS) e os inibidores da recaptação de serotonina-norepinefrina (IRSN), são frequentemente prescritos para aliviar os sintomas. A escolha do antidepressivo depende da gravidade dos sintomas e de outros fatores, como efeitos colaterais potenciais e interações medicamentosas (American Psychiatric Association, 2023).

4.5 Ansiedade

O Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) é um transtorno psiquiátrico caracterizado por preocupação excessiva e persistente sobre diversas situações da vida cotidiana. Essas preocupações são desproporcionais as circunstâncias reais e frequentemente acompanham sintomas físicos, causando prejuízo a vida da pessoa afetada (Lopes et al., 2021).

As manifestações clínicas incluem sintomas psicológicos, como inquietação, sensação de estar "no limite", dificuldade de concentração e irritabilidade, além de sintomas físicos, como fadiga, tensão muscular, distúrbios do sono e palpitações. Esses sintomas podem prejudicar significativamente a qualidade de vida dos indivíduos afetados. Diversos fatores de risco estão associados ao desenvolvimento do TAG, incluindo predisposição genética, experiências traumáticas na infância, doenças crônicas e outras condições psiquiátricas, como depressão e outros transtornos de ansiedade (Santos, 2022).

O diagnóstico do Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) baseia-se nos critérios estabelecidos pelo *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM5). Para que o diagnóstico seja confirmado, é necessário que o indivíduo apresente ansiedade e preocupação excessivas, ocorrendo na maioria dos dias por pelo menos seis meses, relacionadas a diversas atividades ou eventos. Além disso, essas preocupações devem ser difíceis de controlar se estiver associada a três ou mais sintomas. É fundamental que os sintomas não sejam atribuídos aos efeitos fisiológicos de substâncias ou a outra condição médica (American Psychiatric Association, 2023).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), o Brasil lidera mundialmente em casos de transtornos de ansiedade, afetando 9,3% da população, o que equivale a aproximadamente 18,6 milhões de pessoas. Globalmente, em 2019, quase um bilhão de pessoas, incluindo 14% dos adolescentes, conviviam com algum transtorno mental, como a depressão e a ansiedade aumentando mais de 25% no primeiro ano da pandemia. Esses dados ressaltam a importância de políticas públicas voltadas para a saúde mental e o manejo adequado desses transtornos no país (Organização Mundial de Saúde, 2022).

Os sintomas de ansiedade podem ser uma manifestação primária ou principal, dentro dos quadros chamados de transtornos de ansiedade.

Entretanto, podem ocorrer secundariamente ao uso de drogas, em situações de abstinência de substâncias ou ainda em associação com doenças clínicas ou outros transtornos mentais, como os transtornos psicóticos e os transtornos do humor (Pereira et al. 2023).

É caracterizada como um transtorno mental quando se torna uma emoção desagradável e incômoda, que surge sem um estímulo externo ameaçador definido ou proporcional para explicá-la. Nesses casos, intensidade, duração ou frequência são desproporcionais, causam sofrimento ao sujeito e estão associadas a prejuízo no desempenho social ou profissional. (Pereira et al. 2023).

O Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – 5ª Edição Revisada (DSM-5) classifica os transtornos de ansiedade em:

- Transtorno de Pânico
- Agorafobia
- Fobias Específicas
- Transtorno de Ansiedade Social ou fobia social
- Transtorno de Ansiedade Generalizada
- Transtorno de Ansiedade de Separação

O transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) e o transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) estão categorizados dentro de outros capítulos específicos do DSM-5, mas por apresentarem alguns sintomas de ansiedade e evitações, além de serem altamente comórbidos com os demais transtornos de ansiedade serão abordados em conjunto nesta linha de cuidado denominada Transtornos Relacionados à Ansiedade (Pereira et al. 2023).

Os transtornos de ansiedade são os mais prevalentes dentre os transtornos psiquiátricos. Apesar disso, frequentemente os sintomas de ansiedade não são reconhecidos como problemas de saúde pelos pacientes e familiares, sendo subdiagnosticados e conseqüentemente subtratados pela equipe de saúde. A Atenção Primária à Saúde (APS) tem um papel central nas estratégias para diminuir o impacto das condições de ansiedade na população geral (Silva et al., 2021).

Na maioria dos casos, não há como estabelecer uma etiologia específica para os transtornos de ansiedade, sendo entendidos como o resultado de

modificações estruturais e funcionais do cérebro que ocorrem como resultado da interação entre fatores genéticos e ambientais, podendo iniciar já na infância (Silva et al., 2021).

Além de causarem sofrimento e prejuízo, pacientes com transtornos de ansiedade têm maiores taxas de absenteísmo e menor produtividade no trabalho, maiores taxas de utilização dos serviços de saúde (independentemente das comorbidades), altas taxas de ideação suicida, além de abuso e dependência de álcool, nicotina e outras drogas, sendo associados a custos econômicos e sociais diretos e indiretos importantes, além de ser fator de risco independente para desfechos cardiovasculares (Silva et al., 2021).

No Brasil, a Política Nacional de Saúde Mental busca consolidar um modelo de atenção à saúde mental ético, baseado em evidências e de base comunitária. Ela abrange estratégias e diretrizes implementadas pelo Ministério da Saúde com a finalidade de direcionar a assistência às pessoas com necessidades de tratamento e cuidados específicos em Saúde Mental, cujo objetivo é promover uma maior integração social, fortalecer a autonomia, o protagonismo e a participação social do indivíduo que apresenta transtorno mental (Santos, 2022).

Para Santos (2022) uma forma de rastreamento na atenção primária é identificar pacientes com alta probabilidade de transtornos ansiosos:

- Pacientes com sintomas físicos sem explicação médica: Esta é a principal forma de apresentação dos transtornos de ansiedade nos serviços de APS.
- Pacientes que parecem ansiosos seja isso trazido como queixa pelo próprio paciente ou pelos familiares, ou por uma avaliação subjetiva por parte da equipe de saúde (incluem queixas de medo, ansiedade, apreensão, comportamentos evitativos).
- Pacientes que passaram por uma situação de estresse importante: Avaliar a possibilidade de reação aguda ao estresse.
- Pacientes que hiperutilizam o serviço de saúde: Estes apresentam elevada prevalência de transtornos mentais comuns e altas taxas de absenteísmo ao trabalho, aqui é possível destacar a população idosa, e a

importância do diagnóstico diferencial em relação aos sintomas depressivos.

- Pacientes tabagistas, ou que façam uso de álcool e/ou outras drogas, ou pacientes que façam uso de medicamentos psicotrópicos, inclusive sem prescrição médica.

Nesses pacientes, profissionais de saúde treinados devem realizar teste de rastreamento que envolve um conjunto de perguntas simples sobre sintomas de ansiedade (ansiedade/medo, antecipação e evitação), além de uma pergunta sobre sintomas depressivos, com frequência associados aos quadros de ansiedade (Santos, 2022).

De acordo com o Ministério da Saúde (2017) a maior parte dos casos de ansiedade pode ser manejada na APS, com intervenções psicossociais e tratamento medicamentoso, se necessário. Alguns componentes das psicoterapias podem ser adaptados à realidade da APS. O tratamento pode ser realizado com medidas não farmacológicas gerais (por exemplo, atividade física), psicoterapias, podendo ser combinado com psicofármacos.

Para o Ministério da Saúde o planejamento terapêutico deve considerar a necessidade da pessoa que busca por cuidado, levando em conta a gravidade dos sintomas:

- a. **Casos leves:** Observar e instituir psicoeducação e exercício ou terapia cognitivo comportamental (TCC), incluindo *internet based*, se houver piora do quadro.
- b. **Casos com maior comprometimento funcional:** Psicofármacos e psicoterapias estruturadas como primeira linha (TCC), que podem ser usados isolados ou em conjunto, associados a outras ofertas como as PICS, por exemplo.

As abordagens devem ser centradas no paciente, considerando sua individualidade e a realidade do ambiente sociocultural em que está inserido. É importante engajar as pessoas que residem na mesma casa (familiares/cuidadores) nos processos de mudança e evitando a acomodação

familiar, e principalmente oferecendo apoio aos familiares também (Brasil, 2017).

São elas:

- a. Oferecer uma escuta qualificada, auxiliando o paciente a resgatar sua posição de protagonista também no processo de melhora.
- b. Construir uma relação de confiança, explicando sobre o curso da doença e explorando as opções de tratamento e o seu papel no cuidado e na promoção de sua saúde mental.
- c. Disponibilizar acompanhamento periódico – sistemático.

Para a escolha do tratamento, considerar o diagnóstico específico, preferência do paciente, resposta a tratamentos prévios, disponibilidade de tratamento, relação custo/efetividade, comorbidades psiquiátricas, comorbidades clínicas e objetivos do paciente. A construção do plano de cuidados ou do projeto terapêutico deve ser realizada em conjunto, identificando necessidades, recursos existentes, e as necessidades dos pacientes (Brasil, 2017).

5. METODOLOGIA

5.1 Tipo de estudo

Trata-se de um projeto de intervenção educativa, de abordagem qualitativa e descritiva, realizado com profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS), com o objetivo de promover o diagnóstico precoce de transtornos de ansiedade e depressão.

5.2 Local da intervenção

A intervenção será realizada na Unidade Básica de Saúde (UBS) onde atua a equipe de saúde da família vinculada ao Programa Médicos pelo Brasil.

5.3 Público-alvo:

Profissionais de saúde da APS (médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde).

5.4 Estratégias de Intervenção

1. Capacitação Profissional:

- Treinamento para a equipe sobre diagnóstico e manejo de depressão e ansiedade.
- Uso de escalas de rastreamento (PHQ-9, GAD-7).
- Estratégias de abordagem psicossocial e de comunicação empática.

2. Implementação de Protocolos e Fluxos:

- Adaptação de protocolos baseados nas diretrizes do Ministério da Saúde e Organização Mundial da Saúde (OMS).
- Definição de fluxo de atendimento e encaminhamento para CAPS e ambulatórios especializados.

3. Acolhimento e Acompanhamento:

- Criar grupos de apoio para pacientes com depressão e ansiedade.
- Reforço do papel dos Agentes Comunitários de Saúde na identificação e suporte aos pacientes.

4. Educação em Saúde:

- Palestras e materiais informativos sobre saúde mental para a comunidade.
- Campanhas de conscientização sobre transtornos mentais para reduzir o estigma.

5.5 Etapas de implementação

A. Diagnóstico situacional:

1. Aplicação de um questionário inicial aos profissionais para avaliar conhecimentos prévios, condutas adotadas e dificuldades relacionadas à identificação de ansiedade e depressão.
2. Levantamento de dados da UBS sobre prevalência de diagnósticos e encaminhamentos por saúde mental no último ano.

B. Planejamento da capacitação:

1. Elaboração de material educativo com base em diretrizes clínicas do Ministério da Saúde, Organização Mundial da Saúde (OMS) e literatura atualizada.
2. Seleção de ferramentas de rastreio recomendadas: PHQ-9 (depressão) e GAD-7 (ansiedade).
3. Organização logística das oficinas (cronograma, local, materiais, convites).

C. Realização da capacitação:

1. Aplicação de duas oficinas presenciais de 2 horas cada, com abordagem teórico-prática.
2. Tópicos abordados:
3. Identificação de sinais e sintomas de depressão e ansiedade.
4. Aplicação e interpretação das escalas PHQ-9 e GAD-7.

5. Fluxo de atendimento, critérios para tratamento na APS e encaminhamento para saúde mental.
6. Práticas de acolhimento e escuta qualificada.

C. Implementação de protocolo local:

1. Em conjunto com os profissionais, será proposto um fluxograma simplificado de triagem e acompanhamento dos casos suspeitos de transtornos mentais.
2. Integração com os pontos de apoio da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no município.

D. Monitoramento e avaliação:

1. Reaplicação do questionário para avaliação da mudança de conhecimentos e percepções após a capacitação.
2. Acompanhamento, por dois meses, da aplicação das escalas PHQ-9 e GAD-7 na rotina da UBS.
3. Avaliação qualitativa com os profissionais sobre a aplicabilidade e os desafios percebidos.

5.6 Critérios de inclusão

- Profissionais efetivamente atuantes na UBS durante o período da intervenção.
- Concordância em participar voluntariamente da capacitação e da avaliação.

6. RESULTADOS ESPERADOS

Espera-se que, por meio da implementação deste projeto de intervenção, haja um avanço significativo na qualificação da atenção prestada aos pacientes com transtornos de ansiedade e depressão na Atenção Primária à Saúde (APS). A capacitação dos profissionais envolvidos, aliada à padronização de protocolos clínicos baseados em evidências, deverá favorecer o reconhecimento precoce dos sintomas desses transtornos, promovendo um cuidado mais assertivo, humanizado e resolutivo.

Com a utilização sistemática de instrumentos de rastreio como o PHQ-9 e o GAD-7, espera-se que aumente a identificação de casos leves a moderados de depressão e ansiedade que, muitas vezes, não são detectados nas consultas clínicas habituais. Esse diagnóstico precoce é fundamental para a interrupção do ciclo de sofrimento psíquico, pois permite a adoção de medidas terapêuticas oportunas e, conseqüentemente, a prevenção de agravamentos e de internações em serviços especializados.

Além disso, a intervenção deverá promover maior integração da equipe multiprofissional, fortalecendo o trabalho colaborativo no manejo da saúde mental. Espera-se que os agentes comunitários de saúde passem a desempenhar um papel mais ativo na identificação de sinais de sofrimento psíquico durante as visitas domiciliares, ampliando o alcance das ações da APS e contribuindo para o vínculo com os usuários.

Outro resultado esperado é a redução de encaminhamentos desnecessários aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e demais serviços de saúde mental, permitindo que estes sejam direcionados prioritariamente aos casos que demandam atenção especializada. Com isso, a APS se consolida como porta de entrada e ordenadora do cuidado, conforme preconiza a Política Nacional de Saúde Mental.

Em médio prazo, espera-se uma melhoria nos indicadores de saúde relacionados à saúde mental, como a redução do número de faltas às consultas por desmotivação, diminuição da automedicação, e maior adesão aos tratamentos propostos. Também se prevê um impacto positivo na percepção dos usuários quanto à qualidade e sensibilidade do atendimento recebido nas unidades de saúde.

Por fim, acredita-se que a sensibilização da equipe de saúde contribuirá para o enfrentamento do estigma associado aos transtornos mentais, promovendo um ambiente mais acolhedor e livre de julgamentos, onde os usuários se sintam encorajados a buscar ajuda. Assim, o projeto visa não apenas aprimorar a capacidade técnica dos profissionais, mas também estimular uma mudança de cultura na atenção à saúde mental na APS, baseada em escuta, empatia e compromisso com o cuidado integral.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A saúde mental, embora amplamente reconhecida como uma dimensão essencial do bem-estar humano, ainda enfrenta diversos desafios no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS), especialmente no que diz respeito ao reconhecimento precoce e ao manejo adequado de transtornos como a depressão e a ansiedade. Nesse cenário, este projeto de intervenção surge como uma proposta concreta de qualificação do cuidado ofertado pelas equipes de saúde, por meio da capacitação profissional, da padronização de protocolos clínicos e da promoção de uma abordagem mais acolhedora e sensível às demandas psíquicas da população.

Ao promover a formação continuada dos profissionais da APS, o projeto contribui para o fortalecimento do SUS, ao ampliar a resolutividade da atenção básica e reafirmar seu papel estratégico como ordenadora do cuidado. A introdução de ferramentas como o PHQ-9 e o GAD-7, associada à construção de fluxos assistenciais claros, favorece não apenas a detecção precoce dos transtornos mentais, mas também a definição de condutas terapêuticas alinhadas às diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental e da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Além dos benefícios clínicos e organizacionais, destaca-se o potencial do projeto em fomentar uma mudança cultural dentro das Unidades Básicas de Saúde. Ao estimular a escuta qualificada, o acolhimento e a empatia nas relações profissionais-usuários, reforça-se o compromisso com a humanização do cuidado, aspecto indispensável para a construção de vínculos duradouros e efetivos.

Por fim, ressalta-se a importância de investir continuamente em ações de educação permanente em saúde, como estratégia fundamental para a valorização do cuidado psicossocial e para o enfrentamento dos estigmas que ainda permeiam os transtornos mentais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALCÂNTARA VP; VIEIRA CAL; ALVES V. Perspectivas acerca do conceito de saúde mental: análise das produções científicas brasileiras. **Ciencia & saude coletiva**, 27(1), 351–361. 2022.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5-TR**. 5. ed. rev. Porto Alegre: Artmed, 2023.

ARAUJO, VSC et al. O desempenho exercido no processo de humanização da saúde mental: uma revisão integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, 53, e3642. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de Setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)** [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental**. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/setembro/na-america-latina-brasil-e-o-pais-com-maior-prevalencia-de-depressao>. Acesso em: 10 jun 2025.

CARDOSO, LCB et al. Mental health assistance in Primary Care: the perspective of professionals from the Family Health Strategy. **Revista brasileira de enfermagem**, 75(suppl 3), 2022.

CLEMENTINO, FS et al. . Atendimento integral e comunitário em saúde mental: avanços e desafios da reforma psiquiátrica. **Trabalho Educação e Saúde**, 17(1), 2019.

CORDEIRO, GFT et al. Mental health care in primary health care during the psychiatric pre-reform period. **REME**, 23, 2019.

GAMA, CAP et al. Os profissionais da Atenção Primária à Saúde diante das demandas de Saúde Mental: perspectivas e desafios. **Interface**, 25, 2021.

GIACOMINI E, RIZZOTTO MLF. Diagnóstico em saúde mental: aceitação e desprezo da pluralidade. **Physis**, 32(3). 2022.

MORO, LM. Saúde Mental na Atenção Básica: Análise das Práticas de Apoio Matricial na Perspectiva de Profissionais. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, 20(2), 399–420. 2020.

OLIVEIRA, JRF et al Descrição no consumo de psicofármacosna atenção primaria a saúde de ribeirão preto SP Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. v.37n.1,2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação Internacional de Doenças para Estatísticas de mortalidade e morbidade: CID-11**. Guia de Referência, 2019.

PAIVA, D. C. P. A **experiência do cuidado ao usuário em sofrimento psíquico no cotidiano da equipe de saúde da família**. 2015. Dissertação (Programa de Pósgraduação em Mestrado Profissional: “Enfermagem na Atenção Primária em Saúde no Sistema Único de Saúde”). Universidade de São Paulo. 2015.

PEREIRA, A. C. A escuta ativa como tática de humanização da assistência em saúde mental. **Revista Remecs - Revista Multidisciplinar de Estudos Científicos em Saúde**, 13. 2023.

REZIO, LA et al. O processo de facilitação de Educação Permanente em Saúde para formação em saúde mental na Atenção Primária à Saúde. **Interface**, 24. 2020.

SALGADO MA, FORTES, SLCL. Indicadores de saúde mental na atenção primária à saúde: avaliando a qualidade do acesso através da capacidade de detecção de casos. **Caderno de Saúde Pública**, 37(9), 2021.

SANTOS, AB. Escuta qualificada como ferramenta de humanização do cuidado em saúde mental na Atenção Básica. **APS em revista**, 1(2), 170–179. 2022.

SANTOS, Marcos Vinicius. Resumo de transtorno de ansiedade generalizada: manifestações clínicas, diagnóstico, tratamento e mais. *Estratégia Médica*, 19 ago. 2022. Disponível em: <https://med.estrategia.com/portal/conteudos-gratis/doencas/resumo-tecnico-de-transtornode-ansiedade-generalizada-manifestacoes-clinicas-diagnostico-tratamento-e-mais/>. Acesso em: 17 mar. 2025

SILVA, G. et al. Práticas de cuidado integral às pessoas em sofrimento mental na atenção básica. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 37, n. 2, p. 404-417, abr./jun. 2017.

SILVA, LR et al. Eficácia da terapia cognitivo-comportamental no tratamento do transtorno de ansiedade generalizada: uma análise longitudinal. **Revista de Psicologia Experimental**, v. 30, p. 50-60, 2021.

SOUZA, ECP et al . Importância da promoção da saúde mental na atenção primária. **Revista Multidisciplinar em Saúde**, 1–6. 2022.

STERLING, RAM, GONÇALVES, LF, HAAS P. Atenção à saúde mental na atenção primária de saúde: uma revisão sistemática. *Research, Society and Development*, 10(3), e43210313394. 2021.

WHO. World Health Organization. **World mental health report: transforming mental health for all [Internet]**. Geneva: WHO; 2022. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/356119/9789240049338-eng.pdf?sequence=1>. Acesso em: 10 jun 2025.