

**DESAFIOS DA ABORDAGEM DIAGNÓSTICA DE PACIENTES COM TRANSTORNO DEPRESSIVO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE PATOS/PB****CHALLENGES IN DIAGNOSING DEPRESSIVE DISORDERS IN PRIMARY HEALTH CARE IN PATOS, PARAÍBA****DESAFÍOS DEL ENFOQUE DIAGNÓSTICO DE LOS PACIENTES CON TRASTORNO DEPRESIVO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD DE PATOS (PARAÍBA)**Gabriel Lucena de Lima¹, David Magalhães², Luana Idalino da Silva³

e758097

<https://doi.org/10.47820/recima21.v7i5.8097>

PUBLICADO: 05/2026

RESUMO

O transtorno depressivo representa um importante desafio para a Atenção Primária à Saúde (APS), especialmente devido à complexidade do diagnóstico precoce e à necessidade de articulação com a Rede de Atenção Psicossocial. Este estudo teve como objetivo analisar os principais desafios percebidos por médicos da APS de Patos/PB no diagnóstico, manejo e acompanhamento de pacientes com transtornos depressivos. Trata-se de um estudo exploratório, descritivo e quantitativo, realizado com 33 médicos vinculados à Estratégia Saúde da Família, por meio de questionário digital. Os dados foram analisados no software Jamovi, utilizando estatística descritiva, alfa de Cronbach, teste t de Student, ANOVA de Welch e correlação de Pearson. Os resultados demonstraram melhores escores nos domínios Tratamento (M = 3,87) e Rastreamento (M = 3,85), enquanto Referência e Contrarreferência apresentou o menor escore médio (M = 3,08), evidenciando fragilidades na coordenação do cuidado. A sobrecarga de trabalho e as dificuldades de comunicação com serviços especializados foram identificadas como importantes barreiras no processo diagnóstico. Embora tenham sido observados resultados favoráveis nas etapas iniciais do cuidado, persistem limitações relevantes na articulação da rede de atenção psicossocial. Conclui-se que o fortalecimento da APS em saúde mental depende da ampliação da integração entre os serviços, da qualificação dos fluxos assistenciais e da melhoria das estratégias de coordenação do cuidado.

PALAVRAS-CHAVE: Transtorno Depressivo. Atenção Primária à Saúde. Saúde Mental. Diagnóstico.**ABSTRACT**

Depressive disorders represent a major challenge for Primary Health Care (PHC), particularly due to the complexity of early diagnosis and the need for coordination with the Psychosocial Care Network. This study aimed to analyze the main challenges perceived by PHC physicians in Patos, Paraíba, regarding the diagnosis, management, and follow-up of patients with depressive disorders. This was an exploratory, descriptive, and quantitative study conducted with 33 physicians linked to the Family Health Strategy through a digital questionnaire. Data were analyzed using Jamovi software, including descriptive statistics, Cronbach's alpha, Student's t-test, Welch's ANOVA, and Pearson's correlation. The results showed higher scores in the Treatment (M = 3.87) and Screening (M = 3.85) domains, whereas Referral and Counter-referral presented the lowest mean score (M = 3.08), indicating weaknesses in care coordination. Work overload and difficulties in communication with specialized services were identified as major barriers in the diagnostic process. Although favorable results were

¹ Graduando em Medicina do Centro Universitário de Patos, UNIFIP, Patos-PB, Brasil.² Graduado em Medicina pelo Centro Universitário Santa Maria (UNIFSM - PB); Médico Residente em Psiquiatria pelo Centro Universitário de Patos - UNIFIP, Patos-PB, Brasil.³ Mestra em Ciências da Saúde - Professora do Centro Universitário de Patos, Patos-PB, Brasil.



observed in the initial stages of care, important limitations remain in the articulation of the psychosocial care network. Strengthening mental health care in PHC depends on improving service integration, care coordination, and the organization of healthcare flows.

KEYWORDS: *Depressive Disorders. Primary Health Care. Mental Health. Diagnosis.*

RESUMEN

El trastorno depresivo representa un importante desafío para la Atención Primaria de Salud (APS), especialmente debido a la complejidad del diagnóstico precoz y a la necesidad de articulación con la Red de Atención Psicosocial. Este estudio tuvo como objetivo analizar los principales desafíos percibidos por médicos de la APS de Patos, Paraíba, en el diagnóstico, manejo y seguimiento de pacientes con trastornos depresivos. Se trata de un estudio exploratorio, descriptivo y cuantitativo, realizado con 33 médicos vinculados a la Estrategia de Salud Familiar mediante un cuestionario digital. Los datos fueron analizados utilizando el software Jamovi, incluyendo estadística descriptiva, alfa de Cronbach, prueba t de Student, ANOVA de Welch y correlación de Pearson. Los resultados mostraron mayores puntuaciones en los dominios Tratamiento (M = 3,87) y Detección (M = 3,85), mientras que Referencia y Contrarreferencia presentó la menor puntuación media (M = 3,08), evidenciando fragilidades en la coordinación del cuidado. La sobrecarga laboral y las dificultades de comunicación con los servicios especializados fueron identificadas como barreras importantes en el proceso diagnóstico. Aunque se observaron resultados favorables en las etapas iniciales de atención, aún persisten limitaciones relevantes en la articulación de la red de atención psicosocial. Se concluye que el fortalecimiento de la APS en salud mental depende de una mayor integración entre servicios, mejora de los flujos asistenciales y fortalecimiento de la coordinación del cuidado.

PALABRAS CLAVE: *Trastorno depresivo. Atención Primaria de Salud. Salud Mental. Diagnóstico.*

INTRODUÇÃO

O Transtorno Depressivo é caracterizado pela presença de um humor triste, vazio ou irritável, acompanhado de mudanças somáticas e cognitivas que afetam a capacidade de funcionamento da pessoa. O diagnóstico exige a presença de pelo menos cinco sintomas durante um período de no mínimo duas semanas, como tristeza persistente, anedonia, alterações no sono e apetite, fadiga, dificuldades de concentração e pensamentos de morte ou suicídio (American Psychiatric Association, 2014).

Para Garcia *et al.* (2024), o indivíduo que possui um diagnóstico e um tratamento oportuno da depressão tem uma melhor qualidade de vida por diversos motivos como uma redução da carga da doença, prevenção do agravamento de sintomas, melhora do funcionamento psicossocial, acesso a abordagens terapêuticas eficazes, diminuição da resistência ao tratamento e no geral um aumento na qualidade de vida.

Os sintomas de transtorno depressivo apresentam altos percentuais na sociedade. No contexto brasileiro, cerca de 29,7% dos casos de depressão são diagnosticados na Unidade Básica de Saúde (UBS). Neste sentido, a atenção básica torna-se a principal entrada para o diagnóstico e o tratamento desse transtorno (Sampaio *et al.*, 2022). Ademais, de acordo com Brito *et al.* (2022), a



depressão autorreferida tem aumentado no Brasil entre adultos, a prevalência aumentou de 7,6% em 2013 para 10,2% em 2019.

A pandemia da COVID-19 ampliou a demanda por cuidados em saúde mental e evidenciou dificuldades estruturais das equipes da APS para lidar com sintomas depressivos e ansiosos, especialmente diante da ausência de preparo técnico e apoio institucional adequado (Torralba *et al.*, 2023; Guillard *et al.*, 2022). Essas fragilidades repercutem no aumento dos custos assistenciais, na piora dos desfechos clínicos e na ampliação da incapacidade funcional associada aos transtornos depressivos (Vargas *et al.*, 2025).

Diante desse cenário, o problema central investigado neste estudo refere-se às dificuldades enfrentadas por médicos não especialistas no reconhecimento, diagnóstico e acompanhamento de pacientes com transtornos depressivos na APS. Em contextos de cuidado primário, sintomas físicos podem receber maior atenção clínica, enquanto manifestações depressivas tendem a ser subidentificadas ou acompanhadas de forma insuficiente, comprometendo o acesso ao tratamento medicamentoso, psicossocial e à continuidade do cuidado (Vargas *et al.*, 2025).

Nesse sentido, a implementação de intervenções psicológicas estruturadas, combinadas ou não ao uso criterioso de antidepressivos, por profissionais capacitados na APS, demonstrou ser eficaz na melhora dos sintomas depressivos, especialmente em contextos de baixa e média renda, onde o acesso a especialistas é limitado (World Health Organization, 2023). Krefer e Oliveira (2025) destacam que, entre 2012 e 2022, ocorreram mudanças na política de saúde mental brasileira, especialmente a partir de 2017, quando a nova Política de Saúde Mental passou a priorizar serviços ambulatoriais e hospitalares em detrimento da atenção psicossocial territorial e comunitária, resultando na desaceleração da expansão dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Apesar da relevância do tema, ainda são limitados os estudos que investigam, no contexto da APS de municípios do interior nordestino, as dificuldades percebidas pelos médicos no manejo clínico de pacientes com transtornos depressivos e na articulação com a Rede de Atenção Psicossocial. Portanto, tem-se como objetivo analisar os principais desafios percebidos pelos médicos para o diagnóstico, manejo e acompanhamento de pacientes com transtornos depressivos na APS. Espera-se que os resultados contribuam para o aprimoramento das estratégias de cuidado e gestão da saúde mental na APS.

1. REFERENCIAL TEÓRICO

1.1. Conceito e epidemiologia da depressão

A depressão é uma condição médica comum, grave e muitas vezes crônica, que pode ter um



curso recorrente. Ela frequentemente resulta em incapacidade funcional significativa e compromete a saúde física dos indivíduos afetados. A doença é sistêmica, afetando múltiplos sistemas do organismo e está associada a uma redução significativa na qualidade de vida e atinge os aspectos físicos, psicológicos e sociais (Brito *et al.*, 2024).

Desde 1990, estudos epidemiológicos têm apontado para o aumento da carga de incapacidade causada por transtornos depressivos, afetando principalmente adultos e mulheres, com variações significativas entre as unidades federativas do país, como evidenciado pelo aumento de mais de 55% nos anos vividos com incapacidade entre 1990 e 2017 (Bonadiman *et al.*, 2020).

Ademais, antes da pandemia de COVID-19, a prevalência global estimada do transtorno depressivo maior em 2020 era de 2.470,5 casos por 100.000 pessoas, afetando cerca de 193 milhões de indivíduos. Em razão da pandemia, essa taxa subiu para 3.152,9 casos por 100.000 pessoas, o que corresponde a aproximadamente 246 milhões de indivíduos globalmente. Isso equivale a um aumento de 27,6% (variando de 25,1% a 30,3%) em comparação com o período anterior à pandemia, representando um acréscimo de cerca de 53,2 milhões de novos casos de depressão maior em todo o mundo em 2020 (Santomauro *et al.*, 2021).

No Brasil, cerca de 9,9% da população se autodiagnostica com depressão em algum momento da vida, com maior incidência nas regiões Sul e Sudeste. A depressão é mais comum entre mulheres, pessoas com 30 anos ou mais, residentes em áreas urbanas, indivíduos que se identificam como brancos, separados ou divorciados, fumantes, usuários frequentes de telas e portadores de comorbidades mentais ou doenças crônicas físicas. Após ajustes, a menor escolaridade também está relacionada a taxas mais altas (Mattiello *et al.*, 2022).

1.2. Rastreamento

O rastreamento é essencial para a detecção precoce da depressão na APS. Os instrumentos empregados são questionários curtos e específicos, que ajudam especialmente os profissionais de saúde não especializados em saúde mental a identificar pacientes que possam precisar de atenção nessa área (Bruzeguini, 2023).

Por exemplo, a utilização de ferramentas de triagem breves e específicas, como o Questionário de Saúde do Paciente-9 (PHQ-9), pode auxiliar profissionais de saúde não especializados a identificar sintomas depressivos de maneira mais eficaz e ágil em contextos de APS. O PHQ-9 é uma ferramenta de triagem composta por 9 itens que avalia a ocorrência de sintomas depressivos nas duas semanas anteriores, utilizando uma escala de 0 a 3 (0 = nunca; 3 = quase todos os dias). A soma varia de 0 a 27, sendo que escores mais altos indicam maior intensidade de sintomas



depressivos. As categorias são: mínima (0 a 4), leve (5 a 9), moderada (10 a 14) e grave (20 a 27) (Molebatsi *et al.*, 2020).

De acordo com Wojjutari *et al.* (2024), outro instrumento empregado é o GHQ-12 (General Health Questionnaire de 12 itens), que é amplamente utilizado para avaliar a saúde mental geral. Ele é especialmente eficaz na detecção de sintomas de sofrimento psicológico e transtornos psiquiátricos comuns, como ansiedade, depressão, disfunção social e perda de confiança. A utilização de instrumentos validados, como o PHQ-9 e o GHQ-12, contribui para maior padronização do rastreamento em saúde mental na APS, favorecendo a identificação precoce de sintomas depressivos, o encaminhamento adequado e a organização do cuidado longitudinal.

O uso precoce desses instrumentos favorece a integralidade no cuidado ao paciente, a padronização das ações da equipe de saúde, a melhoria na organização dos registros em prontuários médicos e a promoção de mudanças na prática clínica com ações unificadas aos serviços de assistência à saúde mental (Reinaldo *et al.*, 2021).

Portanto, é importante disseminar o conhecimento sobre a utilização desses instrumentos para aprimorar a qualidade do atendimento médico na APS a pacientes com transtornos mentais, visando um cuidado mais sistematizado e humanizado (Santos Filho *et al.*, 2025).

1.3. Diagnóstico

Conforme Vale *et al.* (2024), o diagnóstico é realizado com os critérios clínicos descritos no DSM-5-TR, exigindo a presença de sintomas como humor deprimido, anedonia, alterações no sono e apetite, fadiga, sentimento de culpa, dificuldades cognitivas e ideação suicida, presentes por pelo menos duas semanas e com impacto significativo na vida do paciente.

É fundamental excluir outras causas médicas e psiquiátricas de sintomas depressivos por meio de avaliação clínica, exames laboratoriais básicos (hemograma, eletrólitos, TSH, B12, folato) e, se indicado, exame neurológico. Questionários de triagem, como o PHQ-9 e o *Beck Depression Inventory*, são úteis para identificar casos que requerem avaliação aprofundada (Manual MSD, 2025).

Estudos recentes investigam biomarcadores inflamatórios associados à depressão, como IL-6, TNF- α e proteína C-reativa. Entretanto, tais achados ainda possuem aplicabilidade limitada na prática diagnóstica da Atenção Primária à Saúde (Gomes *et al.*, 2023).

1.4. Tratamento medicamentoso e psicoterapia

Os antidepressivos são fundamentais no tratamento medicamentoso para casos de depressão de moderados a graves (Diniz *et al.*, 2020). Ademais, a psicoterapia é essencial no tratamento da depressão, principalmente em casos leves e moderados. Nessas situações, a psicoterapia é indicada como o tratamento principal para gerenciar e diminuir os sintomas, sem a



necessidade inicial de medicamentos. Em casos mais sérios, deve-se associar o acompanhamento psiquiátrico e o tratamento com antidepressivos (Schwambach; Queiroz, 2023).

Portanto, as intervenções psicológicas preventivas demonstram ser eficazes na diminuição do risco de desenvolver depressão maior e devem ser consideradas uma alternativa viável no tratamento de casos iniciais da doença. No entanto, há uma lacuna na aplicação dessas estratégias na prática clínica comum, o que ressalta a necessidade de ações para incorporar essas intervenções de maneira mais abrangente nos serviços de saúde (Buntrock *et al.*, 2024).

1.5. Rede de atenção psicossocial

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é fundamental para garantir um cuidado integral, contínuo e humanizado em saúde mental no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Para sua eficácia, a RAPS depende do treinamento constante de profissionais qualificados, da atuação de equipes multiprofissionais e da integração entre os níveis de atenção primária, especializada e hospitalar, proporcionando um atendimento multidisciplinar centrado nas necessidades individuais dos usuários. Essa estrutura é essencial para um cuidado em saúde mental de qualidade, conforme também ressaltado nos protocolos da Atenção Primária para o manejo de transtornos como ansiedade e depressão (Guimarães, 2025).

Além disso, a RAPS apoia programas de reintegração social, como trabalho, educação e serviços residenciais transitórios, visando autonomia e inclusão social (Sampaio; Bispo Júnior, 2021). Nesse contexto, a articulação entre APS e RAPS torna-se essencial para garantir continuidade do cuidado, integralidade da assistência e maior efetividade no manejo dos transtornos depressivos.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo e quantitativo, realizado no município de Patos/PB. A cidade está localizada a 266,89 km da capital do estado, possui cerca de 103.165 habitantes de acordo com os dados do Censo do IBGE (2022). O município possui 41 Equipes de Saúde da Família credenciadas, com cobertura estimada da Atenção Primária à Saúde superior a 100% (Brasil, 2025).

A população do estudo foi formada por 41 médicos que atuam na rede de saúde da atenção básica do município de Patos/PB. Foram incluídos médicos cadastrados na Estratégia Saúde da Família (ESF) que atuavam há pelo menos seis meses na mesma unidade e que aceitaram participar da pesquisa mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram



excluídos participantes que desistiram da pesquisa após o início do preenchimento do questionário. Desta forma a amostra final foi de 33 médicos.

O instrumento de coleta de dados foi um questionário composto com questões estruturadas, considerando as seguintes variáveis:

- Variáveis sociodemográficas dos profissionais de APS, incluindo tempo de formação, idade, sexo, titulação e tempo de experiência na APS; e
- Aspectos relacionados ao manejo dos pacientes com transtornos depressivos, com perguntas específicas sobre rastreamento, exame/consulta, diagnóstico, tratamento, desfecho, além dos processos de referência e contrarreferência dentro da rede de atenção psicossocial.

O instrumento consistiu em um questionário estruturado, elaborado pelos pesquisadores com base na literatura científica relacionada ao rastreamento, diagnóstico, manejo clínico e organização do cuidado em saúde mental na Atenção Primária à Saúde. O questionário foi organizado em sete seções temáticas: dados sociodemográficos, rastreamento, consulta/exame, diagnóstico, tratamento, desfecho e processos de referência e contrarreferência na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

O instrumento continha 49 itens objetivos estruturados em escala Likert de cinco pontos, variando de 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente), permitindo avaliar percepções relacionadas às barreiras e potencialidades no cuidado de pacientes com transtornos depressivos na APS. Além da caracterização sociodemográfica, o instrumento buscou identificar dificuldades relacionadas ao rastreamento, segurança diagnóstica, acesso ao tratamento, articulação entre serviços, continuidade do cuidado e percepção sobre integração entre APS e RAPS. Antes da aplicação definitiva, o questionário passou por avaliação de clareza e adequação semântica pelos pesquisadores responsáveis, sendo posteriormente submetido a pré-teste para verificação da compreensão dos itens e ajustes de redação.

O projeto foi enviado para avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Patos (UNIFIP), que o aprovou para execução sob o parecer n.º 8.032.506. O parecer foi registrado na Plataforma Brasil, com o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) n.º 93320625.0.0000.5181.

Após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, a coleta de dados ocorreu entre os meses de fevereiro e março de 2026. Inicialmente, os profissionais foram convidados por diferentes meios de contato, incluindo telefone e e-mail. Em seguida, foi disponibilizado o formulário digital do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Após confirmação dos critérios de inclusão, os participantes receberam o link do questionário digital por meio da plataforma Google Forms. Também foram realizadas visitas presenciais às Unidades Básicas de Saúde (UBS) para convite dos profissionais que não responderam aos contatos iniciais.



Os dados foram analisados por meio do software Jamovi (versão 2.6). Inicialmente, foram realizadas análises descritivas para caracterização da amostra, incluindo frequências absolutas e relativas para variáveis categóricas, bem como medidas de tendência central (média e mediana) e dispersão (desvio-padrão, mínimo e máximo) para variáveis contínuas. A normalidade das variáveis foi verificada pelo teste de Shapiro–Wilk. Em seguida, procedeu-se à análise dos escores dos domínios do instrumento, calculados a partir da média dos itens correspondentes. Foram obtidas estatísticas descritivas para cada domínio, permitindo a comparação entre diferentes etapas do cuidado. A consistência interna dos domínios foi avaliada por meio do coeficiente alfa de Cronbach, sendo adotados como critérios interpretativos valores $\geq 0,70$ como aceitáveis, $\geq 0,80$ como bons e $\geq 0,90$ como excelentes.

Foi realizada análise descritiva item a item, com cálculo das médias e desvios-padrão, além da distribuição das frequências de respostas. Para fins analíticos, foram considerados como indicativos de barreira os itens com média ≤ 3 e/ou elevada proporção de respostas nas categorias de discordância, por representarem avaliações neutras ou negativas em relação aos processos investigados. Essa classificação foi utilizada com finalidade descritiva e interpretativa, visando identificar áreas percebidas pelos participantes como potencialmente fragilizadas no cuidado em saúde mental na APS.

Para análise inferencial, foram utilizados o teste t de Student para comparação entre dois grupos independentes (sexo) e a análise de variância (ANOVA de Welch) para comparação entre três grupos (nível de titulação). Por fim, foram realizadas análises de correlação de Pearson entre os domínios do instrumento e variáveis sociodemográficas (idade e tempo de atuação na APS), sendo destacadas no texto as associações estatisticamente significativas. Adotou-se nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra foi composta por 33 médicos participantes. Em relação ao sexo, observou-se predominância do sexo feminino (63,6%; $n = 21$), em comparação ao masculino (36,4%; $n = 12$). Quanto à titulação, a maioria dos participantes possuía apenas graduação (51,5%; $n = 17$), seguida por especialização (39,4%; $n = 13$) e mestrado (9,1%; $n = 3$). A idade dos participantes apresentou média de 28,5 anos (DP = 3,13; Md = 28) variando entre 25 e 40 anos. O tempo de atuação na Atenção Primária à Saúde (APS) apresentou média de 2,83 anos (DP = 2,52; Md = 2), variando entre 6 meses e 12 anos.

Os escores médios dos domínios variaram de 3,08 a 3,87 (Tabela 1). Os maiores valores foram observados nos domínios Tratamento (M = 3,87; DP = 0,458) e Rastreamento (M = 3,85; DP = 0,513), seguidos por Consulta/Exame (M = 3,76; DP = 0,719). Os domínios Diagnóstico (M = 3,61; DP = 0,421) e Desfecho (M = 3,62; DP = 0,582) apresentaram escores inferiores aos domínios iniciais do cuidado. O domínio Referência e Contrarreferência apresentou o menor escore médio (M = 3,08; DP = 0,802), além da maior variabilidade entre os participantes. Neste domínio, a mediana (Md = 2,88) situou-se abaixo do ponto neutro da escala.

Observa-se, assim, um gradiente nos escores entre os domínios, com valores mais elevados nas etapas iniciais do cuidado e redução progressiva nos domínios relacionados ao diagnóstico, acompanhamento e articulação em rede.

Tabela 1. Estatística descritiva dos domínios

Domínio	Média	Mediana	DP	Mín-Máx
Rastreamento	3,85	3,88	0,513	2,88–5,00
Consulta/Exame	3,76	4,00	0,719	2,25–5,00
Diagnóstico	3,61	3,58	0,421	2,83–4,58
Tratamento	3,87	3,80	0,458	2,80–4,70
Desfecho	3,62	3,57	0,582	2,29–5,00
Referência/Contrarreferência	3,08	2,88	0,802	1,13–5,00

Fonte: Dados da pesquisa, 2026.

Nota: DP = Desvio padrão.

Foi realizada análise de consistência interna por meio do coeficiente alfa de Cronbach para os agrupamentos de itens por domínio (Tabela 2). Todos os domínios apresentaram consistência interna aceitável a boa, com valores variando entre 0,714 e 0,879. Os domínios Rastreamento ($\alpha = 0,722$), Consulta/Exame ($\alpha = 0,725$), Diagnóstico ($\alpha = 0,724$), Tratamento ($\alpha = 0,798$) e Desfecho/Acompanhamento ($\alpha = 0,714$) apresentaram consistência interna aceitável, indicando adequação dos itens para mensuração dos respectivos construtos. O domínio Referência e Contrarreferência (RAPS) apresentou consistência interna elevada ($\alpha = 0,879$), sugerindo maior homogeneidade entre os itens que compõem esse domínio.

Tabela 2. Consistência interna

Domínio	Itens	α de Cronbach	Classificação
Rastreamento	Q1–Q8	0,722	Aceitável
Consulta/Exame	Q9–Q12	0,725	Aceitável
Diagnóstico	Q13–Q24	0,724	Aceitável
Tratamento	Q25–Q34	0,798	Aceitável
Desfecho/Acompanhamento	Q35–Q41	0,714	Aceitável
Referência/Contrarreferência (RAPS)	Q42–Q49	0,879	Boa



Nota: α = alfa de Cronbach. Valores $\geq 0,70$ foram considerados indicativos de consistência interna aceitável, $\geq 0,80$ como boa e $\geq 0,90$ como excelente. Os coeficientes foram calculados com base nos itens originais de cada domínio.

Na análise item a item, foram identificados itens com médias inferiores ao ponto neutro da escala, caracterizando potenciais barreiras na prática clínica (Tabela 3). O menor escore foi observado no item referente à influência da sobrecarga de trabalho no processo diagnóstico (M = 1,64; DP = 0,82). Também apresentaram baixos escores itens relacionados à articulação em rede, incluindo a fluidez da comunicação entre níveis de atenção (M = 2,45; DP = 0,86), a eficiência da comunicação com serviços de referência (M = 2,61; DP = 1,25) e a clareza e rapidez dos encaminhamentos (M = 2,70; DP = 1,05).

Outros itens com médias reduzidas envolveram o acesso a tratamentos psicoterápicos (M = 2,82; DP = 1,01), a definição de critérios de referência (M = 2,82; DP = 1,18) e o tempo de acesso aos serviços especializados (M = 2,88; DP = 1,05). Adicionalmente, alguns itens apresentaram valores próximos ao ponto neutro da escala, incluindo o reconhecimento de fatores de risco (M = 3,06; DP = 1,09), o suporte técnico e apoio matricial (M = 3,03; DP = 1,05) e a continuidade da articulação com a rede de atenção psicossocial (M = 3,03; DP = 1,05). Destaca-se a influência da sobrecarga de trabalho sobre o processo diagnóstico, aspecto que apresentou o menor escore entre os itens analisados. Kohrt *et al.* (2025) também identificaram que a elevada carga assistencial na APS compromete a precisão diagnóstica, além de dificultar a articulação com a rede de atenção, especialmente quanto à comunicação com serviços de referência, fluidez dos encaminhamentos e acesso ao cuidado especializado.

Por outro lado, foram observados itens com escores elevados, indicando percepção mais favorável em determinados aspectos da prática. Destacaram-se itens relacionados à comunicação com o paciente e à condução do tratamento, como a abertura dos pacientes para relatar sintomas (M = 4,42; DP = 0,90), a abertura para discutir o diagnóstico (M = 4,42; DP = 0,70), a orientação quanto ao tratamento (M = 4,33; DP = 0,479), o desenvolvimento de habilidades para avaliação clínica (M = 4,30; DP = 0,52) e a facilidade de comunicação sobre aspectos emocionais (M = 4,30; DP = 0,63).

Segundo Leung *et al.* (2021), o fato de os pacientes se sentirem à vontade para relatar sintomas e a facilidade com que se pode abordar questões diagnósticas reforçam a APS como um espaço de cuidado centrado na pessoa, o que constitui elemento relevante para modelos integrados de cuidado em saúde mental na APS. Os achados de Tonin *et al.* (2021) reforçam a importância de estratégias integradas, ações multiprofissionais e fortalecimento da rede de cuidado para qualificação da assistência em saúde mental na APS.

Tabela 3. Itens classificados como barreiras, limítrofes e facilitadores

Item	Média	DP	Classificação
Barreiras			
O processo diagnóstico é prejudicado pela sobrecarga de trabalho	1,64	0,82	Barreira muito crítica
A articulação do cuidado entre os níveis de atenção (primária, especializada e CAPS) é fluida	2,45	0,86	Barreira crítica
A comunicação com os serviços de referência é eficiente e colaborativa	2,61	1,25	Barreira crítica
O procedimento para encaminhar pacientes com quadros complexos é claro e rápido	2,70	1,05	Barreira crítica
Os recursos e a infraestrutura da APS favorecem o acesso a tratamentos psicoterápicos	2,82	1,01	Barreira relevante
Os critérios para referência são bem definidos e acessíveis	2,82	1,18	Barreira relevante
O acesso aos serviços especializados ocorre em tempo adequado	2,88	1,05	Barreira relevante
Limítrofes			
Consigo reconhecer os fatores de risco associados ao transtorno depressivo dentro da minha prática	3,06	1,09	Limítrofe
Recebo suporte técnico e apoio matricial adequados para o manejo da depressão na APS	3,03	1,05	Limítrofe
A articulação com a rede de atenção psicossocial ocorre de forma contínua no acompanhamento dos pacientes	3,03	1,05	Limítrofe
Facilitadores			
Acredito que os pacientes se sentem confortáveis para relatar sintomas depressivos durante a consulta	4,42	0,90	Facilitador
Os pacientes demonstram abertura para discutir o diagnóstico de depressão	4,42	0,70	Facilitador
Tenho facilidade para orientar o paciente quanto aos efeitos e duração do tratamento	4,33	0,47	Facilitador
Avaliar a intensidade e duração dos sintomas depressivos é uma competência que tenho desenvolvido	4,30	0,52	Facilitador
Tenho facilidade para conversar com o paciente sobre sintomas emocionais e comportamentais	4,30	0,63	Facilitador

Fonte: Dados da pesquisa, 2026.

Nota: DP = Desvio padrão.

Os itens relacionados ao fluxo assistencial evidenciaram padrões distintos entre as etapas do cuidado (Tabela 4). Nos aspectos internos à APS, observou-se desempenho mais favorável, com itens relacionados à comunicação com o paciente (Q37: M = 3,73; 9,1% de discordância), monitoramento clínico (Q38: M = 3,73; 6,1%) e registro em prontuário (Q41: M = 3,67; 12,1%) apresentando baixos níveis de discordância. Por outro lado, os itens relacionados ao encaminhamento e acesso ao cuidado especializado apresentaram maior variabilidade, com destaque para a segurança na decisão de encaminhar (Q40: M = 4,18; 3,0%), contrastando com dificuldades operacionais no fluxo, como a clareza dos encaminhamentos (Q43: M = 2,82; 48,5%), definição de critérios de referência (Q45: M = 2,88; 42,5%) e, principalmente, o tempo de acesso aos serviços especializados (Q49: M = 2,45; 63,7%).

Os resultados indicam fragilidades importantes na organização do cuidado em saúde mental na APS, especialmente nos aspectos relacionados à sobrecarga de trabalho e à articulação entre os níveis de atenção. A influência da carga assistencial sobre o processo diagnóstico também foi observada por Kohrt *et al.* (2025), que identificaram impacto negativo da sobrecarga profissional sobre a identificação de transtornos mentais comuns na APS.

No eixo de articulação com a rede, observou-se concentração de barreiras, com elevada proporção de discordância nos itens relacionados à comunicação com serviços de referência (Q44: 54,5%) e à continuidade da articulação com a rede (Q46: 51,5%), além de desempenho limítrofe na integração entre níveis de atenção (Q42: M = 3,03; 33,4%).

Nesse aspecto, observam-se fragilidades relevantes nos processos que dependem da articulação entre os diferentes níveis de atenção. Os resultados sugerem que os principais obstáculos ao cuidado em saúde mental na APS estão menos relacionados à competência clínica individual e mais associados às limitações estruturais e organizacionais da rede de atenção. Estudos recentes apontam que a coordenação do cuidado e a integração entre serviços constituem elementos fundamentais para a continuidade da assistência e redução da fragmentação do cuidado em saúde mental (Khatiri *et al.*, 2023). De forma complementar, Castro e Wolff Filho (2024) destacam que a comunicação intersetorial entre os diferentes níveis de atenção representa componente central para o fortalecimento da assistência em saúde mental na APS.

Tabela 4. Fluxo assistencial percebido (itens agrupados)

Sub-eixo	Item (descrição)	Médi.	% Discordância	Classificação
Continuidade na APS	Acesso a consultas de acompanhamento adequado (Q12)	3,30	24,2%	Limítrofe
	Coordenação com equipe multiprofissional (Q35)	3,39	24,2%	Limítrofe
	Comunicação com paciente sobre evolução (Q37)	3,73	9,1%	Adequado
	Monitoramento e prevenção de recaídas (Q38)	3,73	6,1%	Adequado
	Registro e acompanhamento no PEC (Q41)	3,67	12,1%	Adequado
Encaminhamento / Acesso especializado	Encaminhamento rápido para especialista (Q39)	3,61	24,2%	Limítrofe
	Segurança na decisão de encaminhar (Q40)	4,18	3,0%	Facilitador
	Clareza e rapidez do encaminhamento (Q43)	2,82	48,5%	Barreira
	Critérios de referência definidos (Q45)	2,88	42,5%	Barreira
	Tempo de acesso ao especializado (Q49)	2,45	63,7%	Barreira crítica
Articulação com a rede (RAPS)	Integração entre níveis de atenção (Q42)	3,03	33,4%	Limítrofe



Comunicação com serviços de referência (Q44)	2,61	54,5%	Barreira
Continuidade da articulação com a rede (Q46)	2,70	51,5%	Barreira

Fonte: Dados da pesquisa, 2026.

Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre os sexos em nenhum dos domínios avaliados. Da mesma forma, não foram identificadas diferenças significativas entre os níveis de titulação.

Verificou-se correlações estatisticamente significativas entre domínios e variáveis sociodemográficas (Tabela 5). O tempo de atuação apresentou correlações positivas moderadas com os domínios de rastreamento ($r = 0,445$; $p = 0,014$) e diagnóstico ($r = 0,441$; $p = 0,015$), indicando associação entre maior experiência na APS e maiores escores nesses domínios. Também foi identificada correlação positiva fraca a moderada entre idade e o domínio rastreamento ($r = 0,365$; $p = 0,037$), sugerindo que participantes mais velhos tenderam a apresentar escores mais elevados nesse domínio.

Observou-se que há uma correlação entre um maior tempo de atuação na Atenção Primária à Saúde (APS) e melhores resultados em rastreamento e diagnóstico, indicando que a experiência profissional desempenha um papel importante no desenvolvimento de habilidades clínicas. Essa visão está alinhada com pesquisas recentes sobre a prática clínica na atenção primária, que também evidenciam o papel da experiência no desenvolvimento dessas competências (Donroe *et al.*, 2024).

Entre os domínios do cuidado, observou-se correlação positiva e forte entre diagnóstico e tratamento ($r = 0,757$; $p < 0,001$). Também foram observadas correlações positivas moderadas entre diagnóstico e desfecho ($r = 0,557$; $p < 0,001$), e entre tratamento e desfecho ($r = 0,535$; $p = 0,001$). O domínio rastreamento apresentou correlação positiva forte com diagnóstico ($r = 0,629$; $p < 0,001$) e correlação positiva moderada com tratamento ($r = 0,512$; $p = 0,002$).

O domínio consulta/exame apresentou correlações positivas moderadas com diagnóstico ($r = 0,479$; $p = 0,005$), tratamento ($r = 0,420$; $p = 0,015$) e desfecho ($r = 0,505$; $p = 0,003$). Por fim, o domínio referência e contrarreferência apresentou correlação positiva moderada com desfecho ($r = 0,524$; $p = 0,002$) e correlação positiva fraca a moderada com consulta/exame ($r = 0,368$; $p = 0,035$), indicando associação de menor magnitude em relação às demais correlações observadas.

A análise das correlações evidenciou o caráter inter-relacionado das diferentes etapas do cuidado em saúde mental na APS. As correlações observadas entre rastreamento, diagnóstico, tratamento e desfecho sugerem que o desempenho nas etapas iniciais do cuidado influencia diretamente os resultados clínicos, corroborando modelos de cuidado longitudinal e integrado descritos na literatura (Vila *et al.*, 2025).

Tabela 5. Correlação entre domínios e variáveis sociodemográficas

Variáveis	R	P
Tempo de atuação × Rastreamento	0,445	0,014
Tempo de atuação × Diagnóstico	0,441	0,015
Idade × Rastreamento	0,365	0,037
Rastreamento × Diagnóstico	0,629	< 0,001
Rastreamento × Tratamento	0,512	0,002
Diagnóstico × Tratamento	0,757	< 0,001
Diagnóstico × Desfecho	0,557	< 0,001
Tratamento × Desfecho	0,535	0,001
Consulta/Exame × Diagnóstico	0,479	0,005
Consulta/Exame × Tratamento	0,420	0,015
Consulta/Exame × Desfecho	0,505	0,003
Referência/Contrarreferência × Consulta/Exame	0,368	0,035
Referência/Contrarreferência × Desfecho	0,524	0,002

Nota: Correlações de Pearson. Foram apresentadas apenas associações com significância estatística ($p < 0,05$).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados do estudo demonstraram que o processo diagnóstico na APS é impactado pela sobrecarga de trabalho, além de evidenciarem fragilidades importantes na articulação entre os diferentes níveis de atenção. Destacaram-se dificuldades relacionadas à comunicação com os serviços especializados, aos fluxos de encaminhamento e à continuidade do acompanhamento de pacientes com quadros mais complexos.

Por outro lado, os domínios relacionados ao rastreamento, consulta e tratamento apresentaram resultados mais favoráveis, sugerindo melhor desempenho nas etapas iniciais do cuidado em saúde mental. Os achados indicam que o fortalecimento da atenção primária em saúde mental depende não apenas da qualificação das práticas clínicas, mas também da melhoria da coordenação do cuidado na rede de atenção psicossocial. Nesse sentido, tornam-se relevantes estratégias voltadas ao aprimoramento da comunicação entre serviços, definição de fluxos assistenciais mais claros, fortalecimento do apoio matricial e redução da sobrecarga de trabalho das equipes.

O presente estudo apresenta limitações inerentes ao seu delineamento. A coleta de dados foi realizada exclusivamente com médicos atuantes na APS, não contemplando a percepção de outros profissionais da equipe multiprofissional, como enfermeiros, psicólogos e agentes comunitários de saúde. Essa delimitação buscou garantir maior especificidade das respostas relacionadas à prática



médica, porém restringe a representatividade de perspectivas integradas da equipe. Além disso, o estudo foi desenvolvido em contexto local específico, com amostra reduzida, o que limita a generalização dos achados para outros contextos regionais e organizacionais do sistema de saúde. O tamanho amostral também impõe cautela na interpretação das análises comparativas e correlacionais, que devem ser compreendidas como indicativas de associações exploratórias, e não como evidências conclusivas de relações causais.

Recomenda-se o desenvolvimento de estratégias voltadas à formação continuada dos profissionais da APS, utilização de instrumentos padronizados de rastreamento em saúde mental e fortalecimento da integração com os serviços especializados, considerando as particularidades do contexto local.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5*. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BONADIMAN, Cecília Silva Costa et al. Depressive disorders in Brazil: results from the Global Burden of Disease Study 2017. *Population Health Metrics*, v. 18, supl. 1, p. 6, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12963-020-00204-5>.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB)*. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Disponível em: <https://sisab.saude.gov.br>.

BRITO, Ana Luiza Neves et al. Qualidade de vida e depressão: uma revisão da literatura. *Journal Archives of Health*, v. 5, n. 3, p. e2190, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.46919/archh.v5i3.2190>.

BRITO, Valéria Cristina de Albuquerque et al. Prevalência de depressão autorreferida no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde 2013 e 2019. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 31, p. e2021384, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S2237-9622202200006>.

BRUZEGUINI, Meirielli Vieira et al. Instrumentos de rastreio e diagnóstico de transtornos depressivos utilizados na atenção primária: uma revisão integrativa. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 18, n. 45, p. 3817, 2023. Disponível em: [https://doi.org/10.5712/rbmfc18\(45\)3817](https://doi.org/10.5712/rbmfc18(45)3817).

BUNTROCK, Claudia et al. Psychological interventions to prevent the onset of major depression in adults: a systematic review and individual participant data meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, v. 11, n. 12, p. 990–1001, 2024. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(24\)00304-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(24)00304-7).

CASTRO, P. R. de C.; WOLFF FILHO, J. L. M. A saúde mental na atenção básica: avanços e desafios. *RCMOS – Revista Científica Multidisciplinar O Saber*, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 1–7, 2024.

DINIZ, Júlia Pickina; NEVES, Solange Aparecida de Oliveira; VIEIRA, Milene Leivas. Ação dos neurotransmissores envolvidos na depressão. *Ensaio Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde*, v. 24, n. 4, p. 437–443, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.17921/1415-6938.2020v24n4p437-443>.



DONROE, Joseph H. et al. Clinical Reasoning: Perspectives of Expert Clinicians on Reasoning Through Complex Clinical Cases. *Cureus*, v. 16, n. 1, p. e51696, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.7759/cureus.51696>.

GARCIA, Ester Lucena et al. Abordagem terapêutica do transtorno depressivo maior: uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Medicina de Excelência*, São José dos Pinhais, v. 2, n. 5, p. 727–738, 2024. Disponível em: <https://sevenpublicacoes.com.br/revista/article/view/6268>.

GOMES, Celina Cavalcante Muniz; ROSA, Michelle Melgarejo da. Biomarcadores inflamatórios na depressão maior: uma revisão sistemática. *Revista de Neurociências*, v. 31, p. 1–20, 2023. Disponível em: <https://periodicos.unifesp.br/index.php/neurociencias/article/view/15678>.

GUILLAND, Romilda et al. Prevalência de sintomas de depressão e ansiedade em trabalhadores durante a pandemia da Covid-19. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 20, p. e00186169, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs00186>.

GUIMARÃES, Mateus Henrique Dias. Políticas públicas de saúde mental no combate ao burnout: a importância do atendimento multidisciplinar. *Nursing: Edição Brasileira*, v. 29, n. 324, p. 10906–10917, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.36489/nursing.2025v29i324p10906-10917>.

KHATRI, Resham et al. Continuity and care coordination of primary health care: a scoping review. *BMC Health Services Research*, v. 23, art. 750, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09718-8>.

KOVRT, Brandon A. et al. Is there a mental health diagnostic crisis in primary care? Current research practices in global mental health cannot answer that question. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, v. 34, e7, p. 1–9, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/S2045796025000010>.

KREFER, Laressa Thaís; OLIVEIRA, Walter Ferreira de. Reformulações na política nacional de saúde mental: análise de dados de assistência no período de 2012 a 2022. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 30, p. e13372023, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232025302.13372023>.

LEUNG, Lucinda B. et al. Mental health care integration and primary care patient experience in the Veterans Health Administration. *Healthcare*, Amsterdam, v. 9, n. 4, art. 100587, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.hjdsi.2021.100587>.

MANUAL MSD. Transtornos depressivos. 2025. Disponível em: <https://www.msmanuals.com/pt/profissional/transtornos-psiquiatricos/transtornos-do-humor/transtornos-depressivos>.

MATTIELLO, Rita et al. Prevalence of self-reported lifetime medical diagnosis of depression in Brazil: analysis of data from the 2019 Brazilian National Health Survey. *BMJ Open*, v. 12, n. 12, p. e063902, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-063902>.

MOLEBATSI, Keneilwe; MOTLHATHEDI, Keneilwe; WAMBUA, Grace Nduku. The validity and reliability of the Patient Health Questionnaire-9 for screening depression in primary health care patients in Botswana. *BMC Psychiatry*, v. 20, n. 1, p. 295, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02719-5>.



REINALDO, Amanda Márcia dos Santos; SOUSA, Girliani Silva de; SILVEIRA, Belisa Vieira da. Enfermagem psiquiátrica, saúde mental e as diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em enfermagem. *SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*, v. 17, n. 3, p. 57–66, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2021.174632>.

SAMPAIO, Mariá Lanzotti; BISPO JÚNIOR, José Patrício. Dimensão epistêmica da Reforma Psiquiátrica Brasileira: significados de gestores, profissionais e usuários. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, v. 25, p. e200267, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.200267>.

SAMPAIO, Rafael Vieira et al. Manejo de pacientes com transtorno depressivo maior no contexto da Atenção Primária à Saúde: uma revisão de literatura. *Research, Society and Development*, v. 11, n. 2, p. e7211225539, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i2.25539>.

SANTOMAURO, Damian F. et al. Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *The Lancet*, v. 398, n. 10312, p. 1700–1712, 2021. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02143-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02143-7).

SANTOS FILHO, Flávio Barbosa Monteiro et al. Ferramentas de avaliação e triagem para transtornos de saúde mental no Brasil. *Brazilian Journal of Health Review*, v. 8, n. 3, p. e79529, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.34119/bjhrv8n3-297>.

SCHWAMBACH, Lulaira Bermudes; QUEIROZ, Lorena Carnielli. Uso de práticas integrativas e complementares em saúde no tratamento da depressão. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 33, p. e33077, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-7331202333077>.

TONIN, Carolina Francielle et al. Como vai a saúde mental? Diálogos e reflexões sobre as estratégias de cuidado na Atenção Primária à Saúde. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 8, p. e5810817050, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i8.17050>.

TORRALBA, Rocío et al. Associação entre ansiedade e depressão em brasileiros durante o isolamento social da pandemia de COVID-19. *Revista Baiana de Saúde Pública*, v. 47, n. 1, p. 149–161, 2023. Disponível em: <https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/3863>.

VALE, João Victor Maciel do et al. Transtorno depressivo maior: dificuldades diagnósticas e perspectivas futuras. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, v. 10, n. 8, 2024. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/15317>.

VARGAS, Daiane et al. Custos hospitalares em saúde mental: uma revisão sistemática. *Revista de Gestão e Secretariado – GeSec*, v. 16, n. 3, p. 1–15, 2025.

VILA, Marc et al. Prevalence, diagnostic accuracy, and healthcare utilization patterns in patients with COPD in primary healthcare: a population-based study. *npj Primary Care Respiratory Medicine*, v. 35, art. 17, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/s41533-025-00419-9>.

WOJUTARI, Ajele Kenni; IDEMUDIA, Erhabor Sunday; UGWU, Lawrence Ejike. The evaluation of the General Health Questionnaire (GHQ-12) reliability generalization: a meta-analysis. *PLOS ONE*, v. 19, n. 7, p. e0304182, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0304182>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) guideline for mental, neurological and substance use disorders*. Geneva: World Health Organization, 2023. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/341996>