

A DOR INVISÍVEL: DESAFIOS NO RECONHECIMENTO DA SAÚDE MENTAL EM AMBULATÓRIOS DE CLÍNICA GERAL

THE INVISIBLE PAIN: CHALLENGES IN RECOGNIZING MENTAL HEALTH IN GENERAL OUTPATIENT CLINICS

EL DOLOR INVISIBLE: DESAFÍOS EN EL RECONOCIMIENTO DE LA SALUD MENTAL EN CONSULTORIOS GENERALES

 <https://doi.org/10.56238/arev7n8-025>

Data de submissão: 04/07/2025

Data de publicação: 04/08/2025

Wellton Lúpércinio Silvino da Silva

Bacharel em Biologia

Instituição: Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)

E-mail: welltonlúpéricinio.ufpe@gmail.com

RESUMO

O presente artigo analisa os desafios enfrentados por profissionais da atenção primária à saúde no reconhecimento e manejo dos casos de sofrimento psíquico em ambulatórios de clínica geral. Embora a saúde mental esteja cada vez mais presente nos discursos institucionais, sua expressão nos serviços gerais ainda encontra barreiras de natureza técnica, simbólica e estrutural. A invisibilidade do sofrimento psíquico, a formação biomédica centrada em sinais objetivos e a alta demanda de atendimentos dificultam a escuta qualificada e o encaminhamento adequado. O estudo propõe uma reflexão sobre práticas mais sensíveis e integradas entre saúde mental e atenção básica.

Palavras-chave: Saúde Mental. Clínica Geral. Sofrimento Psíquico. Atenção Primária. Invisibilidade.

ABSTRACT

This article examines the challenges faced by primary health care professionals in recognizing and managing cases of psychological distress in general outpatient clinics. Although mental health has gained visibility in institutional agendas, its integration into general clinical practice remains limited due to technical, symbolic, and systemic barriers. The invisibility of emotional suffering, the biomedical training focused on objective signs, and the high patient load hinder qualified listening and appropriate referrals. The study proposes a reflection on more sensitive and integrated practices between mental health and primary care.

Keywords: Mental Health. General Practice. Psychological Distress. Primary Care. Invisibility.

RESUMEN

Este artículo analiza los desafíos que enfrentan los profesionales de la atención primaria de salud en el reconocimiento y manejo del sufrimiento psíquico en consultorios generales. Aunque la salud mental ha ganado visibilidad en las agendas institucionales, su integración en la práctica clínica general sigue siendo limitada por barreras técnicas, simbólicas y estructurales. La invisibilidad del sufrimiento emocional, la formación biomédica enfocada en signos objetivos y la alta demanda de consultas dificultan una escucha calificada y derivaciones adecuadas. El estudio propone una reflexión sobre prácticas más sensibles e integradas entre salud mental y atención primaria.

Palabras clave: Salud Mental. Clínica General. Sufrimiento Psíquico. Atención Primaria. Invisibilidad.

1 INTRODUÇÃO

A saúde mental, historicamente marginalizada nos sistemas de atenção à saúde, vem ganhando destaque nas políticas públicas e nos discursos institucionais. No entanto, sua presença nos serviços de clínica geral, especialmente nos ambulatórios da atenção primária, ainda é marcada por silêncios, subdiagnósticos e manejos pouco resolutivos. O sofrimento psíquico, por vezes, não encontra nome, espaço ou escuta adequada nas consultas breves e orientadas por queixas físicas.

Os ambulatórios de clínica geral são, em muitos territórios, a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS). Neles, circulam diariamente sujeitos com múltiplas demandas, que vão além da dor física. Ansiedade, angústia, insônia, luto, exaustão emocional e tristeza profunda se manifestam sob a forma de cefaleias, dores abdominais, taquicardias, distúrbios do sono e outros sintomas somáticos. Quando não reconhecidos como expressões do sofrimento psíquico, esses sinais são tratados apenas como questões orgânicas, resultando em medicalização excessiva, uso prolongado de psicotrópicos e cronificação do mal-estar.

A invisibilidade da dor emocional em ambientes de cuidado generalista está ligada a uma série de fatores. Dentre eles, destaca-se a formação biomédica hegemônica, que privilegia sinais objetivos e respostas farmacológicas rápidas, em detrimento da escuta subjetiva e do acolhimento das experiências emocionais. Soma-se a isso a alta demanda por atendimento, o tempo reduzido de consulta, a falta de suporte psicológico nas equipes e a carência de articulação com os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e outros dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Este artigo propõe uma análise crítica sobre os desafios enfrentados por profissionais de clínica geral na identificação e no manejo da saúde mental no cotidiano ambulatorial. A partir da literatura especializada e de experiências observadas em serviços públicos, busca-se compreender os limites do modelo atual e refletir sobre práticas mais sensíveis, interdisciplinares e comprometidas com o cuidado integral.

A dor psíquica, embora invisível aos olhos clínicos tradicionais, é real, urgente e atravessa o cotidiano dos serviços de saúde. Reconhecê-la é um passo fundamental para a construção de uma atenção primária mais humana, acolhedora e efetiva.

2 A CLÍNICA GERAL E OS LIMITES DO MODELO BIOMÉDICO

A clínica geral, como base da atenção primária à saúde, desempenha um papel fundamental na escuta inicial e no encaminhamento das demandas de saúde da população. No entanto, sua prática cotidiana ainda é fortemente influenciada pelo modelo biomédico tradicional, centrado na objetividade

dos sinais físicos, na fragmentação do corpo e na medicalização como resposta prioritária ao sofrimento.

O modelo biomédico emergiu historicamente com os avanços da ciência moderna, consolidando-se no século XIX como paradigma dominante da medicina ocidental. Ele se estrutura a partir de uma lógica técnico-científica que valoriza exames, protocolos, evidências clínicas e classificações nosológicas. Nesse contexto, o corpo é compreendido como máquina, e a doença, como falha ou disfunção de um órgão ou sistema. Ainda que eficaz em muitos aspectos, esse modelo é limitado quando confrontado com o sofrimento subjetivo, cujas manifestações nem sempre são traduzíveis em exames laboratoriais ou sinais clínicos palpáveis.

Nos ambulatórios de clínica geral, o predomínio dessa abordagem repercute diretamente sobre a forma como os profissionais compreendem e respondem às queixas dos pacientes. Sintomas como fadiga persistente, dores difusas, choro recorrente, ansiedade ou insônia costumam ser interpretados como desordens funcionais, muitas vezes sem causa aparente. Quando não associados a um diagnóstico físico claro, tendem a ser desvalorizados, subestimados ou tratados com psicotrópicos como medida paliativa, sem investigação mais aprofundada da dimensão emocional envolvida.

Além disso, o próprio desenho organizacional dos serviços, com agendas lotadas, consultas curtas e metas quantitativas de produtividade, reforça a adoção de estratégias de atendimento rápidas e padronizadas, que dificultam a escuta qualificada e o estabelecimento de vínculo terapêutico. Nesse cenário, o profissional é pressionado a "resolver" a queixa de forma imediata, o que favorece condutas medicamentosas e impede o acolhimento integral da complexidade do sofrimento apresentado.

Outro elemento crítico está na formação dos profissionais. A maioria dos cursos de graduação na área da saúde ainda oferece uma abordagem superficial da saúde mental, geralmente restrita a conteúdos psiquiátricos voltados ao reconhecimento de transtornos mentais graves. Pouco se discute sobre os sofrimentos cotidianos, as relações entre saúde mental e determinantes sociais ou as possibilidades de intervenção no contexto da atenção primária.

O resultado desse cenário é um ciclo de invisibilização da dor psíquica nos serviços generalistas. Pacientes com sofrimento emocional persistente circulam por diversas unidades de saúde, acumulando prescrições, sem que suas histórias de vida e seus contextos sociais sejam, de fato, escutados e considerados como parte do processo terapêutico.

Assim, é preciso reconhecer que o modelo biomédico, embora útil, é insuficiente como referência exclusiva para lidar com a saúde mental. Uma clínica mais ampliada, que valorize a escuta, o vínculo e o cuidado compartilhado, é condição indispensável para que o sofrimento subjetivo deixe de ser ignorado e passe a ser acolhido como parte legítima da prática clínica geral.

3 A INVISIBILIDADE DO SOFRIMENTO PSÍQUICO: EXPRESSÕES SILENCIOSAS

O sofrimento psíquico, por sua própria natureza subjetiva, muitas vezes se manifesta de forma silenciosa e indireta, escapando ao olhar técnico treinado para a objetividade clínica. Em ambulatórios de clínica geral, é comum que esse sofrimento se apresente sob a forma de queixas inespecíficas, somatizações, sintomas recorrentes sem etiologia clara ou mesmo como excesso de demanda por atendimentos. Nessas manifestações, o corpo fala o que a linguagem muitas vezes não consegue elaborar.

Essa invisibilidade não é apenas uma questão diagnóstica ou técnica, mas também simbólica. Em muitos contextos culturais e sociais, expressar sofrimento emocional é estigmatizado ou interpretado como sinal de fraqueza, descontrole ou fracasso pessoal. Dessa forma, os usuários tendem a comunicar seu mal-estar de maneira mais socialmente “aceitável”: por meio de dores físicas, alterações no sono, cansaço persistente, hipertensão descompensada ou crises de pânico que se confundem com eventos cardíacos.

Do lado dos profissionais de saúde, a formação predominantemente biomédica dificulta o reconhecimento desses sinais como expressões legítimas do sofrimento psíquico. Ao não serem identificados como tal, os sintomas são tratados como meras disfunções orgânicas, levando a um ciclo de exames inconclusivos, consultas repetidas e tratamentos pouco efetivos. Esse ciclo contribui não apenas para a cronificação do sofrimento como também para o desgaste das relações entre profissionais e usuários, que passam a ser vistos como “difícies”, “queixosos” ou “sem problema real”.

Outro fator que contribui para a invisibilidade é o tempo reduzido das consultas. A escuta necessária para que o sofrimento subjetivo emerja com clareza exige tempo, vínculo e confiança — elementos muitas vezes inviáveis diante das agendas sobrecarregadas dos serviços. Como consequência, a escuta se reduz à queixa imediata, desconsiderando o contexto emocional, familiar ou social em que ela se insere.

Em muitos casos, o sofrimento psíquico permanece invisível por meses ou anos até se manifestar de forma mais grave: crises suicidas, tentativas de autoextermínio, rupturas familiares, afastamentos do trabalho, dependência química ou adoecimentos físicos severos. Quando finalmente identificado, já está cronicamente instalado e mais difícil de tratar.

Por isso, reconhecer o sofrimento psíquico como legítimo, mesmo quando ele não segue os roteiros tradicionais da nosografia psiquiátrica, é fundamental para uma clínica mais sensível e inclusiva. Isso exige a ampliação do olhar clínico para além dos marcadores objetivos, bem como o desenvolvimento de estratégias de escuta e acolhimento que considerem os modos singulares com que cada sujeito comunica sua dor.

4 BARREIRAS INSTITUCIONAIS E PROFISSIONAIS NO RECONHECIMENTO DA DOR MENTAL

A dificuldade em reconhecer e manejar o sofrimento psíquico nos ambulatórios de clínica geral não se limita à formação técnica dos profissionais. Trata-se de uma questão também institucional, marcada por limitações estruturais, culturais e organizacionais que atravessam o funcionamento cotidiano dos serviços de saúde.

Entre as principais barreiras institucionais está o modelo de gestão centrado na produtividade. Muitos serviços de atenção primária adotam métricas quantitativas como principal critério de avaliação do desempenho profissional, o que acaba estimulando atendimentos rápidos, baseados na resolução imediata de sintomas e na prescrição medicamentosa. Nesse contexto, a escuta qualificada — elemento essencial para o acolhimento da dor psíquica — é frequentemente vista como luxo ou perda de tempo.

A ausência de profissionais especializados em saúde mental nas equipes também compromete o cuidado. Embora a Estratégia Saúde da Família (ESF) e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) tenham sido criados justamente para favorecer a articulação entre diferentes saberes, muitos territórios ainda não contam com psicólogos, psiquiatras ou terapeutas ocupacionais integrados às equipes, o que dificulta o manejo compartilhado dos casos e sobrecarrega o clínico generalista.

Além disso, muitos profissionais da atenção básica não se sentem preparados para lidar com o sofrimento emocional dos pacientes. O medo de não saber o que fazer, de se envolver em histórias complexas ou de abrir espaço para demandas sem resposta concreta leva, muitas vezes, a uma atitude de negação, minimização ou encaminhamento precoce para níveis secundários, mesmo quando o cuidado poderia ser realizado no próprio território.

Do ponto de vista cultural, ainda persiste um estigma associado às questões de saúde mental, tanto entre usuários quanto entre profissionais. A ideia de que o sofrimento psíquico é "menos grave", "subjetivo demais" ou "intratável" dificulta sua legitimação como demanda legítima de cuidado. Essa percepção, muitas vezes inconsciente, leva à desvalorização dos sintomas emocionais e à preferência por queixas mais "objetivas", como dores físicas ou alterações laboratoriais.

Por fim, a fragmentação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) também representa uma barreira importante. A articulação entre os serviços de saúde mental e os ambulatórios de clínica geral ainda é frágil, marcada por desencontros, burocracias e falta de protocolos claros de referência e contrarreferência. Isso compromete a continuidade do cuidado e deixa muitos pacientes em uma espécie de limbo assistencial, circulando entre serviços sem encontrar apoio efetivo.

Superar essas barreiras exige mudanças estruturais, formativas e culturais. É necessário investir na formação permanente das equipes, fortalecer os vínculos intersetoriais, ampliar os espaços de escuta

e cuidado no território e, sobretudo, reconhecer que a saúde mental é responsabilidade de todos os pontos da rede, e não apenas de serviços especializados.

5 PRÁTICAS POSSÍVEIS: ESCUTA, VÍNCULO E CUIDADO INTERDISCIPLINAR

Diante dos múltiplos desafios no reconhecimento do sofrimento psíquico em ambulatórios de clínica geral, torna-se urgente pensar em práticas viáveis e transformadoras no cotidiano dos serviços. Mesmo diante de limitações institucionais, é possível construir modos de cuidado mais sensíveis, centrados na escuta, no vínculo e na articulação entre diferentes saberes e profissionais.

A escuta qualificada é o primeiro passo. Trata-se de uma escuta que vai além da identificação rápida da queixa principal, buscando compreender o contexto de vida, os vínculos sociais, os afetos e os sentidos que o paciente atribui ao seu sofrimento. Essa escuta não exige necessariamente tempo prolongado, mas sim disposição para acolher, sem julgamento, o que se apresenta, mesmo que de forma difusa ou silenciosa. Muitas vezes, permitir que o sujeito fale, sem a expectativa imediata de uma solução, já representa um ato terapêutico em si.

O vínculo é outro elemento essencial. Diferente da consulta pontual, a construção de vínculo implica continuidade de cuidado, reconhecimento do outro como sujeito e confiança mútua. Na atenção primária, o vínculo é potencializado pela territorialização das equipes e pela possibilidade de acompanhamento longitudinal, o que favorece a construção de relações terapêuticas mais sólidas e afetivas. Quando o paciente sente-se ouvido e reconhecido, tende a aderir melhor às propostas de cuidado e a confiar no processo terapêutico.

Além disso, é fundamental compreender que o cuidado em saúde mental não precisa — e não deve — ser restrito à figura do médico ou do psicólogo. A atuação interdisciplinar é estratégica para o enfrentamento da complexidade do sofrimento humano. Agentes comunitários de saúde, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais e educadores populares têm papéis importantes na detecção precoce de sinais de sofrimento, no acolhimento inicial e no acompanhamento das trajetórias de cuidado. Valorizar e integrar esses saberes é condição para uma clínica ampliada e efetiva.

Outra prática potente é a construção de espaços coletivos de cuidado, como grupos terapêuticos, rodas de conversa, oficinas de expressão e educação em saúde. Tais dispositivos criam oportunidades de partilha, pertencimento e elaboração conjunta das dores, favorecendo a ressignificação do sofrimento e a ativação de redes de apoio entre os usuários.

Por fim, é necessário investir na articulação efetiva entre os serviços da rede, especialmente entre a atenção básica e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Protocolos conjuntos, fluxos bem

definidos, reuniões intersetoriais e práticas de matriciamento em saúde mental contribuem para o cuidado compartilhado dos casos mais complexos e para o fortalecimento da rede como um todo.

Assim, mesmo diante de um cenário desafiador, é possível — e necessário — criar brechas institucionais para o cuidado. Escutar, vincular-se e trabalhar em rede são práticas que resgatam a centralidade do sujeito e transformam a clínica em espaço de encontro, acolhimento e reconstrução de sentidos.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presença do sofrimento psíquico nos ambulatórios de clínica geral é uma realidade cotidiana, embora frequentemente negligenciada, invisibilizada ou mal compreendida. Em meio a agendas lotadas, protocolos rígidos e formação técnico-científica centrada na objetividade, a dor emocional dos pacientes se expressa por vias indiretas, silenciosas e, muitas vezes, não reconhecidas como demanda legítima de cuidado.

Este artigo procurou demonstrar que o desafio do reconhecimento da saúde mental na clínica geral não é apenas técnico, mas profundamente institucional, simbólico e relacional. A escuta do sofrimento exige mais do que tempo: requer sensibilidade, empatia, compromisso ético e ruptura com práticas cristalizadas de atendimento. Exige também investimento em formação continuada, apoio institucional e fortalecimento da rede de cuidado.

Reconhecer a dor psíquica como legítima e parte integrante da saúde é um ato político e clínico. É afirmar que o sofrimento humano não pode ser tratado como ruído ou desvio, mas como expressão complexa da vida em sua totalidade. É também apostar em uma clínica que escuta, acolhe e cria possibilidades de sentido, mesmo nas realidades mais adversas.

A clínica geral, por estar no território e ter contato contínuo com os sujeitos, possui um enorme potencial de cuidado em saúde mental. Para isso, é necessário romper com a lógica do silenciamento e criar espaços que permitam que a dor deixe de ser invisível e passe a ser cuidada, nomeada e compartilhada.

Cuidar da saúde mental na atenção primária é, portanto, uma tarefa coletiva, interdisciplinar e profundamente humana. É reconhecer que, por trás de cada queixa, há um sujeito que deseja ser visto, ouvido e compreendido.

REFERÊNCIAS

MARANTE, Paulo. Saúde mental e atenção psicossocial: desafios do SUS. 4. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Linha de cuidado para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas na rede de atenção psicossocial. Brasília: MS, 2022. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br>. Acesso em: 04 ago. 2025.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Um método para análise e co-gestão de coletivos: a gestão do cotidiano em saúde. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2022.

DEJOURS, Christophe. A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2021.

FREIRE, Heloisa Helena de Azevedo; ONOCKO-CAMPOS, Rosana T. Atenção psicossocial na atenção primária à saúde: desafios para a integração. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 39, e00012323, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br>. Acesso em: 04 ago. 2025.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Cuidado e vínculo: desafios da humanização na saúde mental. Revista Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 1179–1190, 2022.

OLIVEIRA, Tereza Cristina; YASUI, Silvio. Saúde mental na atenção básica: reflexões sobre práticas e discursos. Revista Brasileira de Saúde Mental, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 55–69, 2023.

PESSOA JÚNIOR, José Maria. A clínica do cuidado em saúde mental na atenção básica. In: LIMA, Joaquim; CRUZ, Matheus (org.). Saúde mental na atenção primária: experiências e reflexões. São Paulo: Hucitec, 2024. p. 91–112.

SANTOS, Boaventura de Sousa. A cruel pedagogia do vírus. São Paulo: Boitempo, 2020.

VENÂNCIO, Amanda R. et al. Escuta e vínculo na atenção primária: o papel da equipe diante do sofrimento psíquico. Interface (Botucatu), v. 28, e230048, 2024. Disponível em: <https://www.interface.org.br>. Acesso em: 04 ago. 2025.