

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA. NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Tássia Almeida Vilela

PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORAR A ABORDAGEM DA SAÚDE
MENTAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA PADRE TEODORO,
MUNICÍPIO DE SETE LAGOAS, MINAS GERAIS

Belo Horizonte
2020

Tássia Almeida Vilela

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORAR A ABORDAGEM DA SAÚDE
MENTAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA PADRE TEODORO,
MUNICÍPIO DE SETE LAGOAS, MINAS GERAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Especialização
Gestão do Cuidado em Saúde da Família,
Universidade Federal de Minas Gerais,
como requisito parcial para obtenção do
Certificado de Especialista.

Orientadora: Professora Doutora Sonia
Faria Mendes Braga.

Belo Horizonte

2020

Tássia Almeida Vilela

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORAR A ABORDAGEM DA SAÚDE
MENTAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA PADRE TEODORO,
MUNICÍPIO DE SETE LAGOAS, MINAS GERAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização Gestão do Cuidado em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Professora Doutora Sonia Faria Mendes Braga.

Banca examinadora

Profa. Dra. Sonia Faria Mendes Braga - Universidade Federal de Minas Gerais
(Orientadora).

Profa. Dra. Eliana Aparecida Villa – Universidade Federal de Minas Gerais.

Aprovado em Belo Horizonte, em 21 de maio de 2020

À Deus e à minha Família, meu porto
seguro.

À Patrícia e à Sônia pela orientação e direcionamento.

À Equipe de Saúde Padre Teodoro e aos pacientes.

Gostar de si mesmo, sem egoísmo. Apreciar as pessoas em volta.
Cuidar da saúde mental e física. Gostar dos seus horários. Não ficar
melancólico, mas guardar nas lembranças as melhores coisas da vida.
E não abrir mão de ser feliz. A busca da felicidade já justifica a existência.
(CAYMMI,1986)

RESUMO

As doenças e os transtornos mentais afetam mais de 400 milhões de pessoas em todo o mundo, segundo a Organização Mundial da Saúde. No Brasil, a estimativa é de que 23 milhões de pessoas, 12% da população, passem por tais problemas, sendo ao menos 5 milhões em níveis de moderado a grave, levando à incapacidade. Esse estudo teve como objetivo melhorar a abordagem da saúde mental, no território da estratégia de saúde da Família Padre Teodoro, localizado na cidade de Sete Lagoas, Minas Gerais. Dessa forma, foi realizado o diagnóstico situacional pelo método da estimativa rápida para levantar os principais problemas na abordagem da saúde mental na comunidade adstrita à unidade de saúde. Para dar sustentação teórica ao projeto foi realizada uma pesquisa bibliográfica sobre o tema na Biblioteca Virtual em Saúde, Biblioteca Virtual do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva e documentos públicos disponibilizados pelo Ministério da Saúde. A elaboração do plano de ação seguiu os passos do Planejamento Estratégico Situacional para o enfrentamento do problema. Assim, espera-se, com essas ações no âmbito da atenção primária à saúde, melhorar o acesso dos doentes a um tratamento mais adequado, por meio do acolhimento, do vínculo e da responsabilização entre a equipe de saúde, a família e a comunidade, visando melhorar a situação de saúde e a qualidade de vida desses indivíduos.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde. Doença Mental.

ABSTRACT

Mental illnesses and disorders affect more than 400 million people worldwide, according to the World Health Organization. In Brazil, an estimated of 23 million people (12% of the population) experience these problems, with at least 5 million at moderate to severe levels, leading to disability. This study aimed to improve the mental health approach patients in the territory of Padre Teodoro Family Health Strategy, located in the city of Sete Lagoas, Minas Gerais. Thus, a situational diagnosis was carried out using the rapid estimation method to raise the main problems in the approach to mental health in the community assigned to the health unit. To give theoretical support for the project was carried out a bibliographic research on the topic in the Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Biblioteca Virtual do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON) and public documents made available by the Ministry of Health. To elaborate an action plan, follow the steps of Situational Strategic Planning to tackle the problem. Thus, it is expected with these actions, without the scope of health care, to improve patients access to more appropriate treatment, through welcoming, bonding and correspondence of the health team, family and community, using the community to improve the health situation and the quality of life of these individuals.

Keywords: Family health strategy. Primary health care. Mental disease

LISTA DE QUADROS

Quadro 1:	Cadastro da população da área de abrangência: faixa etária e gênero	17
Quadro 2:	Dados referentes ao cadastro individual da população	18
Quadro 3:	Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adstrita à equipe de Saúde Padre Teodoro Unidade Básica de Saúde Padre Teodoro, município de Sete Lagoas, estado de Minas Gerais	24
Quadro 4:	Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao baixo índice de prevalência de doentes mentais na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Padre Teodoro, do município de Sete Lagoas, estado de Minas Gerais	43
Quadro 5:	Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado à inexistência da definição dos fatores de risco para doença mental na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Padre Teodoro, do município de Sete Lagoas, estado de Minas Gerais	44
Quadro 6:	Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado à baixa adesão ao tratamento na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Padre Teodoro, do município de Sete Lagoas, estado de Minas Gerais.	45
Quadro 7:	Operações sobre o “nó crítico 4” relacionado ao processo de trabalho inadequado da equipe da saúde para enfrentar o problema na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Padre Teodoro, do município de Sete Lagoas, estado de Minas Gerais.	46

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica a Saúde
AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária a Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CNES	Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
DeSC	Descritores em Ciências da Saúde
DM	Diabetes melito (Diabetes mellitus)
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	Equipe de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio ao Programa de Saúde da família
NESCON	Núcleo de Educação em Saúde Coletiva
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PMSL	Prefeitura Municipal de Sete Lagoas
PSF	Programa Saúde da Família
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TGD	Transtorno Global do Desenvolvimento
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 Aspectos gerais do município	14
1.2 O sistema municipal de saúde	14
1.3 Aspectos da comunidade	16
1.4 A Unidade Básica de Saúde Padre Teodoro	19
1.5 A Equipe de Saúde da Família Padre Teodoro da Unidade Básica de Saúde Padre Teodoro	20
1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Padre Teodoro	20
1.7 O dia a dia da equipe Padre Teodoro	21
1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)	21
1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)	22
2 JUSTIFICATIVA	25
3 OBJETIVOS	26
3.1 Objetivo geral	26
3.2 Objetivos específicos	26
4 METODOLOGIA	27
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	28
5.1 Transtorno mental	28
5.2 Saúde mental na Atenção Básica	30
5.3 Fatores de risco	32
5.4 Transtornos mais prevalentes	33
5.5 Baixa adesão ao tratamento	37
5.6 Organização do processo de trabalho em saúde	37
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	41
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)	41
6.2 Explicação do problema (quarto passo)	41
6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)	42
6.4 Desenho das operações sobre nó crítico – operações, projeto, resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos (sexto	

passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo)	42
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	47
REFERÊNCIAS	50

1. INTRODUÇÃO

A Atenção Básica (AB) tem como um de seus princípios possibilitar o primeiro acesso das pessoas ao sistema de saúde, inclusive daquelas que demandam um cuidado em saúde mental. Neste ponto de atenção, as ações são desenvolvidas em um território geograficamente conhecido, possibilitando aos profissionais de saúde uma proximidade, para conhecer a história de vida das pessoas e de seus vínculos com a comunidade/território onde moram, bem como com outros elementos dos seus contextos de vida. Podemos dizer que o cuidado em saúde mental na Atenção Básica é bastante estratégico pela facilidade de acesso das equipes aos usuários e vice-versa. Por estas características, é comum que os profissionais de saúde se encontrem a todo o momento com pacientes em situação de sofrimento psíquico. No entanto, apesar de sua importância, a realização de práticas em saúde mental na atenção básica suscita muitas dúvidas, curiosidades e receios.

Entendemos que a saúde mental não está dissociada da saúde geral. E por isso faz-se necessário reconhecer que as demandas de saúde mental estão presentes em diversas queixas relatadas pelos pacientes que chegam aos serviços de saúde, em especial da atenção básica.

O cuidado em saúde mental não é algo “de outro mundo” ou para além do trabalho cotidiano na AB. Pelo contrário, as intervenções são concebidas na realidade do dia a dia do território, com as singularidades dos pacientes e de suas comunidades. Portanto, para uma maior aproximação do tema e do entendimento sobre quais intervenções podem se configurar como de saúde mental, é necessário refletir sobre o que já se realiza cotidianamente e o que o território tem a oferecer como recurso para contribuir no manejo dessas questões.

Após a realização da estimativa rápida para facilitar a elaboração do diagnóstico situacional do território abrangente da comunidade Padre Teodoro, elencamos os problemas mais frequentes e elegemos as prioridades para contemplar neste trabalho.

1.1 Aspectos gerais do município de Sete Lagoas

Sete Lagoas é uma cidade com 237.286 habitantes, localizada a 72 km da capital mineira, Belo Horizonte. Área territorial é 537,639 km², sendo que 98% da população reside em área urbana e 2% em área rural (IBGE, 2019).

O município apresenta um grande polo industrial, concentrado em extração de calcário, mármore, ardósia, argila, areia e produção de ferro gusa (65% da produção mineira). Estão instaladas fábricas de peças automotivas e ainda linhas de montagem de caminhões e veículos também se fazem presentes.

A cidade possui um total de 23 empresas siderúrgicas. Domina a área o clima tropical de altitude, com verões quentes e chuvosos e invernos secos (SETE LAGOAS, 2019).

Possui alguns pontos turísticos, como a Serra de Santa Helena, Gruta Rei do Mato e Lagoa Paulino. Além do Museu Municipal e Ferroviário. Índice de analfabetismo de 3,9%. Taxa de escolarização de 6 a 14 anos de idade é de 98,6%. Apresenta 93,9% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 71,6% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 8,7% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio) (IBGE, 2019).

Na área da saúde a cidade conta com duas Unidades de Pronto Atendimento (UPA), hospital municipal e hospital e maternidade Nossa Senhora das Graças.

1.2 O sistema municipal de saúde

A rede de atenção primária à saúde conta com 50 eSF (Equipes de Saúde da Família) e oito centros de saúde (CNES, 2019; SETE LAGOAS, 2019).

Além do atendimento médico, cada ESF conta com um profissional da enfermagem, técnico em enfermagem, dentista, auxiliar de saúde bucal, secretária, auxiliar de serviços gerais e agentes de saúde. Conta ainda com o apoio do Núcleo de Apoio Saúde da Família (NASF): nutricionista, assistente social, psicólogo, fisioterapeuta e educador físico (SETE LAGOAS, 2019).

Os pontos de atenção secundária não estão centralizados. Existem nove clínicas e/ou centros de especialidades que atendem ao Sistema Único de Saúde

(SUS). As consultas com especialistas são agendadas após encaminhamento feito na atenção primária. (SETE LAGOAS, 2019)

A cidade conta ainda com um centro de referência secundária chamado de Centro Viva Vida (CVV), que fornece atendimento especializado em consultas para crianças (pediatras), mulheres (ginecologia e obstetrícia - gestação de alto risco) e pacientes com doenças infectocontagiosas (SETE LAGOAS, 2019)

Além disso, mantém o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) - unidade de saúde mental com atendimento psiquiátrico e psicológico.

Quanto aos pontos de atenção terciários, a cidade possui duas Unidades de Pronto Atendimento (02 UPAS), contando com atendimento hospitalar no Hospital Municipal Monsenhor Flávio D'Amato e Hospital Nossa Senhora das Graças (SMS, 2019).

Sete Lagoas possui duas unidades de isolamento, vinte e dois leitos do tipo Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulto e nove UTI'S neonatal. Dispõe de um laboratório municipal (Pedro Lanza) e conta com apoio de um laboratório particular para exames complementares. Além de uma unidade para diagnóstico radiológico, com um tomógrafo, uma ressonância magnética, seis aparelhos de raio X, dois mamógrafos e três aparelhos de ultrassons (SETE LAGOAS, 2019).

A assistência farmacêutica apresenta duas unidades para distribuição de medicação sem custo e auxílio de demais redes de farmácia pelo programa farmácia popular. Quanto aos sistemas logísticos: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), auxílio em transporte para tratamento fora do domicílio (van, ônibus e ambulância), central de regulação e marcação de consultas e um sistema de prontuário eletrônico, que ainda está em processo de implantação. Os pacientes são identificados por meio do cartão de identificação dos usuários do SUS (CNES, 2019).

A referência e contra-referência entre os pontos de atenção existentes é realizada por meio de encaminhamento por escrito feito pelo médico, normalmente da atenção primária, que preenche o documento que é enviado pra central de regulação e marcação de consultas. Apesar da implantação do prontuário eletrônico, em grande parte das vezes não temos acesso às informações do paciente quando este passa por avaliação especializada. (SETE LAGOAS, 2019)

O sistema de saúde, predominante no município, em geral tem sido o sistema fragmentado e o modelo de atenção à saúde é focado no atendimento aos casos agudos, principalmente devido à falta de profissionais médicos (pelo atraso e falta de pagamento por parte do município e baixos salários) nas unidades de atenção primária, assim como, devido ao aumento dos casos de dengue (SETE LAGOAS, 2019).

Os principais problemas de saúde estão relacionados aos repasses financeiros: a falta de profissionais, principalmente médicos, tanto nas unidades de atenção primária quanto secundária; a demora no agendamento de exames, principalmente de imagens (raio x, ultrassom, tomografia e ressonância); as longas filas de espera para cirurgias eletivas e a falta de medicações na farmácia municipal (SETE LAGOAS, 2019).

1.3 Aspectos da comunidade do ESF Padre Teodoro

- Aspectos socioeconômicos

O Bairro Padre Teodoro é um bairro com aproximadamente 2.882 habitantes.

Grande parcela da população trabalha informalmente (pedreiro e ajudante de pedreiro, pintor, eletricista, empregada doméstica, faxineira e manicures), outra parte trabalha no setor público de forma contratada pela prefeitura (auxiliar de serviços gerais, professores e auxiliares de professores) e os demais recebem auxílio da bolsa família.

Possui 100% de cobertura de energia elétrica e 98% recebe saneamento básico adequado. Possui 01 escola municipal, 01 igreja católica e 03 evangélicas. Além disso, possui a associação de moradores do bairro.

- Aspectos demográficos

Quadro 1: Cadastro da população da área de abrangência: faixa etária e gênero.

FAIXA ETÁRIA*	MASCULINO	FEMININO	TOTAL
<1	19	17	36
1-4	67	67	134
5-14	190	170	360
15-19	119	112	231
20-29	272	266	538
30-39	223	229	452
40-49	216	220	436
50-59	199	186	385
60-69	100	100	200
70-79	40	42	82
≥ 80	12	16	28
TOTAL	1457	1425	2882

Fonte: ESF Padre Teodoro, Sete Lagoas, 2019.

Nota: * Faixa etária em anos.

- Aspectos epidemiológicos

É possível conhecer o perfil epidemiológico da população da área de abrangência da ESF por meio da coleta de dados disponíveis no cadastro individual da população. Exemplos de dados disponíveis no cadastro:

Quadro 2: Dados referentes ao cadastro individual da população.

Condição de Saúde	Frequência (n)
Gestantes	17
Hipertensos	382
Diabéticos	161
Pessoas com doenças respiratórias (asma, DPOC,	20
Pessoas que tiveram AVC	05
Pessoas que tiveram infarto	06
Pessoas com doença cardíaca	18
Pessoas com doença renal (insuficiência renal, outros)	10
Pessoas com hanseníase	0
Pessoas com tuberculose	0
Pessoas com câncer	07
Pessoas com sofrimento mental	78
Acamados	04
Fumantes	Não há registro
Pessoas que fazem uso de álcool	45
Usuários de drogas	06

Fonte: ESF Padre Teodoro, Sete Lagoas, 2019.

Sendo as principais causas de óbito e internações: doenças cardiovasculares (infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico), doenças respiratórias (pneumonia, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e asma, neoplasias (próstata, mama e pulmão) e morte devido à senilidade). Doenças mais notificadas: sífilis e dengue.

Por sua vez as condições crônicas mais frequentes no território são: a hipertensão, diabetes mellitus, dislipidemias, doenças tireoidianas, doenças mentais (depressão, ansiedade, esquizofrenia e bipolaridade) e doenças respiratórias (asma e DPOC).

Condições agudas mais atendidas são as infecções das vias aéreas superiores (IVAS e resfriado comum), doenças osteomusculares (lombalgia, cervicalgia, tendinites e bursites), infecções do trato genitourinário (cistite, vaginites e vaginoses) e recentemente aumento na demanda dos casos de arboviroses, principalmente dengue.

1.4 A Unidade Básica de Saúde Padre Teodoro

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Padre Teodoro localiza-se na avenida principal do bairro. Serve os bairros Padre Teodoro I, II e sítios; e foi inaugurada há cerca de 17 anos. É uma casa alugada e adaptada para a unidade. Possui três consultórios (médico, enfermagem e odontologia) e uma pequena sala para procedimentos de triagem/ atendimento, que são realizados pela técnica em enfermagem (com glicosímetro, aparelho de aferição de pressão arterial (PA) e materiais para curativo). Possui ainda sala de medicações inalatórias, oxigenioterapia e observação, além de sala de reuniões e um quintal onde são feitas atividades do grupo de educação física. No barracão anexo à unidade são feitos atendimentos do NASF. Além disso, possui duas recepções, cozinha e três banheiros.

1.5 A Equipe de Saúde da Família Padre Teodoro da Unidade Básica de Saúde Padre Teodoro

A Estratégia Saúde da Família (ESF) busca promover a qualidade de vida da população brasileira e intervir nos fatores que colocam a saúde em risco, como falta de atividade física, má alimentação, uso de tabaco, dentre outros. Com atenção integral, equânime e contínua, a ESF se fortalece como a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS).

A proximidade da equipe de saúde com o usuário permite que se conheça a pessoa, a família e a vizinhança. Isso garante uma maior adesão do usuário ao tratamento e intervenções propostas pela equipe de saúde, e o resultado é mais problemas de saúde resolvidos na atenção básica, sem a necessidade de intervenção de média e alta complexidade em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) ou hospital.

A Equipe de Saúde da Família (eSF) está ligada à Unidade Básica de Saúde (UBS) local. Esse nível de atenção resolve 80% dos problemas de saúde da população. Entretanto, se a pessoa precisar de um cuidado mais avançado, a ESF já faz este encaminhamento.

A equipe da ESF Padre Teodoro possui uma médica, uma enfermeira, uma técnica em enfermagem, uma dentista, uma auxiliar de saúde bucal, uma secretária, uma auxiliar de serviços gerais e seis agentes de saúde. Além disso, conta com o apoio do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) composto de: um nutricionista, assistente social, psicólogo, fisioterapeuta e educador físico.

1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Padre Teodoro

A unidade funciona das 7 às 17h. Contamos com o revezamento de horários e apoio das agentes de saúde. Os profissionais não médicos e médicos contratados cumprem 40h semanais e os médicos do programa Mais Médicos cumprem 32h na unidade, além das 8h de estudo semanais.

No geral, a unidade de saúde funciona bem, possui uma boa estrutura, a casa é arejada, ampla, possui espaço adequado à nossa demanda. Possui os equipamentos e materiais básicos necessários. Ocasionalmente faltam alguns insumos e materiais, como analgésicos, anti-inflamatórios, materiais para curativo

além de papelaria (pedidos de exames, receituários, atestados) que são improvisados com folha de papel ofício.

1.7 O dia a dia da equipe Padre Teodoro

A agenda médica é organizada de maneira a priorizar os atendimentos eletivos (dias específicos para puericultura (uma vez/semana), pré-natal (uma vez/semana), acompanhamento de doenças crônicas, visitas domiciliares (uma vez/semana) e grupos), mas também são feitos encaixes diários de acordo com a demanda espontânea, que é triada pela enfermagem e caso haja necessidade o paciente é direcionado para atendimento médico (casos agudos) ou orientado a agendar consulta.

A agenda da enfermagem contempla atendimentos eletivos (abertura pré-natal e exame citopatológico colo uterino, por exemplo) além dos atendimentos de casos agudos.

A odontologia também agenda a maioria dos pacientes, mas atende 02 pacientes ao dia com casos urgentes.

Normalmente é feita uma reunião mensal para educação permanente em saúde, uma vez na semana é feita a atividade da pós-graduação e ocasionalmente são realizados encontros para capacitação, envolvendo temas do cotidiano.

1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)

Após análises de estimativa rápida realizada com a equipe foram identificados vários problemas no território e da comunidade da UBS, dentre eles o manejo incorreto da saúde mental como um todo. Desde o diagnóstico (ou falta dele) até pacientes que não têm possibilidade de fazer o tratamento.

Os dados obtidos pela estimativa rápida não conferem com a prevalência esperada das doenças. Muitos pacientes que já foram diagnosticados e são considerados doentes não estão entrando dentro da estimativa.

Além disso, outros casos podem não ter sido diagnosticados ou não estão sendo acompanhados da forma correta, como pacientes que não procuram

atendimento, ou aqueles não fazem acompanhamento médico regular, outros que não tomam a medicação prescrita, etc.

Dentre os dados estimados, as principais comorbidades que consideramos estar fora do esperado são:

- As doenças respiratórias crônicas;
- As doenças mentais;
- Elevado número de indivíduos acamados;
- Usuários de drogas lícitas e ilícitas;

No geral trata-se de pacientes que no dia a dia demandam grande número de consultas e os dados estimados pelas ACS's não condizem com a realidade vivida na unidade de saúde.

1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)

As doenças e os transtornos mentais afetam mais de 400 milhões de pessoas em todo o mundo, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS). De acordo com o órgão da Organização das Nações Unidas (ONU), entre 75% e 85% das pessoas que sofrem desses males não têm acesso a tratamento adequado. No Brasil, a estimativa é de que 23 milhões de pessoas (12% da população) passem por tais problemas, sendo ao menos 5 milhões em níveis de moderado a grave (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2019).

O sofrimento mental diz respeito à 12% da carga mundial de doenças. É de etiologia multifatorial, envolvendo fatores genéticos/hereditários, perinatais, neuroendócrinos, orgânicos, ambientais, psicológicos e emocionais. (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2019).

A estimativa rápida do número de pessoas com sofrimento mental no bairro Padre Teodoro encontra-se muito abaixo da realidade. De acordo com os dados colhidos a taxa de prevalência da população que possui algum tipo transtorno mental é de 2,7%, ou seja, aproximadamente três quartos abaixo do esperado.

Dentre as condições psiquiátricas mais frequentes encontram-se: depressão, ansiedade, transtorno afetivo bipolar, psicoses e esquizofrenias, demências e

distúrbios do desenvolvimento, incluindo o autismo. Levando em conta as diversas etiologias, os fatores mais associados ao território da equipe são os ambientais, incluindo as questões sociais.

Padre Teodoro é um bairro com uma população de baixo nível socioeconômico, moradias irregulares ou mal construídas. Além disso, existem muitas pessoas desempregadas ou com baixos salários e uma carga de responsabilidade grande, pois são o pilar e devem sustentar toda a família. Os responsáveis pela renda não passam muito tempo em casa, portanto não conseguem educar os filhos de maneira adequada e não fornecem e nem recebem suporte emocional para o parceiro. Não possuem estrutura psicológica e nem sabem lidar de maneira adequada com os problemas.

Além disso, muitos pacientes acabam fazendo tratamento irregular ou abandonando, por vários motivos, dentre eles: não compreendem a importância do uso regular da medicação; não sabem ler e apresentam dificuldade para manter o uso contínuo dos medicamentos e mais ainda, pelo fato de não conseguirem comprar os remédios e dependerem da farmácia municipal, que nem sempre consegue fornecer quantidade adequada para o tratamento. Isso tudo leva à descompensação do quadro e aumento da morbidade.

Após levantamento dos dados, selecionamos a prioridade para enfrentamento dos problemas identificados que são apresentados no Quadro 3.

Quadro 3 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Padre Teodoro Unidade Básica de Saúde Padre Teodoro, município de Sete Lagoas, estado de Minas Gerais.

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/ Priorização****
Doenças respiratórias crônicas	Média	6	Total	2
Doenças mentais	Alta	7	Total	1
Acamados	Baixa	3	Parcial	5
Tabagistas	Média	4	Parcial	4
Usuários de drogas ilícitas	Média	5	Parcial	3
Etilistas	Média	5	Parcial	4

Fonte: Autoria própria, 2019.

*Alta, média ou baixa

** Distribuir 30 pontos entre os problemas identificados

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

Total de pontos distribuídos: 30.

É muito importante chamar atenção para que o número de doentes mentais atendidos na unidade de saúde seja contabilizado de forma correta, pois, a demanda real para atendimento em nosso território é muito expressiva. São problemas que muitas vezes são diagnosticados em uma consulta de rotina, quando dentre as queixas (não necessariamente a principal) do paciente, aparecem os primeiros sinais de uma doença, muitas vezes oculta, menosprezada ou omitida por muitos profissionais de saúde, inclusive os médicos.

Além disso, muitos já diagnosticados não fazem o controle adequado da doença: exigem somente a renovação da receita da medicação controlada sem querer passar por atendimento, assim como aqueles que fazem uso irregular da medicação e apresentam quadros de descompensação.

As doenças mentais precisam ser melhor investigadas, mais diagnosticadas, melhor acompanhadas e mais valorizadas. Quando não controladas, elas aumentam a morbidade, diminuem a qualidade de vida e levam à incapacidade.

2 JUSTIFICATIVA

O tema saúde mental é pouco valorizado na atenção básica. Apesar de serem doenças que geram grande incapacidade, são muitas vezes menosprezados pelos profissionais.

O atendimento aos doentes mentais nas unidades da Estratégia de Saúde da Família surgiu como eixo estruturante do sistema de saúde mental, pois, além de ser o local que serve como “porta de entrada”, é nele que se gerencia os encaminhamentos, coordena e integra o trabalho realizado por outros níveis de atenção e acompanha, de maneira longitudinal, a saúde do paciente durante a vida.

Dentre os maiores desafios encontrados na atenção primária à saúde (APS) está a inserção da saúde mental, especialmente por meio das equipes de saúde da família. Apesar dos frequentes debates sobre os cuidados em saúde mental na APS, ainda são poucos os estudos que abordam sua implementação. (NUNES; JUCÁ; VALENTIM, 2007).

Portanto, é de grande importância a abordagem desse tema nas equipes de saúde da família. A intenção ao realizar este trabalho é evidenciar o quanto podemos fazer em virtude daqueles que sofrem não só do corpo, mas da mente e da alma.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Elaborar um projeto de intervenção para melhorar a abordagem da saúde mental na ESF Padre Teodoro, município de Sete Lagoas, Minas Gerais.

3.2 Objetivos específicos

- 1) Definir quem são os doentes mentais do território referente ao ESF Padre Teodoro;
- 2) Estimar a prevalência da doença mental na população geral do território adscrito;
- 3) Enumerar os fatores de risco mais prevalentes na população, definir quais são e como modificá-los;
- 4) Definir causas de não adesão ao tratamento;
- 5) Programar campanhas para esclarecimento e fortalecer a adesão ao tratamento;
- 6) Implantar linha de cuidado multidisciplinar para pacientes que possuem risco aumentado de doença mental.

4 METODOLOGIA

A metodologia utilizada foi o Planejamento Estratégico Situacional para estimativa rápida dos problemas observados e definição do problema prioritário, dos nós críticos e das ações realizadas no território do ESF Padre Teodoro, pertencente ao município de Sete Lagoas/Minas Gerais. (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018).

A fonte de dados se dará por pesquisas em prontuários médicos, busca ativa de doentes e questionários feitos in loco.

Foi consultada a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e a Biblioteca Virtual do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON) e documentos de órgãos públicos (ministérios, secretarias, etc.) e de outras fontes de busca para revisão bibliográfica.

Para redação do texto foram aplicadas as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) e as orientações do módulo Iniciação à metodologia: Trabalho de Conclusão de Curso (CORRÊA; VASCONCELOS; SANTOS, 2018).

Para a definição das palavras-chave e keywords utilizaram-se os Descritores em Ciências da Saúde. (DeCS, 2019).

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Transtorno Mental

As condições caracterizadas por uma combinação de pensamentos, emoções, percepção e comportamento anormais são denominadas como transtorno, doença ou distúrbio mental. Dentre eles, os mais frequentes são: a depressão, o transtorno afetivo bipolar, a esquizofrenia e outras psicoses, demência e os transtornos do desenvolvimento (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2018).

O Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-IV (1995) classifica os transtornos mentais nos seguintes grupos:

1) Transtornos usualmente diagnosticados na lactância, infância e adolescência, como os retardos mentais e distúrbios de aprendizagem;

2) Delirium, Demência, Transtornos Amnésicos e Outros Transtornos Cognitivos;

3) Transtornos Mentais devido à Condição Clínica Geral, como transtornos catatônicos e desvios de personalidade;

4) Transtornos Relacionados a Substâncias, como abuso de álcool ou dependência de drogas, ou ainda transtornos induzidos por uso de substância como abstinência de nicotina ou demência alcoólica;

5) Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos, como paranóia (esquizofrenia do tipo paranóide) ou transtorno delirante;

6) Transtornos do Humor, como depressão ou transtorno bipolar;

7) Transtornos de ansiedade, como fobias ou pânico;

8) Transtornos somatoformes, como transtornos conversivos e transtornos dismórficos;

9) Transtornos factícios, como a síndrome de Munchausen;

10) Transtornos dissociativos, como amnésia dissociativa ou fuga dissociativa;

11) Transtornos sexuais e de identidade de gênero, como aversão sexual ou parafilias (como pedofilia);

12) Transtornos alimentares, como anorexia nervosa e bulimia nervosa;

13) Transtornos do sono, como insônia ou terror noturno;

14) Transtornos de controle de impulso, como cleptomania ou piromania;

15) Transtornos de personalidade, como personalidade paranóica ou personalidade obsessivo-compulsiva.

A Classificação Internacional de Doenças - CID-10 (1993) classifica-os da seguinte forma:

1) Transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos (F00-F09), como Alzheimer, demência vascular ou transtornos mentais devido a lesão cerebral ou doença física;

2) Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa (F10- F19), como uso de álcool ou múltiplas drogas;

3) Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (F20-F29), como esquizofrenia e psicose aguda;

4) Transtornos de humor ou afetivos (F30-F39), como depressão ou transtorno bipolar.

5) Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o “stress” e transtornos somatoformes (F40-F48), como transtorno obsessivo-compulsivo ou transtorno de estresse pós-traumático;

6) Síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos (F50-F59), como os transtornos alimentares ou disfunções sexuais ou de sono causados por fatores emocionais;

7) Transtornos da personalidade e do comportamento do adulto (F60-F69), como transtornos de hábitos e impulsos.

8) Retardo Mental (F70-79), classificados como leve, moderado, grave ou profundo;

9) Transtornos do desenvolvimento psicológico (F80-F89), como transtornos relacionados à linguagem ou ao desenvolvimento motor;

10) Transtornos do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente durante a infância ou a adolescência (F90-F98), como distúrbios de conduta ou transtornos hipercinéticos;

11) Transtorno mental não especificado (F99).

5.2 Saúde Mental na Atenção Básica

A atenção primária à saúde é considerada como o nível do sistema de saúde responsável por oferecer à população os cuidados necessários para os seus problemas de saúde mais frequentes, incluindo medidas profiláticas, tratamento, reabilitação e promoção de saúde, conseguindo suprir cerca de 80% da demanda. A APS deve ser, também, a porta de entrada na rede assistencial de saúde, caracterizando-se pela continuidade e integralidade da atenção, além de coordenar a assistência do sistema, prestação da atenção centrada na família, da orientação e acolhimento comunitário e da competência dos profissionais (WENCESLAU; ORTEGA, 2015).

A APS deve incluir entre seus serviços prestados: a identificação precoce de transtornos mentais, o tratamento de transtornos mentais mais frequentes, o acompanhamento de pacientes estáveis e o encaminhamento para outros níveis se necessário, a atenção às demandas de saúde mental de pessoas com problemas de saúde física e a prevenção e promoção da saúde mental (WENCESLAU; ORTEGA, 2015).

A longitudinalidade do cuidado é um elemento importante de uma atenção primária eficaz; e quando há um vínculo efetivo entre profissional de saúde e paciente, a qualidade dos serviços de saúde mental na atenção primária tende a melhorar. Os serviços de atenção primária são, geralmente, os mais acessíveis, disponíveis e aceitos pela população. Onde a saúde mental está integrada como parte desses serviços o acesso melhora, os transtornos mentais são identificados e tratados e a associação dos problemas físicos e mentais também é acompanhada de maneira mais adequada (WENCESLAU; ORTEGA, 2015).

As equipes de atenção básica, por sua proximidade com famílias e comunidades, são um ponto estratégico para o enfrentamento de importantes

problemas de saúde pública, como os agravos secundários ao uso abusivo de álcool, drogas e outras formas de sofrimento psíquico (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Três eixos são descritos para organização da saúde mental na atenção básica:

- 1) Apoio matricial às equipes de atenção básica;
- 2) Formação como estratégia prioritária para inclusão da saúde mental na atenção básica;
- 3) Inclusão da saúde mental no sistema de informações da atenção básica.

O apoio matricial é proposto como arranjo organizacional de suporte técnico aos serviços de atenção básica e a principal maneira de qualificação da ESF para atender às demandas de saúde mental da população. Uma equipe responsável pelo apoio matricial compartilha casos com equipes por meio de discussões de casos, intervenções junto às famílias e ou atendimentos compartilhados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

Em 2008, uma portaria específica – 154/200833 – instituiu os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Os NASF são formados por equipes de profissionais de saúde de diferentes áreas de conhecimento, cujo propósito é fornecer apoio matricial a um número determinado de equipes de saúde da família, em alguns eixos prioritários: atividades físicas/práticas corporais; práticas integrativas e complementares; reabilitação; alimentação e nutrição; saúde mental; saúde da criança; saúde da mulher; e assistência farmacêutica. Uma equipe do NASF não tem modelo de formação fixo, e pode reunir profissionais de diversas áreas, dentre elas a psiquiatria e psicologia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Além disso, a atenção básica surge como eixo estruturante do sistema, pois, além de ser ‘porta de entrada’, gerencia os encaminhamentos, coordena o trabalho realizado em outros níveis de atenção, e acompanha, de maneira longitudinal, a saúde do paciente. Dentre os desafios e iniciativas da reforma psiquiátrica está a inserção da saúde mental na atenção básica, especialmente por meio das equipes de saúde da família (GAZIGNATO; SILVA, 2014).

Correia, Barros e Colvero (2011) realizaram uma revisão sistemática sobre as ações de saúde mental na atenção básica e concluíram que não existe uniformidade para sua execução; as ações são dependentes da mobilização individual dos profissionais ou de decisão política do gestor local. A melhor estratégia encontrada para melhorar a assistência ao doente mental na atenção básica foi o investimento na qualificação dos profissionais por meio de educação e capacitação permanente.

Entre a década de 90 e 10, os transtornos mentais e comportamentais respondiam por cerca de um quarto de todos os anos perdidos por incapacidade no mundo. No mesmo período, os anos de vida perdidos ajustados por incapacidade atribuíveis a transtornos mentais, neurológicos e de abuso de substâncias aumentaram 38% e representaram 7,4% da carga mundial total de problemas de saúde (WENCESLAU; ORTEGA, 2015).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estimou que, em 2020, a depressão seria a segunda causa de incapacidade, ficando atrás somente das doenças isquêmicas cardíacas. (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2018).

Grande parte das pessoas com transtornos mentais não recebem tratamento adequado ou nem mesmo são diagnosticadas. Existem tratamentos eficazes para a maioria dos transtornos mentais, entretanto muitos pacientes não têm acesso a eles. A média global estimada de gap de tratamento para esquizofrenia é 32,2% e 56% para depressão (WENCESLAU; ORTEGA, 2015).

5.3 Fatores de risco

Não existe uma única causa para a doença mental. Ela é o resultado de um conjunto complexo que envolve genética, fatores psicológicos, condições médicas, uso de medicações, fatores ambientais, entre outros. Podemos enumerar alguns (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013):

- 1) Mulheres têm cerca de duas vezes mais chance de apresentar sofrimento do que os homens. Essa diferença está relacionada mais à diferença de gênero (papéis sociais da mulher e do homem) do que à diferença biológica de sexo. É ainda maior entre as que se identificam como negras e pardas.

2) A pobreza também aumenta o risco sofrimento mental comum. No Brasil, estudos mostram baixa escolaridade e menor renda como fatores de risco.

3) O desemprego aumenta a vulnerabilidade ao sofrimento mental. E entre os empregados, aqueles que são muito exigidos e pouco reconhecidos referem mais sofrimento do que os outros.

4) Eventos de vida: situações de humilhação, sentimento de não haver saída com a perda de um vínculo (exemplo: separação conjugal), um ato criminoso vindo de alguém próximo (um filho preso) ou situações vexatórias públicas (violência doméstica, ser despejado, ter um filho que usa drogas ou largou os estudos etc.) ou a morte de um parente próximo.

5) Resiliência: autoestima elevada é um protetor do sofrimento mental. Já a baixa autoestima pode desencadear sofrimento.

Um fator protetor para o sofrimento mental é a qualidade das relações (escuta, valorização dos sentimentos), apoio material ou apoio para buscar recursos. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

5.4 Transtornos prevalentes

Sofrimento não é o mesmo que dor, embora a dor possa levar a um sofrimento, mas não é qualquer dor que nos faz sofrer. Da mesma forma, o sofrimento não equivale a uma perda, embora as perdas possam, ocasionalmente, nos fazer sofrer [...].

O sofrimento psíquico, seja ele o sofrimento mental comum ou os transtornos graves e crônicos, como as psicoses, se bem diagnosticados e manejados podem ser melhor compreendidos e estratégias de ação mais racionais, abrangentes, e menos iatrogênicas podem ser desenvolvidas. Sendo assim, as intenções, os objetivos e as metas por trás das ações do profissional de saúde se modificam. Portanto, é fundamental para o profissional da AB manter-se atento às diversas faces do paciente que se apresenta a sua frente. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013, p.32).

As síndromes mais frequentes na AB são a depressiva, ansiosa e de somatização (as chamadas queixas físicas sem explicação médica).

5.4.1 Transtorno Depressivo Maior e Distímia

Presença de anedonia e/ou humor deprimido. Sintomas nos campos cognitivos como pensamentos de culpa, morte, menor valia, dificuldade de concentração e ansiedade, indecisão e pensamentos de morte e somáticos, como insônia ou excesso de sono, perda ou ganho de peso, agitação ou retardo psicomotor, fadiga ou perda de energia (BRUNONI, 2008).

5.4.2 Transtornos de Ansiedade

O sintoma em comum de todos os transtornos ansiosos é a ansiedade, que pode ser cognitiva (antecipação negativa e desastrosa de eventos futuros) ou física (sintomas de liberação autonômica: taquicardia, taquipnéia, sudorese e dor abdominal). Menos comumente, pode levar ao declínio da consciência, desencadeando fenômenos dissociativos, como alucinações, amnésias seletivas e perda de identidade, geralmente transitória. Tipos: ataque de pânico, transtorno do pânico, agorafobia, obsessão, compulsão, fobia simples, fobia social, transtorno de ansiedade generalizada e transtorno obsessivo-compulsivo (BRUNONI, 2008).

5.4.3 Transtornos somatoformes

A manifestação de sintomas físicos de origem exclusivamente psicogênica. Exemplos: transtorno de somatização, transtorno somatoforme indiferenciado, transtorno conversivo, transtorno doloroso e hipocondria (BRUNONI, 2008).

5.4.4 Transtornos de Humor/ Transtorno Bipolar

Alterações acentuadas e bem delimitadas do humor, cognição, atenção, ritmos biológicos e da psicomotricidade. Podem ser divididos em dois grandes grupos: o grupo dos Transtornos Depressivos Unipolares e o dos Transtornos Afetivos Bipolares (TAB), quando os episódios depressivos alternam-se com episódios de mania (TAB tipo I) ou hipomania (TAB tipo II) ou, ainda, quando os sintomas de mania e depressão apresentam-se simultaneamente (Estado Misto) (BRUNONI, 2008).

5.4.5 Esquizofrenia

Distorções da percepção e do pensamento, por inadequação e embotamento do afeto sem prejuízo da capacidade intelectual. Os sintomas incluem alterações psíquicas de percepção, pensamento, linguagem, memória e de funções executivas; e podem ser divididos em dois grupos: sintomas positivos e negativos. Além disso: pobreza de fala, apatia, incapacidade de tomar decisões voluntárias temporariamente, deficiência nos cuidados pessoais e na higiene, anedonia, diminuição de concentração, alucinações, delírios, comportamento bizarro e alteração formal do pensamento (UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS, 2019).

5.4.6 Demência

Declínio cognitivo ou comportamental (neuropsiquiátricas) em relação a um nível prévio de desempenho, levando à dependência para as atividades de vida diária (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2019).

A doença de Alzheimer e a demência vascular são as principais formas de demência no idoso, correspondendo a cerca de 85% das causas (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2019).

As demências são classificadas em evolutivas: declínio progressivo por doenças neurodegenerativas, vascular ou infecciosa crônica; estáticas: demência vascular com fator de risco controlado, sequela de lesão cerebral aguda por trauma ou infecção; ou potencialmente reversíveis: deficiência de vitamina B12 ou hipotireoidismo.

5.4.7 Transtornos do desenvolvimento / Autismo

O conceito de transtorno do desenvolvimento caracteriza os transtornos mentais da infância que têm tanto um início muito precoce quanto uma tendência de cronicidade. É importante frisar que eles envolvem, necessariamente, alterações qualitativas da experiência subjetiva, dos processos cognitivos, da comunicação (linguagem) e do comportamento, e não somente alterações quantitativas. Esse transtorno não é apenas um atraso ou uma interrupção do processo normal de desenvolvimento, embora estes possam estar presentes também, mas sim a

manifestação clínica de um processo atípico e prejudicial do desenvolvimento. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Os transtornos do desenvolvimento são classificados em dois tipos: específico ou global. Os transtornos específicos são aqueles que afetam o funcionamento psíquico ou cognitivo de forma limitada. Os transtornos de aprendizagem estão todos nessa categoria. Já os transtornos globais do desenvolvimento que correspondem aos Transtornos do Espectro Autista (TEA) afetam uma ampla gama de funções psíquicas, sendo também conhecidos como transtornos invasivos ou abrangentes do desenvolvimento. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

De acordo com o DSM-IV, os Transtornos Globais do Desenvolvimento (TGD) englobam cinco transtornos caracterizados por grave comprometimento em inúmeras áreas do desenvolvimento. Esse grupo de transtornos é caracterizado por severas anormalidades nas interações sociais recíprocas, nos padrões de comunicação estereotipados e repetitivos, além de um estreitamento nos interesses e atividades da criança. Geralmente, os sintomas se manifestam desde a primeira infância, e são frequentemente associados a algum grau de Retardo Mental.

Ainda há muita divergência quanto à forma de classificá-los; Além disso, muitos médicos, hesitando diagnosticar crianças muito novas com algum transtorno específico, utilizam o termo TGD, por abarcar um sentido mais geral. O reflexo dessas controvérsias pode ser identificado através das atuais reformulações realizadas no DSM-V.

Conforme o DSM-IV, as crianças podiam ser diagnosticadas com cinco diferentes transtornos: Transtorno Autista, Transtorno de Rett, Transtorno Desintegrativo da Infância, Transtorno de Asperger e Transtorno Global do Desenvolvimento Sem Outra Especificação. No entanto, o DSM-V traz uma nova visão para a realização desse diagnóstico.

A partir dessa, qualquer pessoa diagnosticada com algum dos transtornos supracitados ainda cumprirá os critérios para o Transtorno Autista, ou outro transtorno mais especificamente diagnosticado pelo DSM-V. Será utilizado um novo termo - "Autism Spectrum Disorder" (ASD)- o qual abrangerá todos esses transtornos. Assim, serão realizadas distinções de acordo com o nível de gravidade do transtorno. (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2013).

5.5 Baixa adesão ao tratamento

A adesão ao tratamento envolve vários elementos que constituem esse processo: o indivíduo, o tratamento, a doença, os serviços, os profissionais de saúde, assim como o meio social e cultural do usuário e de sua família. Para que a adesão seja alcançada, são necessários o alinhamento e a organização desses elementos (GEWEHR et al., 2018).

No Brasil, os pacientes têm acesso gratuito a diversos medicamentos essenciais pelo Sistema Único de Saúde (SUS), com ênfase no tratamento das doenças mais prevalentes. Entretanto, um estudo que avaliou a disponibilidade dos medicamentos nas unidades de saúde pública no país encontrou baixa disponibilidade de medicamentos em todos os estratos populacionais. (MENDES et al., 2014)

O número de medicamentos prescritos, o custo, o esquema terapêutico e os efeitos adversos estão associados à baixa adesão ao tratamento. A complexidade do esquema terapêutico e o grande número de medicamentos prescritos parece também contribuir na baixa adesão à tomada dos medicamentos (TAVARES et al., 2016).

A relação entre fatores socioeconômicos, como renda e escolaridade, e adesão ao tratamento é amplamente investigada e estudos prévios encontraram associação entre essas variáveis (TAVARES et al., 2016).

Entre as estratégias para melhorar a adesão, estão a educação do paciente, linguagem utilizada, orientação simples e correta, melhores esquemas de tratamento (reduzir as tomadas diárias, reduzir a quantidade de comprimidos, medicação de baixo custo e organização das mesmas) e melhor comunicação entre médico, equipe multidisciplinar e paciente (TAVARES et al., 2016).

5.6 Organização do processo de trabalho em saúde

O Ministério da Saúde determinou que a Estratégia Saúde da Família (ESF) é sua principal tática para reorganização do acesso da população aos serviços de saúde básicos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

ESF destina-se à reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura

de doenças no hospital. A atenção agora está centrada na família, entendida a partir do seu ambiente físico e social, possibilitando às equipes de saúde uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas. (MERHR; BUENO; FRANCO, 2000).

Foram realizadas pesquisas na área da saúde mental em diversos países e observaram que cerca de dias ou semanas antes de cometer o ato suicida, cerca de 40% dos sujeitos procuraram ajuda em algum serviço de saúde, mas sem mencionar o motivo do sofrimento e que estão próximos de cometer tal ato. Segundo as pesquisas, essa procura pode ser “um último pedido de socorro” (BRASIL, 2006).

Assim, o Ministério da Saúde (2018) afirma que um profissional de saúde capacitado para trabalhar com essa questão tem condições de identificar a situação-problema, acolher esse usuário e realizar terapêutica adequada ou encaminhar a uma equipe de saúde mental e com isso tentar evitar que o suicídio ocorra.

No trabalho em saúde mental na atenção primária estão mantendo os modos antigos de gestão, dos dispositivos profissionais, com pouco comprometimento com os princípios da reforma psiquiátrica. A relação da gestão com as equipes é da ordem da gestão dos dados, em detrimento da gestão de modos de cuidados.

As demandas em saúde e as que as equipes recebem, de modo geral, estão vinculadas aos programas do Ministério da Saúde e são ofertadas pela ESF. As propostas de intervenções visam ao cumprimento desses programas instituídos, por exemplo, o cumprimento das indicações do programa de saúde da mulher, do hipertenso e diabético. E assim, outros tipos de demanda que não fazem parte desses programas, como é o caso dos portadores de transtornos mentais, ficam sem um sistemático e eficaz cuidado, pois tanto o Ministério da Saúde quanto a Fundação Municipal de Saúde não delimitaram a obrigatoriedade de ações específicas para as equipes trabalharem com esses usuários (CAMURI; DIMENSTEIN, 2019).

Segundo o Ministério da Saúde (1994), a ESF deveria priorizar atividades voltadas ao trabalho com a vulnerabilidade dos grupos e com riscos populacionais. Entretanto, essa antiprodução entorno da segmentação do cuidado pelos programas é apontada pelos próprios trabalhadores, que indicam a existência de diversos casos de usuários portadores de transtornos mentais que utilizam de maneira indiscriminada medicamentos psicotrópicos em suas áreas. Alguns trabalhadores

ainda relatam que realizar atividades com os usuários portadores de transtornos mentais é um trabalho a mais e não vão ganhar mais por isso. Sendo assim, o trabalho em saúde na atenção básica junto aos portadores de transtornos mentais não tem conseguido produzir efeitos que fortaleçam os processos de desinstitucionalização, muito menos de produzir uma melhora do cuidado com a incorporação de novas tecnologias e sensibilidades.

Como estratégia para melhora desses processos de trabalho foi desenvolvida a Política Nacional de Humanização do SUS/PNH, que tem como uma de suas diretrizes a alteração dos modelos de atenção e de gestão das práticas de saúde, da relação entre usuários, destes com suas redes sociais, com os trabalhadores, assim como a criação de vínculos solidários. Propõe um trabalho acolhedor, resolutivo e confortável, valorizando e promovendo a autonomia e protagonismo dos diferentes sujeitos. Instiga o compromisso pela reivindicação de melhores condições de trabalho. Propõe a não-separação entre atenção e gestão, a substituição dos modelos de assistências hierarquizados, fragmentados e calcados em uma perspectiva técnico-burocrático, por mecanismos de escuta, acolhimento e negociação para que se possa produzir uma gestão do cuidado além de apenas uma gestão de dados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

O trabalho cotidiano apresenta-se instituído dentro dos padrões conhecidos e pouco inovadores. Os processos de trabalho são esquadrinhados a partir de cada categoria profissional e o usuário não é compreendido a partir das problemáticas sociais do território onde vive. Não observamos um estímulo à criação de espaços para reflexão e problematização acerca dos processos de trabalho desenvolvidos na USF. Além disso: a falta de clareza acerca das atribuições da ESF em saúde mental, os limites da sua atuação nesse campo, o papel dos ACS como mediadores do processo, a necessidade de formação continuada para essas equipes, a redefinição da perspectiva de matriciamento que tem se mostrado pouco eficiente na implementação de práticas de cooperação entre as equipes desses dois níveis de atenção, bem como a proposta de implementação dos NASF's no país.

Não basta inserir profissionais de saúde mental na atenção básica; não é suficiente planejar ações de supervisão às equipes da ESF. É preciso ter profissionais capacitados para detectar problemas de saúde mental em seu território e propor formas de intervenção adequadas, além de criar redes de cooperação e coordenação entre os dois níveis, com a participação dos trabalhadores e com

mecanismos institucionais claros que articulem essas equipes cotidianamente em relação à organização do trabalho (CAMURI; DIMENSTEIN, 2010)

Também se faz necessário transformar os processos de trabalho em saúde que são desenvolvidos e o modo como vêm sendo conduzidas as políticas e a gestão em saúde no município. Os trabalhadores devem compreender e atuar a partir da concepção que atenção em saúde e gestão, clínica e política são movimentos indissociáveis, inseparáveis, bem como entender que a produção de saúde implica na produção de sujeitos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado: Atenção à Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família Padre Teodoro, do município de Sete Lagoas, estado de Minas Gerais, para o qual se registra uma descrição do problema selecionado, a explicação e a seleção de seus nós críticos, de acordo com a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018).

6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

As doenças e os transtornos mentais afetam mais de 400 milhões de pessoas em todo o mundo (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2018).

Entre 75% e 85% das pessoas que sofrem desses males não têm acesso a tratamento adequado. No Brasil, a estimativa é de que 23 milhões de pessoas (12% da população) passem por tais problemas, sendo ao menos 5 milhões em níveis de moderado a grave (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2019).

A estimativa rápida do número de pessoas com sofrimento mental no bairro Padre Teodoro encontra-se muito abaixo da realidade. De acordo com os dados colhidos a taxa de prevalência da população que possui algum tipo transtorno mental é de 2,7%, ou seja, aproximadamente três quartos abaixo do esperado. (Agentes Comunitárias de Saúde, 2019).

6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)

O sofrimento mental diz respeito à 12% da carga mundial de doenças. É de etiologia multifatorial, envolvendo fatores genético-hereditários, perinatais, neuroendócrinos, orgânicos, ambientais, psicológicos e emocionais. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002).

Os transtornos mentais são considerados um problema de saúde pública de grande relevância devido a vários fatores:

- (1) A elevada prevalência dos transtornos mentais;
- (2) A conexão entre problemas de saúde física e mental - pacientes que apresentam sintomas de doenças psicossomáticas;
- (3) O enorme gap terapêutico dos transtornos mentais - pacientes não recebem tratamento adequado ou nem mesmo são reconhecidos e tratados como deveriam;

- (4) Alta demanda na unidade por consultas - além de exigirem uma frequência maior de acompanhamento e de renovação de receitas controladas, são pessoas que quando descompensadas e sem controle adequado demandam longo tempo e aumento do número de consultas, sobrecarregando os profissionais envolvidos;
- (5) Doenças mentais geram grande morbidade, impactando de forma negativa na qualidade de vida e saúde pois levam à incapacidade.

6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)

Dentre as causas que consideramos mais importantes na origem do problema, elencamos os “nós críticos” que são passíveis de serem efetivamente transformados, sendo eles:

- (1) Nó crítico 1: Baixa prevalência de doentes mentais.
- (2) Nó crítico 2: Inexistência da definição dos fatores de risco para doença mental.
- (3) Nó crítico 3: Baixa adesão ao tratamento.
- (4) Nó crítico 4: Processo de trabalho da equipe da saúde inadequado para enfrentar o problema.

6.4 Desenho das operações sobre nó crítico – operações, projeto, resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos (sexto passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo).

Os passos sexto a décimo são apresentados nos quadros seguintes, separadamente para cada nó crítico.

Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema " Atenção à Saúde Mental" na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Padre Teodoro, do município de Sete Lagoas, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 1	Baixa prevalência de doentes mentais.
Operação (operações)	Campanha educativa e orientação das ACS.
Projeto	Mais Informação
Resultados esperados	Definir quem e quantos são os doentes mentais
Produtos esperados	Reuniões para capacitação, revisão de prontuário e visita domiciliar
Recursos necessários	Estrutural: pessoal para revisão de prontuário e visitação Cognitivo: informação sobre o tema Financeiro: não necessita Político: mobilização dos profissionais
Recursos críticos	Estrutural e Político: adesão das ACS
Controle dos recursos críticos	Controle pela gerência da ESF (Enfermeira Lúcia) Motivação favorável
Ações estratégicas	Apresentar o projeto e orientar importância do projeto
Prazo	04 meses
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Cristina Tássia
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Cronograma com ações pré-determinadas, data de entrega de resultados e avaliação com nota por cada item cumprido.

Fonte: VILELA, T.A, 2019.

Quadro 5 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema " Atenção à Saúde Mental" na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Padre Teodoro, do município de Sete Lagoas, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 2	Inexistência da definição dos fatores de risco para doença mental.
Operação (operações)	Capacitação e aplicação de questionário
Projeto	Viver Melhor
Resultados esperados	Definir fatores de risco presentes nos pacientes do território
Produtos esperados	Encontros para capacitação das ACS e elaboração dos resultados após aplicação do questionário
Recursos necessários	Estrutural: pessoal para aplicação de questionário Cognitivo: informação sobre o tema Financeiro: nenhum Político: mobilização dos profissionais e pacientes
Recursos críticos	Estrutural e Político: adesão das ACS e população
Controle dos recursos críticos	Controle pela gerência da ESF (Enfermeira Lúcia) Motivação favorável
Ações estratégicas	Apresentar o projeto
Prazo	04 meses
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Poliane Josiane Naiara
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Cronograma com ações pré-determinadas, data de entrega de resultados e avaliação com nota por cada item cumprido.

Fonte: VILELA, T.A, 2019.

Quadro 6 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Atenção à Saúde Mental” na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Padre Teodoro, do município de Sete Lagoas, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 3	Baixa adesão ao tratamento.
Operação (operações)	Campanhas para esclarecimento e fortalecimento à adesão ao tratamento
Projeto	Mais Saúde
Resultados esperados	Definir causas e interferir nos casos de não adesão ao tratamento
Produtos esperados	Melhor adesão ao tratamento e estabilização dos quadros
Recursos necessários	Estrutural: local para encontros e orientações Cognitivo: informação sobre o tema Financeiro: material para divulgação e orientação Político: divulgação da operação
Recursos críticos	Político: permissão da gerência para divulgação de material educativo e adequação do cumprimento das atividades à carga horária de cada profissional. Financeiro: colaboração com materiais para divulgação do projeto
Controle dos recursos críticos	Gerência da ESF (Enfermeira Lúcia) e Coordenação da regional (Enfermeira Ana Paula) Motivação favorável
Ações estratégicas	Apresentar o projeto Buscar apoio da associação de bairro e do conselho de saúde
Prazo	04 meses e 06 meses para reavaliação dos resultados
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Neide Patricia
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Cronograma com ações pré-determinadas, data de entrega de resultados e avaliação com nota por cada item cumprido.

Fonte: VILELA, T.A, 2019.

Quadro 7 – Operações sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema “Atenção à Saúde Mental” na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Padre Teodoro, do município de Sete Lagoas, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 4	Processo de trabalho da equipe da saúde inadequado para enfrentar o problema
Operação (operações)	Linha de cuidado e protocolo para manejo da saúde mental
Projeto	Melhor equipe
Resultados esperados	Implantar linha de cuidado para risco aumentado de doença mental
Produtos esperados	Definição e elaboração de plano de ação para cuidados multidisciplinares
Recursos necessários	Estrutural: local para reuniões e capacitações Cognitivo: conhecimento sobre o tema Financeiro: não necessita Político: não necessita
Recursos críticos	Cognitivo: conseguir reunir todos os profissionais
Controle dos recursos críticos	Gerente da ESF (Enfermeira Lúcia) Motivação favorável
Ações estratégicas	Apresentar o projeto e orientar importância do tema. Buscar apoio do NASF, principalmente do psicólogo e assistente social.
Prazo	06 meses
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Tássia Lúcia
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Cronograma com ações pré-determinadas, data de entrega de resultados e avaliação com nota por cada item cumprido.

Fonte: VILELA, T.A, 2019.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As pessoas que sofrem com transtornos mentais demandam sistemas de saúde suficientemente capazes de atender às suas necessidades de cuidados. Isso só é possível por meio de uma atenção primária forte, que aliada a uma rede de saúde mental organizada e com recursos especializados, funcionem como base da atenção à saúde mental.

É preciso basear-se em algumas estratégias para reduzir o gap de tratamento e, conseqüentemente, a doença produzida pelos transtornos mentais; entre elas destaca-se a integração da atenção à saúde mental aos serviços de atenção primária à saúde.

A integração entre saúde mental e atenção primária pode reduzir o estigma e melhorar a abordagem na falta de sistemas estabelecidos de saúde mental. E o papel dos profissionais da atenção primária à saúde é elemento essencial para garantir aos portadores de transtornos mentais seus direitos.

Apesar de ainda não bem definidas quais as responsabilidades e competências da atenção básica versus CAPS, existem essas duas portas de entrada no sistema; e o apoio matricial na saúde mental por intermédio dos NASF é uma boa estratégia para qualificar a ESF para este tipo de atendimento.

Existem ações sendo desenvolvidas por profissionais da AB, entretanto elas não acontecem com frequência e regularidade, de forma não sistematizada e geralmente são pouco qualificadas e valorizadas. Além disso, a maioria das práticas executadas ainda foca na concepção biomédica de saúde e, em alguns lugares, pode-se dizer que não desenvolvem nenhuma prática.

Muitos trabalhadores desconhecem o termo sofrimento psíquico, têm dificuldade em diagnosticar o transtorno mental e manejar ações na prática da AB. Também têm dificuldade em considerar o meio social e as particularidades do sujeito; em envolver outros componentes da rede e em promover a continuidade do cuidado ao usuário após este ser encaminhado para outro serviço.

É necessário lembrar que a atenção primária em saúde mental tem suas próprias questões, que vão além daquelas trazidas pela Reforma Psiquiátrica. Elas envolvem outros contextos, como elaboração de estratégias de promoção em saúde

no geral, inclusive mental, da população; atenção à gestante e ao recém-nascido; identificação precoce de transtornos mentais na infância; monitoramento de grupos de risco como um todo, dentre outros.

Provavelmente não exista um número significativo de profissionais da saúde mental inseridos na AB que vivam o cotidiano das equipes de referência e seus territórios, não havendo um movimento forte para apropriação de suas necessidades. Vale ressaltar que para se efetivar uma política de saúde mental na Atenção Básica não basta só o envolvimento dos profissionais responsáveis pelo cuidado direto com o usuário, requer ainda a participação de várias esferas de gestão.

Ainda há muito que se fazer para conseguir uma melhor abordagem da saúde mental na Atenção Primária à Saúde; reconhecer que essa falha existe e definir os problemas e soluções possíveis dentro da atual realidade já é o primeiro passo para iniciar um avanço; e é isso que esse trabalho tentou mostrar. É necessário que haja uma soma de forças e uma divisão de responsabilidades dentro da equipe de saúde para que todos se organizem de maneira a prestar um atendimento e acompanhamento adequado a todos aqueles que sofrem.

Os serviços oferecidos pela atenção básica são fundamentais para o acompanhamento, tratamento e reabilitação das pessoas com transtornos mentais.

No município de Sete Lagoas peca-se pela falta da educação permanente no geral (inclusive em saúde mental); há ainda a alta demanda de consultas que impossibilitam uma criação de vínculo e confiança entre médico e paciente; além disso, a falta de experiência no manejo das doenças mentais torna o acompanhamento mais difícil. Não há comunicação entre atenção primária e secundária e muitas vezes o paciente recebe alta do CAPS com a receita e sem relatório para um acompanhamento na AB. Além disso, não há número suficiente de profissionais, principalmente da psicologia, para acompanhamento.

Uma ação que têm trazido resultados positivos para a inserção da saúde mental no ESF Padre Teodoro é o matriciamento. É realizada uma reunião mensal e são discutidos casos entre médico, enfermeiro, assistente social, ACS e psicólogo e assim são definidos os fluxos para cada paciente.

Conclui-se com esse projeto que a equipe do ESF Padre Teodoro deverá elaborar, após o término da pesquisa, um plano para produção do cuidado em saúde mental para que seja possível a organização do sistema de saúde e assim facilitar a articulação entre a unidade e os demais recursos (NASF, família, trabalho, atenção secundária, etc).

Faz-se necessária a garantia do acesso por meio do acolhimento, do vínculo e da corresponsabilização.

Com a elaboração deste trabalho foi possível perceber que a doença é muito prevalente, mas muito subdiagnosticada, e que existem muitos pacientes sem assistência adequada.

Será muito válido fazer uma busca ativa dos doentes, saber quantos são e quem são eles, estratificar os fatores de risco para o desenvolvimento da doença e assim poder criar estratégias para intervir, definir as causas de não adesão ao tratamento para modificá-las e, finalmente, implantar a linha de cuidados para o manejo da saúde mental na atenção primária.

REFERÊNCIAS

ASSUMPCAO JR., FRANCISCO B. Distúrbios globais do desenvolvimento. **Estilos clin.**, São Paulo, v. 2, n. 3, p. 103-110, 1997. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71281997000300014&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 06 jul. 2019.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Conheça **idades e os estados do Brasil**. Brasília, 2019. Disponível em: <<https://idades.ibge.gov.br>>. Acesso em: 6 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde Mental. **Prevenção do Suicídio**: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. 2006. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/referencia/0000001093>>. Acesso em: 20 fev. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional da Saúde. **Programa de saúde da família**. Brasília: Âncora Comunicação, 1994.

BRUNONI, A.R. Transtornos mentais comuns na prática clínica. **Revista de Medicina da USP**. São Paulo, 2008. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/59087>>. Acesso em 12 jan. 2020.

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE. **Consultas. Estabelecimentos, 2019**. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/>>. Acesso em 13 abr. 2019.

CAMURI, D., DIMENSTEIN, M.; **Processos de Trabalho em Saúde**: práticas de cuidado em saúde mental na estratégia saúde da família. Tese (Mestrado). Saúde Soc. São Paulo, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19n4/08.pdf>>. Acesso em: 15 dez. 2019.

CAYMMI, D. **Poema de Dorival Caymmi**, 1986. Disponível em: <<http://www.minutopsicologia.com.br/postagens/2016/02/10/saude-mental-emfrases/>>. Acesso em 2 fev. 2020.

CID-10. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10**: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

CORRÊA, E. J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, S. L. **Iniciação à metodologia**: trabalho de conclusão de curso. Belo Horizonte: Nescon /UFMG, 2018. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/Modulo_Iniciacao-Metodologia_TCC.pdf>. Acesso em: 28 set. 2019.

CORREIA V.R.; BARROS S, COLVERO LA. **Saúde mental na atenção básica**: prática da equipe de saúde da família. Rev Esc Enferm USP. 2011; 45(6):1501-6.

DESCRITORES EM CIÊNCIAS DA SAÚDE: DeCS. **Biblioteca Virtual em Saúde**. São Paulo: BIREME / OPAS / OMS, 2019. Disponível em: <<http://decs.bvsalud.org>> . Acesso em: 22 de jun. 2017.

DSM-IV. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Porto Alegre, Ed. Artes Médicas, 1995.

FARIA, H. P; CAMPOS, F.C.C; M.A.SANTOS; **Planejamento, avaliação e programação das ações de saúde**. UFMG, 2018. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/modulo-planejamento-avaliacao-saude.pdf>>. Acesso em 27 jun 2019.

FRANCO, T.B.; BUENO, W. S; MERHY, E.E. **O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 345-353, Apr. 1999.

GAZIGNATO, E.C.S; SILVA, C.R.C. **Saúde mental na atenção básica: o trabalho em rede e o matriciamento em saúde mental na Estratégia de Saúde da Família**. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n101/0103-1104-sdeb-38-101-0296.pdf>>. Acesso em 5. Jan. 2020.

GEWEHR, D.M; BANDEIRA, V.A.C; GELATTI, G.T.; COLET, C.F.; OLIVEIRA, K.R.; VANCINI-CAMPANHARO et al. **Adesão ao tratamento farmacológico da hipertensão arterial na Atenção Primária à Saúde**. Saúde Debate. 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/sdeb/2018.v42n116/179-190>>. Acesso em 4 jan. 2020.

GILBERG, C. **Autism and pervasive developmental disorders**. In: Journal of Child Psychoid Psychiat., v.31, n.1, p. 99-119, 1990.

MENDES, L.V.; CAMPOS, M.R.; CHAVES, G.C.; SILVA, R.M.;FREITAS P.S.; COSTA, K.S., LUIZA, V.L. Disponibilidade de medicamentos nas unidades básicas de saúde e fatores relacionados: uma abordagem transversal. **Saúde Debate**. 2014;38 nº spe:109-23. DOI:10.5935/0103-1104.2014S009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Atenção Básica. **Avaliação da implantação e funcionamento do Programa de Saúde da Família: análise por Estados**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de ações programáticas estratégicas. Departamento de Atenção Básica. Coordenação geral de saúde mental. Coordenação de gestão da atenção básica. **Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários**. Brasília (DF): MS; 2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília (DF): OPAS; 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. **Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família**. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html>. Acesso em 19 nov. 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Cadernos de Atenção Básica. **Saúde Mental**. Brasília, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf>. Acesso em 16 nov. 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Linha de cuidado para atenção às pessoas com transtornos do espectro do autismo e suas famílias na rede de atenção psicossocial do Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2015. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_atencao_pessoas_transtorno.pdf>. Acesso em 28 mai. 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. **Prevenção do Suicídio**. Unicamp. São Paulo, 2018. Disponível em: <https://www.cvv.org.br/wp-content/uploads/2017/05/manual_prevencao_suicidio_profissionais_saude.pdf>. Acesso em 24 jan. 2020.

NUNES, M.; JUCÁ, V.J.; VALENTIM, C.P.B. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n. 10, p. 2375-2384, 2007.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Transtornos Mentais. **Folha informativa**. 2018. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5652:folha-informativa-transtornos-mentais&Itemid=839>. Acesso em: 12 nov. 2019.

SETE LAGOAS. Prefeitura Municipal de Sete Lagoas. **Dados Gerais**, 2019. Disponível em: <<https://setelagoas.com.br/sete-lagoas/cidade>>. Acesso em 12 mar. 2019.

SETE LAGOAS Secretaria Municipal De Saúde. **Serviços ao cidadão**. Disponível em: <<http://www.setelagoas.mg.gov.br/servicos-por-publico-alvo/publico/servicos-para-cidadao/1>>. Acesso em: 4 ago. 2019.

TAVARES, N.U.L et al., Fatores associados à baixa adesão ao tratamento farmacológico de doenças crônicas no Brasil. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102016000300307&script=sci_arttext&tlng=pt#B5>. Acesso em 12 jan. 2020.

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS. Especialização em Saúde da Família. **Casos complexos**. São Paulo, 2019. Disponível em: <https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/pab/5/unidades_casos_complexos/unidade28/unidade28_ft_esquizofrenia.pdf>. Acesso em 3 fev. 2020.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. **Principais alterações promovidas pelo DSM V**, 2019. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/psicopatologia/wiki/index.php?title=Principais_altera%C3%A7%C3%B5es_promovidas_pelo_DSM-V>. Acesso em 29 mai. 2020.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Regula SUS. **Resumo Clínico**. Demência. 2019. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessaunders/documentos/protocolos_resumos/neurologia_resumo_demencia_TSRS.pdf>. Acesso em 8 dez. 2019.

VASCONCELOS, M.; G.; GRILLO, M. J. C.; SOARES, S. M. **Práticas educativas e tecnologias em saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2018. 59p. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/praticas-educativas-tecnologias-saude.pdf>>. Acesso em: 6 out. 2019.

WENSCELAU, LD; ORTEGA, F. **Saúde mental na atenção primária e Saúde Mental Global**: perspectivas internacionais e cenário brasileiro. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v19n55/1807-5762-icse-1807-576220141152.pdf>>. Acesso em 7 nov. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. RELATÓRIO MUNDIAL DA SAÚDE. **Saúde mental: nova concepção, nova esperança**. LISBOA, 2002. Disponível em:<https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_po.pdf>. Acesso em 02 jun 2019.