

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
MESTRADO EM TECNOLOGIAS EM SAÚDE**

BRUNO REIS DA SILVA

**SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM AMBULATÓRIO DOCENTE
ASSISTENCIAL – BUSCA DE ESTRATÉGIA PARA MELHORIA DO CUIDADO.**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

SALVADOR - BA

2025

BRUNO REIS DA SILVA

**SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM AMBULATÓRIO DOCENTE
ASSISTENCIAL – BUSCA DE ESTRATÉGIA PARA MELHORIA DO CUIDADO.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação Stricto Sensu de Mestrado em Tecnologias em Saúde da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, para obtenção do Título de Mestre em Tecnologias em Saúde.

Orientadora: Dr^a. Marta Silva Menezes
Coorientadora: Dr^a. Mary Gomes Silva

Salvador - BA

2025

Ficha Catalográfica elaborada pelo Sistema Integrado de Bibliotecas

S586 Silva, Bruno Reis da

Saúde mental na atenção primária em ambulatório docente assistencial – busca de estratégia para melhoria do cuidado. / Bruno Reis da Silva. Salvador, 2025.
79 f.

Orientadora: Prof.^a Dra. Marta Silva Menezes

Coorientadora: Prof.^a Dra. Mary Gomes Silva

Dissertação (Programa de Pós-graduação Stricto Sensu de mestrado em Tecnologias em Saúde) – Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública – EBMSP, 2025.

Inclui bibliografia

1. Saúde mental. 2. Gestão da saúde da população. 3. Atenção primária à saúde. I. Menezes, Marta Silva. II. Título.

CDU: 616.089

BRUNO REIS DA SILVA

“SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM AMBULATÓRIO DOCENTE ASSISTENCIAL – BUSCA DE ESTRATÉGIA PARA MELHORIA DO CUIDADO”

Dissertação apresentada à Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Tecnologias em Saúde.

Salvador, 31 de março de 2025.

BANCA EXAMINADORA

Dra. Carolina Villa Nova Aguiar
Doutora em Psicologia
Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, EBMSP

Dr. Washington Luiz Abreu de Jesus
Doutor em Saúde Pública
Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, EBMSP

Dra. Caroline Alves Feitosa
Doutora em Saúde Coletiva
Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, EBMSP

AGRADECIMENTOS

Ao iniciar esta dissertação, não posso deixar de voltar no tempo e contemplar a trajetória que me trouxe até aqui. O que está diante de você, caro leitor, não é apenas o fruto de noites insones, páginas viradas e discussões acaloradas. Este trabalho é, acima de tudo, a expressão de uma jornada que começou muito antes de eu sequer saber o que significava a palavra "dissertação".

Cada livro que chegou às minhas mãos foi conquistado com sacrifício, muitas vezes com o suor daqueles que abriram mão de seus próprios sonhos para que eu pudesse sonhar mais alto. Por isso, este trabalho não é apenas meu. Ele pertence à minha família, que mesmo nas adversidades, nunca me deixou esquecer que "o começo não define o fim". Aos meus pais, que, com pouco, me deram tudo. Que plantaram em mim valores que dinheiro nenhum compra: honestidade, resiliência e gratidão.

Aos meus professores, na pessoa das minhas orientadoras, Dra Marta Menezes e Dra Mary Gomes, mentores e amigos, cada um de vocês foi um fio no tecido desta conquista. Essa dissertação é um testemunho de que não importa onde você comece, mas onde você deposita a sua fé.

A todos que fizeram parte desta caminhada, meu mais profundo e sincero agradecimento. Este trabalho é nosso.

A verdadeira grandeza não está apenas em alcançar o conhecimento, mas em usá-lo para servir e transformar vidas.

RESUMO

Introdução: A saúde mental é uma das principais preocupações, no âmbito mundial, no campo da saúde pública, com destaque para um cenário marcado pelo aumento significativo de transtornos mentais, como ansiedade, depressão e outros distúrbios relacionados. A Organização Mundial da Saúde (OMS), aponta que cerca de 1 bilhão de pessoas viviam com algum transtorno mental em 2019, um número que aumentou substancialmente durante a pandemia de COVID-19. Nesse contexto, devido ao crescente reconhecimento de seu impacto na qualidade de vida os serviços da Atenção Primária à Saúde têm empreendido esforços para oferecer estratégias acessíveis e eficazes, por ser o ponto de entrada nos sistemas de saúde que desempenha papel fundamental na promoção de um cuidado mais holístico e centrado no paciente. **Objetivo:** Propor uma estratégia para aprimorar a gestão do cuidado oferecido a pacientes com indícios de transtornos mentais em um ambulatório de Atenção Primária à Saúde docente-assistencial. **Método:** Trata-se de uma pesquisa observacional, tipo corte transversal, analítico, com dados secundários. Foi realizada a análise de dados dos prontuários de pacientes atendidos no ambulatório docente assistencial da comunidade (AC) da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP), atendidos entre janeiro de 2022 e janeiro de 2023. Das 2131 ocorrências de atendimento no período estabelecido, para o cálculo amostral foi utilizado o OpenEpi (disponível em www.openepi.com), em que foi estimado amostra de 326 consultas, considerando um intervalo de confiança de 95%, destes foram coletados dados de 292 consultas. A amostra foi do tipo probabilística. Como critérios de inclusão foram elegíveis pacientes maiores de 18 anos que apresentassem queixa ou diagnosticados com ansiedade, depressão, insônia e/ou transtornos de personalidade. Os dados foram analisados no Programa SPSS (*Statistical Package for the Social Science*), sendo utilizados frequências e percentuais para apresentação das variáveis categóricas e, média, desvio padrão e/ou mediana e intervalo interquartil para variáveis contínuas, a depender do padrão de normalidade, que foi avaliado através do teste Shapiro Wilk. Para comparação de médias independentes foi aplicado o teste T e Student e de qui-quadrado para comparar proporções das variáveis categóricas. O nível de significância estatística adotado foi valor de $p < 0,05$. **Resultados:** A partir dos resultados foi possível verificar uma prevalência significativa de transtornos mentais, atingindo 24,7% dos pacientes. Os transtornos mais comuns foram a ansiedade (44,4%), depressão (23,7%) e distúrbios de personalidade (5,5%). O estudo revelou, ainda, uma predominância do sexo feminino (90%) no grupo com transtornos mentais, corroborando com a literatura. A análise sociodemográfica mostrou uma diferença estatisticamente significativa na média de idade entre os grupos, sendo o grupo com transtornos mentais mais jovem ($52 \pm 14,6$) em comparação ao grupo sem transtornos ($58 \pm 15,8$), $p = 0,003$. **Conclusão:** Conclui-se que a Atenção Primária à Saúde deve estar plenamente apta ao acompanhamento dos transtornos mentais, oferecendo capacitação as equipes de saúde para lidar com essa demanda crescente. Assim propõe-se a implementação de um modelo educacional que poderá contribuir significativamente para a melhoria do seguimento destes pacientes, tendo em vista o público alvo (graduandos, residentes e preceptoria), na perspectiva de melhoria da qualidade de vida dos pacientes atendidos.

Palavras-chave: Saúde Mental. Gestão da Saúde da População. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Introduction: Mental health is a major global concern in public health, characterized by a significant increase in mental disorders such as anxiety, depression, and other related disorders. The World Health Organization (WHO) reports that approximately 1 billion people were living with a mental disorder in 2019, a number that increased substantially during the COVID-19 pandemic. In this context, due to the growing recognition of its impact on quality of life, Primary Health Care services have been striving to offer accessible and effective strategies, given their fundamental role as the entry point to healthcare systems, promoting holistic and patient-centered care.

Objective: To propose a strategy to enhance the management of care provided to patients with indications of mental disorders in a teaching-assistance Primary Health Care outpatient clinic. **Method:** This was an observational, cross-sectional, analytical study using secondary data. Data analysis was conducted on medical records from patients attended at the Community Teaching Assistance Clinic (AC) of the Bahiana School of Medicine and Public Health (EBMSP) between January 2022 and January 2023. Out of the 2,131 attendance occurrences during this period, the OpenEpi software (available at www.openepi.com) was used for sample calculation, estimating a sample of 326 consultations considering a 95% confidence interval. Data from 292 consultations were collected using probabilistic sampling. Inclusion criteria were patients over 18 years old presenting complaints or diagnoses of anxiety, depression, insomnia, and/or personality disorders. Data were analyzed using the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), employing frequencies and percentages to present categorical variables, and mean, standard deviation, median, and interquartile range for continuous variables, depending on normality patterns assessed by the Shapiro-Wilk test. Independent means were compared using Student's t-test, and the chi-square test was used to compare proportions of categorical variables. The adopted statistical significance level was $p < 0.05$. **Results:** The findings indicated a significant prevalence of mental disorders, affecting 24.7% of patients. The most common disorders were anxiety (44.4%), depression (23.7%), and personality disorders (5.5%). The study also revealed a predominance of females (90%) in the group with mental disorders, corroborating the existing literature. Sociodemographic analysis demonstrated a statistically significant difference in mean age between groups, with the group having mental disorders being younger (52 ± 14.6 years) compared to the group without disorders (58 ± 15.8 years), $p = 0.003$. **Conclusion:** Primary Health Care must be fully prepared to manage mental disorders, providing adequate training for healthcare teams to meet this increasing demand. Therefore, implementing an educational model is proposed, which could significantly contribute to improving patient follow-up, targeting students, residents, and preceptors, thus enhancing the quality of life of attended patients.

Keywords: Mental Health. Population Health Management. Primary Health Care.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
ACDA	Ambulatório da Comunidade Docente Assistencial
ADA	Ambulatório Docente Assistencial
ADAPS	Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde
AIS	Ações Integradas de Saúde
AMB	Associação Médica Brasileira
AME	Ambulatório Médico de Especialidades
APS	Atenção Primária à Saúde
Atenção Básica	Refere-se à atenção básica à saúde
CAAE	Cadastro de Atestados e Atividades Educacionais
CaSAPS	Carteira de Serviços para APS
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CF-88	Constituição Federal (1988)
CNRM	Comissão Nacional de Residências Médicas
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DANT	Doenças e Agravos Não Transmissíveis
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DSM-IV	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 4ª edição
EBMSP	Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública
ESF	Estratégia Saúde da Família
GM	Gabinete Ministerial
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HR	Razão de Risco
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
MFC	Medicina de Família e Comunidade

MPS	Medicina Preventiva e Social
MS	Ministério da Saúde
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PMAQ-AB	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
Previne Brasil	Programa Previne Brasil
PSF	Programa Saúde da Família
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SBMFC	Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
SES	Status Socioeconômico
SM	Saúde Mental
SNSS	Sistemas Nacionais de Serviços de Saúde
SPAH	Secretaria de Política de Atenção à Saúde
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SUS	Sistema Único de Saúde
TDAH	Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade
TMC	Transtornos Mentais Comuns
TMG	Transtornos Mentais Graves

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVOS	14
2.1 Objetivo Geral	14
2.2 Objetivos Específicos	14
3 REVISÃO DE LITERATURA	15
3.1 Atenção Primária à Saúde	15
3.1.1 Redes de Atenção à Saúde (RAS)	18
3.1.2 Resolutividade da Atenção Primária à Saúde	19
3.2 A Gestão da Condição de Saúde na Atenção Primária	21
3.2.1 Gestão de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)	28
3.2.2 Gestão dos Transtornos de Saúde Mental	30
3.2.2.1 Ansiedade	37
3.2.2.2 Depressão	38
3.2.2.3 Situações de risco em saúde mental na atenção básica	40
3.4 Especialidade de Medicina da Família e Comunidade: Pressupostos Teóricos, Legais e Competências	41
3.5 A interface da graduação em medicina x vivência na APS	46
4 METODOLOGIA	48
4.1 Local do Estudo	48
4.3 Amostra do estudo	48
4.4 Critérios de Elegibilidade	49
4.5 Plano de coleta dos dados	49
4.6 Análise estatísticas dos Dados	51
4.7 Aspectos Éticos	51
5 RESULTADOS	52
6 DISCUSSÃO	56
7 CONCLUSÕES	63
REFERÊNCIAS	64
APÊNDICES	75
ANEXOS	78

1 INTRODUÇÃO

A saúde mental tem se consolidado como uma das principais preocupações globais no campo da saúde pública, especialmente em um cenário marcado pelo aumento significativo de transtornos mentais, como ansiedade, depressão e outros distúrbios relacionados. De acordo com a Organização Mundial da Saúde - OMS, ¹ cerca de 1 bilhão de pessoas viviam com algum transtorno mental em 2019, um número que aumentou substancialmente durante a pandemia de COVID-19, revelando a vulnerabilidade das populações e a insuficiência dos sistemas de cuidado. Esse contexto ressalta a necessidade de serviços de saúde mental estruturados, acessíveis e integrados, capazes de atender à complexidade e diversidade das demandas.

Explica-se que a saúde mental é um componente essencial para a saúde global e o bem-estar humano, sendo cada vez mais reconhecida como prioridade nos sistemas de saúde pública e cuidados médicos. Conforme Pupo *et al.*,² a integração da saúde mental na atenção básica é crucial, dada a relação intrínseca entre saúde mental e física. No entanto, como apontam Santos *et al.*,³ a saúde mental historicamente enfrentou negligência e estigmatização, gerando uma crise global, com transtornos como depressão e ansiedade representando uma carga significativa de doenças.

O crescente reconhecimento de seu impacto na qualidade de vida impulsionou esforços para incluí-la de forma integral nos sistemas de saúde. Santos⁴ reforça que a atenção primária, por ser o ponto de entrada nos sistemas de saúde, desempenha papel fundamental ao oferecer estratégias acessíveis e eficazes, promovendo um cuidado mais holístico e centrado no paciente.

Pode ser verificado que, desde a institucionalização da saúde como um direito constitucional em 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS) e a Atenção Primária à Saúde (APS) enfrentam desafios estruturais significativos, como o subfinanciamento crônico agravado pela Emenda Constitucional Nº 95/2016,⁵ além de problemas de gestão, precarização do trabalho e interferências político-partidárias.⁶ No campo da saúde mental, conquistas históricas, como a organização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), têm sido minadas por políticas contra reformistas que fortalecem a lógica hospitalocêntrica e marginalizam dispositivos territoriais e

psicossociais.⁷

Acrescenta-se que a pandemia de COVID-19 exacerbou as desigualdades sociais e o colapso do sistema de saúde, priorizando a alta complexidade em detrimento das ações na APS, que perdeu capacidade de coordenar cuidados e realizar vigilância ativa.⁸ Apesar desse cenário, destaca-se a resistência de profissionais que mantêm avanços na organização dos processos de trabalho e no cuidado territorial, com destaque para o potencial inovador do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), mesmo após sua descontinuação em 2019.⁹

Nesse contexto, os ambulatórios docentes assistenciais (ADAs) desempenham um papel crucial nesse cenário, ao unirem a prestação de serviços à comunidade com a formação acadêmica de profissionais de saúde. Por meio de sua estrutura multidisciplinar e enfoque no cuidado integral, os ADAs têm o potencial de oferecer modelos inovadores e eficientes para a gestão das condições de saúde mental. A gestão dessas condições, no entanto, enfrenta desafios significativos, como a alta demanda por serviços especializados, o estigma associado aos transtornos mentais e a necessidade de recursos humanos e tecnológicos adequados para garantir a qualidade do atendimento.¹⁰

A justificativa para a realização deste estudo baseia-se na crescente relevância da saúde mental como um componente essencial da saúde global e do bem-estar humano, além de ser considerado um problema de saúde pública, apontado pela OMS. Destaca-se ainda que os transtornos mentais, como depressão, ansiedade e outros distúrbios do humor, representam uma parcela significativa da carga global de doenças,⁹ impactando diretamente a qualidade de vida das pessoas e a funcionalidade dos sistemas de saúde.

A APS é reconhecida como a porta de entrada preferencial no sistema de saúde e desempenha um papel central na promoção da saúde mental, na prevenção de agravos e no tratamento inicial de transtornos de menor complexidade¹¹. Apesar de sua importância, ainda há lacunas significativas no diagnóstico e manejo de transtornos mentais nesse nível de cuidado, o que pode levar à progressão das condições de saúde mental e ao agravamento de seu impacto individual e social.

Diante desse cenário, a implementação de um plano de educação continuada, para

qualificação de profissionais da APS para o atendimento a pessoas com indícios de transtornos mentais torna-se uma estratégia essencial para garantir um atendimento mais estruturado e eficaz na APS. Esse plano deve incluir a triagem sistemática de transtornos mentais, a capacitação das equipes de saúde para a identificação precoce dos casos e a adoção de abordagens terapêuticas baseadas em evidências. Além disso, a integração com serviços especializados e o acompanhamento contínuo dos pacientes são fundamentais para melhorar a adesão ao tratamento e minimizar o impacto dos transtornos mentais na qualidade de vida. Dessa forma, um plano de educação continuada bem estruturado pode contribuir para a ampliação do acesso a serviços de saúde mental e a promoção de um cuidado mais humanizado e centrado no paciente.¹¹

Dado esse contexto, este estudo será guiado pela seguinte questão norteadora: Qual a frequência e o perfil dos indícios de transtornos mentais em pacientes atendidos em um ambulatório docente assistencial de atenção primária? Tal abordagem pode não apenas esclarecer o panorama local desses transtornos, mas também fornecer subsídios para a formulação de políticas públicas mais eficazes, reforçar a capacitação dos profissionais de saúde nesse nível de atenção e melhorar a qualidade do cuidado oferecido à população. Assim, o presente estudo pretende contribuir para criação de um plano de educação continuada, com vistas a proporcionar a integração da saúde mental como um componente indispensável nos serviços de APS, promovendo intervenções mais direcionadas e acessíveis.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Propor estratégia para aprimorar a gestão do cuidado oferecido a pacientes com indícios de transtornos mentais em um ambulatório de Atenção Primária à Saúde docente-assistencial.

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar a frequência de indícios de transtornos mentais entre os pacientes atendidos em um ambulatório de Atenção Primária à Saúde docente-assistencial.
- Caracterizar o perfil demográfico e clínico desses pacientes e comparar com aqueles sem essa condição.
- Elaborar estratégia educacional para estudantes, residentes e equipe de saúde voltada para o atendimento integral aos pacientes com transtornos mentais no âmbito da Atenção Primária à Saúde docente assistencial e planejar construção de linha de cuidado para esses pacientes.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Atenção Primária à Saúde

A Atenção Primária à Saúde (APS) se constitui como referência no mundo, sendo colocada como uma estratégia que auxilia na efetividade e resolutividade dos serviços de saúde, visando reduzir as iniquidades existentes no setor saúde.¹³

A APS baseada na Estratégia Saúde da Família (ESF), apresenta-se como o primeiro nível de atenção à saúde, sendo à porta de entrada dos serviços oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), sendo enfatizado cada vez mais sua função de congregar um conjunto de ações de promoção e proteção à saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde nas dimensões coletiva e individual, inclusive rastreamento de algumas doenças consideradas de risco à saúde da população.¹⁴

A APS ou a Atenção Básica em Saúde (ABS), como tem sido preferencialmente denominada no Brasil, vem ocupando, desde a sua enunciação como uma política para a reorganização da atenção à saúde pela OMS na década de 70, um estatuto estratégico de intervenção e de formulação teórica para os Sistemas Nacionais de Serviços de Saúde (SNSS). Se, num primeiro momento, foi pensada para sociedades com níveis de desenvolvimento menos elevados, hoje ela é assumida como o principal dispositivo de organização, constituição e articulação das redes de atenção à saúde para muitos países ditos centrais.¹⁵

Em 1920 foi elaborado pelo Ministério da Saúde do Reino Unido, o Relatório Dawson, considerado um dos primeiros documentos que utilizou o conceito de Atenção Primária à Saúde (APS), com a perspectiva de organização estruturada, regionalizada e respeitando uma hierarquia nos serviços de saúde, de acordo com o nível de complexidade e com território definido. Em 1948, o Relatório Dawson influenciou na criação do sistema nacional de saúde britânico, que auxiliou na orientação e reorganização dos sistemas de saúde em vários países do mundo.¹⁶

Outro marco histórico da atenção primária à saúde é a Declaração de Alma-Ata, cidade da URSS, onde se realizou a Conferência Internacional sobre Cuidados

Primários de Saúde em 1978. A Conferência Internacional de Alma Ata, até hoje, é citada como referencial para provocar a implementação de cuidados primários em todo o mundo.¹⁶

De acordo com a Declaração de Alma-Ata, a atenção primária é colocada como atenção à saúde essencial, baseada em métodos e tecnologias que são comprovados cientificamente, onde o acesso deve ser garantido para todos que fazem parte da comunidade, pressupondo a participação da comunidade, e a democratização dos conhecimentos, incluindo curandeiros, parteiras, contrariando o elitismo médico, de forma a favorecer a participação da comunidade. Atendendo a demanda e quando necessário, realizando o encaminhamento para o nível de complexidade correto para que seja dada continuidade à assistência, necessitando de compromisso político para que a demanda possa ser atendida e as práticas assistenciais sejam resolutivas e efetivas.¹⁷

A crise do capitalismo dos anos 1980 e o crescimento do neoliberalismo para responder aos seus interesses acabaram desvirtuando as discussões e os avanços tidos até o momento, com os sistemas de saúde se organizando de outras formas nas quais não tinham a APS como nível de atenção principal e nem porta de entrada.¹⁸ Em uma tentativa de resgatar o debate e trazer a promoção em saúde como prioridade, ocorreu em 1986 em Ottawa a Primeira Conferência Internacional sobre a Promoção em Saúde, que resultou na Carta de Ottawa (1986), documento que trazia a promoção da saúde como gerador de qualidade de vida e reforçava a participação popular como parte importante nos processos dessa promoção¹. Contudo, mesmo com esses esforços, os conteúdos da Carta de Ottawa já demonstravam um arrefecimento da radicalidade do projeto da APS na qual a promoção da saúde aparecia “apequenada” em muitos sentidos, em especial, ao mero empoderamento.¹⁹

No Brasil durante a década de 80 ocorreram diversos movimentos de reforma sanitária na tentativa de responder às demandas de saúde da população. No ano de 1988 foi publicada a nova Constituição Federal (CF-88) que promulgou os artigos 196 a 200 positivando a saúde como um direito de todos e dever do estado. Isto permitiu a criação de leis infraconstitucionais que regulamentam o Sistema Único de Saúde (SUS): as Leis Orgânicas da Saúde (Lei 8.080/90 e Lei 8.142/90).^{20,21} Uma

das principais características do SUS é a descentralização com grande destaque a municipalização que permitiu uma maior estruturação da APS pelo país, além disso o sistema se pauta em três princípios doutrinários: equidade, integralidade e universalidade.²²

Esta foi uma oportunidade que fortaleceu a APS no país, em especial destaca-se o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) lançado pelo governo federal em 1991, característica importante que diferencia o sistema de saúde do Brasil dos outros países. Em seguida, em 1994, foi lançado o Programa Saúde da Família (PSF) que se expandiu rapidamente e trouxe bons resultados, tonando-se uma estratégia, visto que, um programa tem tempo para terminar.²³

Ao fazer uso do termo “Atenção Primária à Saúde” (APS) é expresso o entendimento de uma atenção ambulatorial que não é especializada e que é ofertada através de unidades de saúde de um sistema, caracterizado pelo desenvolvimento de um conjunto de atividades clínicas de baixa densidade tecnológica. Também é comum entender essas unidades de saúde como espaços onde se realiza, majoritariamente, o primeiro contato dos pacientes com o sistema e onde existe a capacidade para a resolução de grande parte dos problemas de saúde por eles apresentados.¹⁶

Em 2019, o SUS passa por mudanças que foram se intensificando e reconfigurando o sistema, sejam elas mudanças na nomenclatura de atenção básica para atenção primária, na estrutura organizacional do Ministério da Saúde como a criação de uma Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária a Saúde (ADAPS) instituição de direito privado, também foi proposto a Carteira de Serviços para APS (CaSAPS) que estabelece os serviços que podem ser ofertados pela atenção básica.²⁴ Destaca-se também a criação do Programa Mais Médicos que foi substituído posteriormente pelo Programa Médicos pelo Brasil. Esse conjunto de mudanças resulta em impactos na Política Nacional de Atenção Básica e no modelo de atenção à saúde.²⁵

3.1.1 Redes de Atenção à Saúde (RAS)

No que tange a operacionalização do SUS, as Redes de Atenção à Saúde (RAS) constitui um conjunto de serviços de saúde e ações coordenados para prestar o cuidado integral através de diferentes densidades tecnológicas em um determinado território/região de saúde a partir do trabalho coletivamente planejado pela política. Sua organização foi estruturada como uma possibilidade de expandir o acesso com equidade a toda uma população, diminuindo, portanto, desigualdades sociais, sendo importante instrumento de garantia de direitos pública.²⁶

Regulamentada pela Portaria 4.279/2010, a organização da RAS, bem como, sua operacionalização requer a definição de uma região de saúde, seus limites territoriais e sua população a ser assistida, uma estrutura operacional constituída por pontos de atenção de variadas densidades tecnológicas, pela centralidade de sua comunicação tendo a Atenção Primária como coordenadora do cuidado.²⁷

A perspectiva do cuidado integral no SUS está diretamente relacionada com a construção das Redes de Atenção à Saúde.²⁸ Segundo as autoras, os serviços de saúde organizados em forma de redes e coordenados por pontos de atenção, conseguem melhor atender as condições de adoecimento agudas e crônicas da população.²⁸

A estruturação das Redes de Atenção à Saúde apresenta-se como uma alternativa potente para reduzir a fragmentação do sistema, conforme demonstrado por alguns países que conseguiram consolidar sistemas de saúde integrados, que favoreçam o acesso, a continuidade, a integralidade e a racionalização dos recursos.²⁶ Serviços de saúde integrados em forma de redes de atenção tendem a atuar de maneira equilibrada sobre as condições agudas e crônicas, desde que estejam organizados por um conjunto coordenado de pontos de atenção à saúde.²⁸

Vários fatores foram identificados pelos diversos autores pesquisados que contribuem para a fragmentação das redes de atenção à saúde gerando desafios para os gestores de saúde em desenvolverem estratégias efetivas e eficientes com intuito de implementar e operacionalizar o fluxo das redes garantindo a universalidade no acesso e o cuidado integral. É unânime entre os pesquisadores que o subfinanciamento de recursos para o SUS ainda é uma realidade no contexto

brasileiro que produz barreiras no avanço da implementação das redes de atenção à saúde contribuindo para a fragmentação do sistema e dificuldades em proporcionar à população universalidade no acesso aos serviços de saúde e a integralidade no cuidado.²⁹

A implementação das redes de atenção à saúde possibilitou a ampliação do acesso com o aumento significativo do número de profissionais que atuam nas equipes de estratégia de saúde da família na atenção básica. Apesar das dificuldades encontradas, existem inúmeros avanços no acesso a assistência à saúde antes da constituição Sistema universal e o SUS que temos hoje. Houve o fortalecimento da municipalização e da capacidade de governo do nível local, de maneira que muitas vantagens foram proporcionadas pela descentralização do SUS, isto por que muitos municípios ficaram mais preparados para assistir à população.²⁵

A implementação e funcionalidade das redes de atenção à saúde coloca em conexão os diversos serviços disponíveis no território, produz o encontro entre os atores do SUS, sejam eles usuários ou trabalhadores numa teia em comunicação e potencializa a arte do cuidado. É no território que surgem as necessidades específicas da população, é neste espaço que acontecem a efetividade, ou não, das ações de políticas públicas com a sociedade, é no território que a constituição das redes se dá como meio viável para que essa regionalização aconteça. Logo, é nesta arena que melhor se faz necessária a construção de um sistema integrado, conhecedor das reais necessidades da comunidade e que, sobre tudo, possa estar articulado em todos os níveis de atenção à saúde, de forma interfederativa para que de fato a integralidade no cuidado possa ser garantida.²⁹

3.1.2 Resolutividade da Atenção Primária à Saúde

O significado para resolutividade é a capacidade de resolver ou finalizar um processo, simplificando e agilizando procedimentos. No Brasil, o Ministério da Saúde utiliza o termo 'resolubilidade' e o apresenta como diretriz do SUS, definindo-a como "a exigência de que, quando um indivíduo busca o atendimento ou quando surge um problema de impacto coletivo sobre a saúde, o serviço correspondente esteja capacitado para enfrentá-lo e resolvê-lo até o nível da sua competência".²⁰

Segundo Turrini *et al.*³⁰ um serviço é considerado resolutivo quando atende as necessidades de saúde do usuário, mesmo que para isso o serviço precise encaminhar este paciente para outro nível de atenção para continuidade da atenção à saúde. Para Torres *et al.*,³¹ a divisão dos níveis de atenção à saúde é pertinente, pois por possuírem em cada nível particularidades se complementam e auxiliam para maior resolutividade da atenção.

O conceito de resolutividade também pode ser entendido como sinônimo de solucionar. Porém, nos serviços de saúde a resolutividade pode ser avaliada por meio dos resultados após o atendimento oferecido ao usuário. Considera-se um erro tentar “medir” a resolutividade por meio dos encaminhamentos para outros níveis de atenção, porque isso caracteriza o serviço como resolutivo apenas por ter baixo índice de encaminhamentos, mas a resolutividade refere-se a atender a necessidade do usuário mesmo que para isso seja necessário encaminhá-lo para outro nível de atenção.³¹

Reunindo-se os diferentes enfoques é possível dizer que a resolutividade envolve diversos aspectos sejam eles relativos à demanda, à satisfação do usuário, às tecnologias dos serviços de saúde, à existência de um sistema de referência preestabelecido, à acessibilidade dos serviços, à formação dos recursos humanos, às necessidades de saúde da população, à adesão ao tratamento, aos aspectos culturais e socioeconômicos dos usuários, entre outros. Desta forma, são diversas as maneiras e instrumentos que podem ser usados para avaliar resolutividade.³⁰

Avaliar o desempenho dos serviços e quais os impactos na saúde da população auxiliam os gestores quanto à implantação e reformulação das práticas da APS.²⁸ Na literatura nacional e internacional, em relação à satisfação do usuário, vale salientar que a satisfação do usuário é um elemento essencial para avaliar a qualidade dos serviços, apesar de ser um tema recente nas avaliações em saúde.³²

A Resolutividade e satisfação do usuário são ferramentas importantes para avaliação do desempenho da atenção à saúde que é oferecida, pois possibilita analisar os resultados obtidos, subsidiando na reorganização dos serviços de saúde.³³

A avaliação dos serviços de saúde é essencial, pois auxilia no planejamento, e no desenvolvimento de ações que possam contribuir para práticas que estejam de acordo com a demanda e as características do sistema de saúde dentro do seu modelo de atenção. Por sua vez, a resolutividade é a capacidade de solucionar problemas de saúde de indivíduos em situação de vulnerabilidade, seja ela social ou biológica, orientada pelo: acesso, longitudinalidade, integralidade, e coordenação do cuidado.³⁴

A PNAB caracteriza a resolutividade como uma diretriz do SUS, fortalecendo a importância de uma atenção básica resolutiva, aplicando as tecnologias de cuidado disponíveis, clínica ampliada, coordenação e continuidade do cuidado do usuário dentro da rede de atenção à saúde, referência e contrarreferência quando houver necessidade. Nesse contexto avalia-se a resolutividade da atenção básica através de indicadores e de questionários de avaliação externa. Avaliar resolutividade nesse nível de atenção é relevante, pois possibilita identificar as fragilidades que dificultam a organização e operacionalização da APS.⁴³

3.2 A Gestão da Condição de Saúde na Atenção Primária

No Brasil, desde o início do século XX até os dias atuais houve o desenvolvimento da Atenção Primária, reconhecendo os avanços na sua organização e identificando que grandes dificuldades devem ser superadas para que os objetivos presentes na política nacional de atenção básica sejam cumpridos e para que possa desempenhar seu papel de organizadora do sistema e coordenadora do cuidado em saúde. Apesar dos avanços, a Atenção Primária ainda enfrenta desafios, como: a reduzida oferta de serviços, infra-estrutura inadequada, insuficiente articulação entre o acolhimento do usuário e a coordenação da atenção.¹⁶

No Brasil, o termo Atenção Básica à Saúde (ABS) significa o primeiro nível de atenção, sustenta-se no princípio da integralidade, que compreende a articulação de ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação. Desse modo, a atenção básica tem uma formulação típica do SUS e é incorporada pela estratégia de saúde da família que a partir da sua construção visa à construção de um novo modelo de atenção à saúde.³⁵

Em meados dos anos 1980 foram desenvolvidas experiências nos municípios com integração entre a universidade e serviços de atenção primária. Um programa da assistência médica previdenciária buscou promover a integração entre os serviços de saúde previdenciários e os serviços de saúde dos municípios com as Ações Integradas de Saúde (AIS). Posteriormente, foi criado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e em seguida o Programa de Saúde da Família (PSF) que foram sendo implantados em todo território nacional, conformando uma política nacional de atenção básica.³⁶

No decorrer do ano de 1990, o Ministério da Saúde (MS) buscava fortalecer as ações de prevenção investindo em programas de ações básicas e tinha como estratégia a reestruturação do modelo de atenção, visando principalmente à promoção da saúde. Diante desses antecedentes foi feita a elaboração do PSF que se materializou através da portaria MS n. 692, de dezembro de 1993. Inicialmente o programa foi implantado nos municípios de pequeno porte, tinha condições de atender a demanda reprimida de atenção primária, porém com capacidade reduzida de garantir a continuidade da atenção.¹⁷

A Atenção Básica (AB) em saúde estava inserida na Política Nacional de Atenção Básica instituída através da Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006. No processo histórico, a Atenção Básica foi se fortalecendo gradativamente e deve se constituir como porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS). A prioridade é consolidar e qualificar a estratégia Saúde da Família como modelo de Atenção Básica e centro das redes de atenção à saúde no SUS.³⁷

Para compreendermos o modelo de Atenção Primária, é preciso antes, compreender o que se entende por modelos de saúde, qual o modelo de saúde instituído pelo Sistema Único de Saúde atualmente e sua evolução ao longo dos anos. Para isso, aborda-se a definição do MS que diz que um modelo de atenção em saúde é uma forma de combinar técnicas e tecnologias para intervir sobre problemas de saúde e atender às necessidades de saúde individuais e coletivas; é ainda uma maneira de organizar os saberes e instrumentos utilizados nas práticas ou processos de trabalho em saúde.³⁸

Segundo Almeida *et al.*,³⁹ a mudança organizacional trazida pela Atenção Básica

tem uma implicação importante na organização do sistema de saúde, uma vez que a atenção básica acabou por ser normatizada como forma privilegiada de acesso, assumindo, então a função de reestruturar todo o modelo de atenção e reorganizar as práticas assistenciais.

Posteriormente, o PSF passou a ser nomeado como Estratégia de Saúde da Família (ESF), sendo considerada a principal estratégia da PNAB para a organização e expansão da Atenção Básica no País.³⁷ A ESF configura-se nas práticas de saúde que são características da sociedade brasileira, como: termos territoriais, populacionais e das ações desenvolvidas no território.³⁵ Desde sua criação, a Saúde da Família foi colocada como uma estratégia para reorganização e fortalecimento da atenção básica, como primeiro nível de atenção, trazendo a ampliação do acesso, a qualificação e reorientação das práticas de saúde.³⁵

A Estratégia Saúde da Família, criada em 1994, na época em forma de programa, por isso o nome “Programa Saúde da Família”, se apresenta como uma nova estratégia do governo federal de reorganizar a atenção básica de saúde. Entre suas atribuições se encontram a ampliação e consolidação do modelo assistencial até então vigente. Porém, mais do que a simples tarefa de ampliação da extensão de cobertura, esse modelo tem como função principal desenvolver ações básicas no primeiro nível de atenção à saúde e assim promover a reorganização da prática assistencial com novos critérios de abordagem provocando um reflexo em todos os níveis do sistema.⁴⁰

Soratto *et al.*⁴¹ nos fala sobre a criação da ESF pelo Ministério da Saúde em 1994, que iniciou-se com o nome Programa Saúde da Família (PSF), onde utiliza princípios da Atenção Primária à Saúde (APS) formulados a partir da Conferência de Alma Ata, fundamentada na da criação do SUS. A construção e implantação da ESF resulta de um conjunto de ideias formuladas por diferentes concepções ideológicas e atores sociais ao longo dos anos, e a forma como a ESF é assumida pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) segue uma trajetória de mudanças e aperfeiçoamentos que procedem principalmente das discussões no campo da saúde.

A saúde bucal inseriu-se na Atenção Básica a partir da Portaria 1.444 de 28 de dezembro de 2000, que estabelecia o incentivo financeiro para reorganização da saúde bucal através do Programa Saúde da Família, desde então se observou um estímulo para expansão da saúde bucal no Brasil. Anos depois, em 2008, o ministério da saúde criou o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) com o objetivo de ampliar a integralidade e resolutividade da APS. Constituído por equipe multiprofissional, contemplando categorias diferentes das que compõe a equipe de saúde da família e saúde bucal, o NASF deve apoiar as equipes de saúde da família, ofertando retaguarda assistencial, educação em saúde e educação permanente. Suas atividades devem ser realizadas de modo compartilhado com as ESFs e em coerência com as diretrizes da PNAB.⁴⁰

O conceito de atenção básica da Estratégia Saúde da Família recomenda equipe de caráter multiprofissional que realize definição de território de abrangência, adscrição de clientela, cadastramento e acompanhamento da população que reside na área.¹⁷ No Brasil, a Política Nacional de Atenção Básica, em acordo entre os gestores federais e os representantes estaduais e municipais, define as responsabilidades de cada esfera de governo, prevê diretrizes e certifica a Estratégia Saúde da Família (ESF) como prioritária para organização da Atenção Básica.³⁷

Posteriormente, a Portaria n. 2436 de 2017, estabeleceu a nova PNAB, determinando a revisão de diretrizes para a organização da atenção básica no âmbito do SUS. A revisão da nova PNAB traz consigo retrocessos e ameaças aos princípios do SUS e seu modelo de atenção à saúde. Os impactos da nova política estão na extinção da obrigatoriedade da presença do ACS que é um profissional essencial no território, dentro da ESF, pois esse profissional que tem o maior vínculo com a comunidade. Há também uma flexibilização da carga horária dos profissionais, possibilitando a atuação de vários profissionais de uma mesma categoria em uma equipe, o que dificulta a criação de vínculo com a população e pode fortalecer ainda mais a atuação do médico para uma atenção curativa.⁴³

Em novembro de 2019, foi aprovado um novo modelo de financiamento para atenção básica, através da criação do Programa Previne Brasil que provocou três principais mudanças: o PAB fixo e variável foi eliminado, agora os recursos federais são repassados de acordo com a população cadastrada, avaliação de desempenho

das equipes e adesão a programas específicos.⁴⁴ Nesse conjunto de mudanças, o Núcleo de Apoio a Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) perdeu o recurso financeiro que era repassado, mensalmente, para manutenção das equipes. Levando a possibilidade real de extinção dessas equipes, na medida em que ficará a cargo do gestor municipal arcar com as despesas das equipes do NASF-AB que decidir manter.⁴⁵

No art. 3º da PNAB a resolutividade está entre as diretrizes, e reforça a importância da atenção básica ser resolutiva articulando entre as tecnologias de cuidado, através da clínica ampliada, do vínculo, ampliando a autonomia dos indivíduos e sendo resolutiva na maioria dos problemas de saúde da população e coordenando o usuário nos outros pontos da rede de atenção quando necessário.⁴³

Um dos atributos essenciais da Atenção Primária é o primeiro contato. Isso significa que deve ser de fácil acesso para funcionar como porta de entrada principal para o sistema de saúde. Estudos internacionais e nacionais trazem resultados positivos em relação à atuação da Atenção Primária que resulta em maior acesso aos serviços de saúde, cuidado qualificado e concentrado em prevenção e redução de cuidado especializado sem necessidade.⁴⁶

No Brasil, esse atributo tem sido reafirmado através da Política Nacional de Atenção Básica que reafirma as unidades básicas de saúde e a estratégia de saúde da família como porta de entrada prioritária para o SUS.⁴³ Em 2019, a cobertura de saúde da família estimada era de 69,9% no território nacional brasileiro, porém a população cadastrada no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) era apenas 42,6%. A partir dos anos 2000 com a implantação da Estratégia de Saúde da Família houve crescimento considerado na cobertura de saúde da família com frequência diferenciada entre as regiões e os diferentes portes populacionais.⁴⁷

Apesar da expansão da cobertura de Atenção Primária, diversos estudos têm apontado que ainda é preciso muitos investimentos para fortalecer a atenção básica, ampliando seu escopo e resolutividade para que ela seja consolidada como porta de entrada e coordenadora da rede de atenção à saúde no SUS.⁴⁸

Segundo Shimizu *et al.*,⁴⁹ o desenvolvimento da Estratégia Saúde da Família (ESF) tem sido importante no aprimoramento da Atenção Primária à Saúde (APS) no

Brasil, que pode ser compreendida como estratégia de reorientação do sistema de saúde, tendo em vista o modelo assistencial mediante a implantação de equipes multiprofissionais.

Em busca de um novo modelo assistencial para cobertura no que diz respeito a atenção às necessidades de saúde do conjunto da população, a ESF reorganiza esse modelo assistencial de saúde brasileiro fundamentada em princípios como universalidade, equidade e integralidade da atenção é de extrema importância para o desenvolvimento do conjunto de ações em saúde. Esse novo modelo assistencial gera um resultado satisfatório ao agrupar um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, incluindo promoção, proteção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde da população.⁴¹

O trabalho em saúde e em equipe multidisciplinar na ESF, muda a centralidade da hegemonia de uma determinada categoria profissional para a proposta de trabalho em equipe multiprofissional e que atue em uma perspectiva interdisciplinar, gerando divisões de responsabilidades e associação de diferentes competências profissionais, e assim melhora na qualidade da assistência, e aproximação dos pacientes a essas equipes multidisciplinar, propiciando uma melhor tomada de decisões no âmbito da saúde.⁴¹

As ações regulamentadas pelo SUS a partir de programas desenvolvidos na ESF determina a promoção da saúde a prevenção de doenças e agravos como responsabilidade de todos os serviços da rede de atenção do SUS. Assim, cabe a este serviço desenvolver ações de vigilância em saúde, exigindo uma postura proativa da equipe de saúde, de modo a estimular as mulheres a adotarem atitudes positivas sobre sua saúde e, principalmente a aderirem à estratégia de rastreamento.⁵⁰

Araújo⁵¹ nos diz que entre seus objetivos institucionais, políticos e sociais, a ESF procura centralizar suas ações de atenção e cuidado à família na perspectiva da integralidade, o que contribui para mudanças expressivas na reorganização da atenção básica. A integralidade pode ser compreendida como um foco para o arranjo continuado do processo de trabalho no cotidiano dos serviços de saúde, na qual precisa conhecer as necessidades de saúde da comunidade que abrange.

A força da Atenção Primária em Saúde está justamente no fato de ter nascido com o objetivo de promover mudanças significativas no modelo de saúde vigente. Segundo Teixeira e Solla,⁵² é vista como uma iniciativa potencial e capaz de reordenar o modelo de atenção vigente nas unidades de saúde, este ainda marcado pela prioridade à demanda espontânea e atendimento ao sintoma.

Segundo o Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS,⁵³ a Atenção Primária abrange o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade, e inserção sociocultural, buscando a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam, de alguma forma, comprometer o aspecto saudável no modo de vida. Utilizar a Atenção Primária como porta principal do sistema de saúde brasileiro tornou-se mais fácil desde a criação da Saúde da Família, seja ao ampliar o acesso das populações aos serviços, ou ao disponibilizar uma série maior de ações de promoção, prevenção e tratamento.

Ao mesmo tempo que a Atenção Primária se comporta como porta de entrada do sistema de assistência, ela constitui-se em um nível independente de atendimento. Sendo que, em se tratando da avaliação do desempenho de papéis, estudos mostram que a porta de entrada é uma das dimensões com melhor avaliação, seja pelos profissionais, seja pelos usuários, com ações desenvolvidas a fim de promover atenção integral, contínua e organizada da população adstrita.⁵⁴

A PNAB caracteriza a Atenção Primária como um conjunto de ações de saúde, que podem ser individuais, familiares ou coletivas, envolvendo promoção, prevenção, recuperação, tratamento, diagnóstico, por meio de um cuidado integral, com uma equipe multiprofissional e para uma população com território definido. No Brasil, a Atenção Primária garante cobertura a aproximadamente 140 milhões de brasileiros e está acessível à demanda por atendimento à praticamente toda a população.⁵² Em 2004 foi implementada pelo Ministério da Saúde a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) denominada como Programa Brasil Sorridente, um dos seus principais eixos é a reorganização da Atenção Primária através das equipes de saúde bucal que estão inseridas na Estratégia de Saúde da Família.⁵⁵

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) determina que o gestor estabeleça métodos para que a avaliação da atenção básica seja institucionalizada e faça parte do processo de trabalho. Existem diversas maneiras para realizar a avaliação da atenção básica, uma das iniciativas do Ministério da Saúde foi o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da atenção Básica (PMAQ-AB).⁵⁶

A PNAB vigente considera os termos Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde como equivalentes, associando a ambas os princípios e as diretrizes.⁴³ O debate entre os conceitos de atenção básica e atenção primária à saúde ainda é atual, pois foi dada a incorporação da cobertura universal de saúde como meta da ODS (Objetivos de Desenvolvimento Sustentável) na agenda de 2030.⁴⁸

3.2.1 Gestão de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)

Devido à tendência de transição demográfica no mundo, muitos são os avanços que temos ao longo desse processo, entretanto, os impactos dessa evolução merecem uma atenção maior, pois grande parte dos efeitos dessas mudanças refletem diretamente no dia a dia das pessoas. Por conta do modo de vida (rotinas de trabalho, alimentação inadequada entre outros) que a maioria da população tem levado, cada vez mais, cresce os números de doentes crônicos não transmissíveis.⁵⁷

Em 2019 mais da metade dos óbitos no Brasil foi causada por doenças e agravos não transmissíveis (DANT), incluindo doenças cardiovasculares, câncer, diabetes mellitus, assim como doenças respiratórias crônicas, são provocadas por uma variedade de fatores relacionados às condições de vida dos indivíduos. Estas são definidas pela acessibilidade a recursos e serviços governamentais, proteção legal, bens e serviços, informação, proteção jurídica, oportunidades de emprego e rendimento e a capacidade de tomar decisões relacionadas com a saúde.⁵⁸

Conforme discorrido anteriormente, as DCNT representam a maior carga de mortalidade no Brasil. Diante disso, segundo dados do Ministério da Saúde, o acometimento por essas doenças resultaram em 738.371 óbitos dentre esses números, grande parte dessas mortes ocorreram precocemente (faixa etária <69 anos), fator que é considerado um grave problema de saúde pública, tendo em vista, que os impactos dessas doenças afetam em diversos contextos sociais, principalmente no meio econômico e nas Redes de Saúde.⁵⁸

No Brasil, as DCNTs equivalem a 74% de morte prematura dos brasileiros, essas se iniciam e evoluem lentamente apresentando múltiplas causas que variam de acordo com o tempo incluindo-se alguns aspectos como a hereditariedade, exposição a fatores ambientais, fatores fisiológicos dentre outros que podem acarretar no aparecimento dessas patologias.⁵⁹

Esses números representam consequências atreladas aos maus hábitos de vida, bem como a falta de uma assistência especializada para haver cobertura de cuidado integral. Silocchi e Junges,⁵⁷ descrevem que a assistência aos pacientes portadores de DCNT tem sido deficiente.

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) são definidas como um conjunto de patologias com múltiplas causas e fatores de risco que são longos de origem infecciosa ou não que podem trazer resultados insatisfatórios como incapacidades funcionais principalmente em idosos.⁶⁰ No Brasil em 2015, as DCNTs foram responsabilizadas por fazerem parte de 75% dos óbitos, onde seus principais grupos de causa são: doenças respiratórias crônica, câncer, diabetes dentre outros. Estes possuem alguns fatores de risco em comum que são alimentação inadequada, tabagismo, consumo abusivo de álcool e outros.⁶¹

As DCNT são agravos à saúde que acometem indivíduos de toda e qualquer faixa etária e/ou classe econômica, possuem como principal característica uma duração longa ou indeterminada, apresentando-se como não estático, uma vez que apresentam episódios de melhora e de piora.⁶²

DCNT são definidas como um grupo de doenças permanentes que geralmente são consequências de diversos fatores, especialmente, os externos. Conforme a Organização Mundial de Saúde (OMS), compreende-se por DCNT às patologias cardiovasculares, respiratórias crônicas, cânceres e diabetes. Essas DCNT correspondem às principais causas de morte no Brasil e no mundo, com isso, constitui-se como o maior problema global de saúde. Estima-se que anualmente cerca de 70% dos óbitos no mundo são decorrentes desse problema.⁶³

Por se tratar de um processo patológico de desenvolvimento complexo e com grandes escalas de impactos negativos, as DCNT se tornaram assunto principal nas esferas governamentais de todo o mundo, tendo em vista que essas doenças

percorrem por todas as classes socioeconômicas. Diante disso, em setembro de 2011, a Organização das Nações Unidas (ONU) convocou uma reunião de alto nível para debater sobre os impactos das DCNT e também propor um desafio de enfrentamento a esse problema, com ações que visem principalmente a promoção e prevenção em saúde.⁶³

Dentre as principais doenças que compõem as DCNT, estão as do sistema cardiovascular, como a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), o câncer, o diabetes mellitus e as doenças respiratórias crônicas, sendo estas, relacionadas principalmente com fatores de riscos modificáveis como etilismo, tabagismo, dislipidemias, obesidade, inatividade física, entre outros.⁶⁴

Dentre as DCNTs mais prevalentes na atenção primária está a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus tendo altas taxas de complicações e mortalidade no mundo. A prevalência se dá por fatores de risco como idade, sexo, obesidade, alimentação inadequada, dentre outros. Diante disso, a APS é um instrumento efetivo na intervenção do curso das DCNTs que impactam a saúde pública no Brasil.⁶⁵

As DCNTs levam as pessoas acometidas a incapacidades, que geram sofrimentos, custos adicionais aos pacientes e seus familiares, redução da produtividade da população, custos intangíveis, além de provocar um impacto financeiro no sistema de saúde.⁶³

3.2.2 Gestão dos Transtornos de Saúde Mental

A Organização Mundial da Saúde – WHO⁵⁷ define saúde mental como essencial para a vida de todas as pessoas, influenciando pensamentos, sentimentos, ações e a capacidade de tomar decisões, construir relacionamentos e moldar o ambiente. Reconhecida como um direito humano fundamental, a saúde mental é crucial para o desenvolvimento individual, comunitário e socioeconômico. É igualmente importante à saúde física, permitindo que os indivíduos lidem com os desafios da vida, realizem suas habilidades, aprendam, trabalhem e contribuam para a sociedade. Quando a saúde mental está preservada, as pessoas conseguem se conectar, funcionar, enfrentar adversidades e prosperar. Em contrapartida, sua ausência, associada à falta de suporte adequado, pode prejudicar o bem-estar, alterar pensamentos e

comportamentos, comprometer a saúde física e afetar negativamente relações, educação e meios de subsistência.

Cerca de 15% da população trabalhadora mundial enfrenta algum transtorno mental em determinado momento, o que pode impactar significativamente a produtividade e o desempenho econômico. A saúde mental está interligada a praticamente todas as questões centrais do desenvolvimento internacional e influencia muitos dos 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). Além disso, é afetada por esses mesmos objetivos.⁶⁶

Explica-se que transtornos mentais e comportamentais são condições individualizadas por alterações mórbidas relacionadas ao pensamento, humor ou por alterações patológicas do comportamento integradas com angústia significativa e degradação do funcionamento psíquico global. São patologias psíquicas de significativa prevalência nas sociedades atuais, que comprometem pessoas de distintas faixas etárias e ocasionam sofrimento para indivíduo, família, trabalho e comunidade.⁶⁷

Parafraseando a Organização Pan Americana da Saúde - OPAS,⁶⁸ os determinantes da saúde mental e dos transtornos mentais são multifacetados, envolvendo não apenas características individuais, como a habilidade de gerenciar pensamentos, emoções, comportamentos e interações sociais, mas também uma ampla gama de fatores sociais, culturais, econômicos, políticos e ambientais. Isso inclui políticas nacionais, sistemas de proteção social, padrões de vida, condições de trabalho e apoio comunitário. Além disso, o estresse, a genética, a nutrição, as infecções perinatais e a exposição a riscos ambientais são elementos adicionais que desempenham papéis significativos na manifestação dos transtornos mentais. Esses fatores interagem de maneiras complexas e podem influenciar tanto o desenvolvimento quanto a gravidade dos transtornos mentais em diferentes indivíduos.⁶⁸

No passado, os primeiros casos de transtornos de saúde mental foram identificados por volta de 460-370 a.C., descritos pelo médico grego Hipócrates, que foi um dos primeiros a detalhar e classificar casos de saúde mental, como melancolia, insanidade, paranoia, pânico, epilepsia, dentre outros. Já no século 20, com os

avanços da medicina e da psicologia, ocorreu um melhor entendimento dos transtornos mentais, apesar de atualmente ainda se tratar de doenças complexas, com causas e tratamentos ainda não totalmente elucidados.⁶⁹

Atualmente, os transtornos de saúde mental são um dos principais problemas de saúde pública no Brasil e no mundo. A saúde mental compõe uma gama de doenças como depressão, ansiedade, transtorno bipolar, esquizofrenia, transtornos de personalidade, transtornos alimentares e transtornos de abuso de substâncias.⁷⁰

É importante entender, assim, que a saúde mental não é um estado binário, mas um contínuo complexo que varia de um bem-estar ideal a estados debilitantes de sofrimento. Embora os diagnósticos clínicos descrevam transtornos mentais específicos, a psicopatologia se manifesta em múltiplas dimensões, como ansiedade, humor, percepção e interação social. Ter um transtorno mental não implica necessariamente em baixos níveis de bem-estar mental, assim como alguém com uma condição física pode estar fisicamente apto. Indivíduos com transtornos mentais, mesmo graves, podem apresentar alto bem-estar. As experiências ao longo do contínuo de saúde mental variam amplamente, tanto em intensidade quanto em impacto, com diferentes desfechos sociais e clínicos. Condições como depressão e ansiedade podem se manifestar de forma leve e breve ou evoluir para casos graves e prolongados.⁶⁶

Os Transtornos Mentais Comuns (TMC), de acordo com a Secretaria de Política de Atenção à Saúde - SPAH,⁷¹ se manifestam por meio de sintomas como insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas. Estes podem ser duradouros, transitórios ou recorrentes, impactando significativamente as atividades diárias do indivíduo.

Os transtornos mentais comuns representam os quadros menos graves e mais frequentes de transtorno mental. O desenvolvimento do TMC pode estar ligado a diversos fatores como sexo, faixa etária, situação conjugal, condições de vida e de trabalho. Alguns sintomas como angústia, isolamento, irritabilidade, insônia, esquecimento, e distúrbios físicos como diarreia, cefaleia e emagrecimento seriam indicativos desse transtorno.⁷⁰

Para Guedes,⁷² destacou-se a questão da multifatoriedade da ausência de saúde mental (estresse, depressão, ansiedade, entre outros). Seu estudo trouxe que fatores estressores pessoais (cobranças, medo e insegurança) e sociais (indisponibilidade para realizar atividades associativas e de lazer, perspectivas profissionais) estariam diretamente relacionados com os TMC.

Os Transtornos Mentais Graves (TMG), conforme o estudo de Dalgarrondo,⁷³ causam grande sofrimento aos indivíduos acometidos, exigindo, em alguns casos, tratamento especializado. Observa-se nesses casos uma diminuição da capacidade de lidar com as adversidades do ambiente, além das dificuldades intrínsecas às alterações psicopatológicas.

A compreensão multifacetada dos determinantes da saúde mental e dos transtornos mentais exige uma abordagem multidisciplinar que considere os diversos fatores envolvidos. Políticas públicas eficazes, sistemas de saúde robustos, ambientes de trabalho saudáveis, apoio social e familiar, acesso a serviços de saúde mental de qualidade e ações de promoção da saúde mental são elementos essenciais para a construção de uma sociedade mais justa e inclusiva, onde o bem-estar mental seja um direito fundamental de todos.⁷³

A morbidade relacionada aos transtornos mentais apresenta-se em níveis considerados elevados, exercendo também influência em comorbidades como diabetes e doenças cardiovasculares, o que, além de reduzir mais ainda a qualidade de vida dos trabalhadores, compromete o desempenho global do indivíduo.⁶⁷

O tratamento de todos os transtornos mentais representa um alto custo, logo deve-se pensar em estratégias que melhorem a saúde mental, e consequentemente a saúde física. Dessa forma, as medidas adequadas no cuidado da saúde psíquica objetivam minimizar o sofrimento psicológico vivenciado, assim como evitar danos maiores no futuro do paciente.⁷⁴

As ameaças globais à saúde mental, como crises econômicas, polarização social, emergências humanitárias, deslocamentos forçados e a crise climática, afetam populações inteiras e intensificam o risco de transtornos mentais. Esses fatores muitas vezes interagem, agravando seus impactos, como em situações onde crises climáticas desencadeiam emergências humanitárias e deslocamentos que

aumentam desigualdades sociais. Crises econômicas, em particular, estão ligadas ao aumento de suicídios, depressão, ansiedade e abuso de substâncias, especialmente entre os mais pobres, como observado na crise de 2008 e na pandemia de COVID-19, que ampliaram desigualdades e agravaram os desafios de saúde mental.⁶⁶

A saúde mental tem se tornado uma preocupação crescente no Brasil, com 52% da população considerando-a o principal desafio para o bem-estar coletivo, segundo a pesquisa *Global Health Service Monitor 2023* da Ipsos.⁷⁵ Desde 2018, houve um aumento significativo na percepção pública sobre a importância desse tema, passando de 18% em 2018 para 49% em 2022. Esse crescimento reflete uma tendência global, embora o Brasil apresente uma preocupação maior do que a média mundial, que é de 44%.⁷⁵ A pesquisa revela uma evolução na conscientização sobre a saúde mental, destacando-a como uma questão central para políticas públicas e o cuidado social.

Emergências de saúde pública também têm impactos severos e duradouros, exacerbando condições preexistentes e gerando novas. Exemplos como a epidemia de Ebola e a pandemia de COVID-19 mostram efeitos como ansiedade, luto prolongado, estigmatização e isolamento social, além de desestruturação de sistemas de apoio. Além disso, algumas doenças infecciosas, como o Zika vírus e a COVID-19, estão associadas a complicações neurológicas que afetam a saúde mental, evidenciando a necessidade urgente de ações globais para mitigar esses riscos e fortalecer o suporte psicológico.⁶⁶

Os problemas de saúde mental, como ansiedade e depressão, têm se tornado cada vez mais prevalentes mundialmente, com o Brasil apresentando a maior taxa de ansiedade, afetando cerca de 9,3% da população.⁶⁶ Recentes dados indicam que 86% dos brasileiros sofrem de algum transtorno mental. Para sensibilizar a sociedade sobre a importância do cuidado com a saúde mental, foi criada, em 2014, a campanha Janeiro Branco, com o objetivo de promover o autoconhecimento, a prevenção de doenças e a busca por qualidade de vida. A ansiedade, depressão e outros transtornos psíquicos são frequentemente mal compreendidos e as pessoas afetadas enfrentam estigma e exclusão devido a concepções equivocadas que precisam ser esclarecidas.

No cenário internacional, a Inglaterra se destaca há mais de duas décadas como referência na pesquisa de estratégias educacionais voltadas para a saúde mental na Atenção Primária. O primeiro estudo aprofundado sobre o tema foi publicado nos anos 1980 pelos professores Goldberg *et al*, vinculados ao Instituto de Psiquiatria de Londres. Outras pesquisas apontaram que fatores como traços da personalidade dos médicos generalistas e suas habilidades na condução da entrevista clínica influenciavam diretamente sua capacidade de identificar distúrbios emocionais em seus pacientes.⁷⁶

Já em Portugal os serviços de SM têm um sistema de gestão e financiamento considerado por alguns autores, disfuncional, no desenvolvimento e melhoria dos cuidados prestados. Existe uma fragmentação de resposta que não atende de forma eficiente a interface entre a AP e os cuidados em níveis secundários e terciários, o que leva a uma perda na eficiência global. Além disso, persistem indefinições na aplicação das políticas de Saúde Mental, coexistindo diferentes modelos de articulação que, frequentemente, por serem superficiais ou mesmo mal executados, não se consolidam com o tempo.^{77, 78}

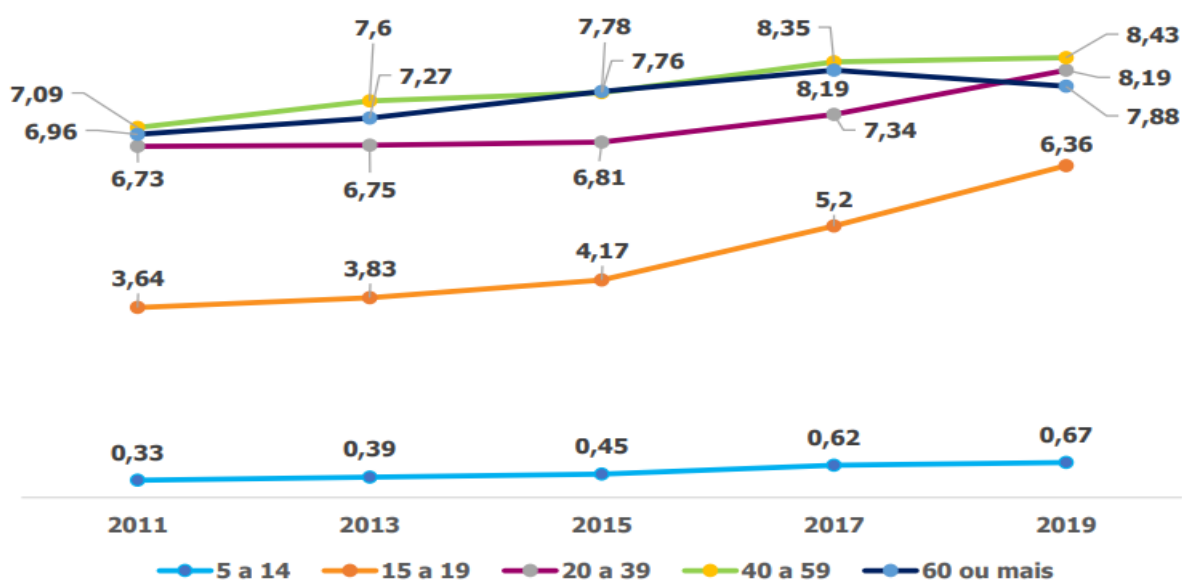
De acordo com a OPAS,⁷⁹ os transtornos mentais afetam quase um bilhão de pessoas no mundo, incluindo 14% dos adolescentes. Eles são a principal causa de incapacidade, representando um em cada seis anos vividos com incapacidade, e contribuem significativamente para a mortalidade precoce, com pessoas com condições graves de saúde mental morrendo 10 a 20 anos mais cedo, principalmente devido a doenças físicas evitáveis. Fatores como abuso infantil, desigualdades sociais, emergências de saúde pública e crises climáticas são causas importantes desses transtornos.

A pandemia de COVID-19 exacerbou problemas como depressão e ansiedade, que aumentaram em mais de 25%. Além disso, o estigma, discriminação e a violação dos direitos humanos são comuns em muitas comunidades, afetando especialmente os mais pobres e desfavorecidos, que têm menos acesso a cuidados de saúde mental adequados. A OPAS⁷⁹ destaca também as lacunas no acesso aos serviços de saúde mental, com uma grande parte da população mundial, especialmente em países de baixa renda, sem acesso a tratamentos eficazes, o que ressalta a necessidade urgente de mudança nos sistemas de saúde mental e no combate ao estigma.

Em 2019, aproximadamente 970 milhões de pessoas no mundo viviam com transtornos mentais, sendo 82% dessas pessoas em países de renda baixa e média. Entre 2000 e 2019, houve um aumento de 25% no número de pessoas com transtornos mentais, embora a prevalência ponto tenha permanecido estável em torno de 13%. A prevalência de transtornos mentais varia com o sexo e a idade, com transtornos de ansiedade e depressão sendo os mais comuns.⁶⁶

Os dados sobre mortalidade por suicídio indicam um aumento nas taxas de mortes em todas as faixas etárias, com destaque para as faixas de 5 a 14 anos (103% de aumento) e de 15 a 19 anos (75% de aumento) entre 2011 e 2019 (Gráfico 1).⁸⁰ Além disso, a taxa de mortalidade por suicídio é significativamente mais alta entre os homens, sendo aproximadamente quatro vezes maior do que entre as mulheres.

Gráfico 1. Evolução das taxas de mortalidade por suicídio, segundo faixa etária – Brasil, 2011 a 2019 (por 100 mil habitantes)⁸⁰



No período analisado (2011-2019), a taxa aumentou 22% entre os homens e 28% entre as mulheres. Quanto ao perfil das vítimas, observa-se que, entre 2011 e 2015, a maioria dos óbitos por suicídio ocorreu entre indivíduos solteiros, viúvos ou divorciados, representando 60,3% dos homens e 60,7% das mulheres.⁸⁰ A prevalência de transtornos mentais varia com o sexo e a idade, com transtornos de ansiedade e depressão sendo os mais comuns.

3.2.2.1 Ansiedade

Muitas vezes em seu cotidiano, o ser humano se depara com situações em que a ansiedade o envolve por inteiro, mas passada a situação ele retorna ao seu estado normal, contudo, existem pessoas nas quais essa situação não é passageira, torna-se algo incontrollável, se configurando como um pavor constante que vai além do normal. Em alguns casos existe um motivo que a leva a essa condição, a chamada ansiedade exógena, e em outros casos não existe motivo algum para se explicar o porquê da ansiedade, passando a ser a ansiedade endógena.

A ansiedade humana vem sendo relatada há milênios. Já se descobriram inscrições que remontam à era antes de Cristo e relatos na literatura leiga dos séculos subsequentes que nos remetem a pensar no fenômeno. A questão, todavia, não despertou interesse na Medicina, principalmente quando fazemos comparações com os tipos de estudos atuais sobre o tema.⁸¹ Na realidade, a ansiedade só veio ter importância na cultura ocidental a partir do final do século XIX.⁸²

Mesmo nesse século, o assunto não foi estudado logo no início. Jasper⁸³ refere que o número de artigos sobre ansiedade listados no *Psychological Abstracts*, em 1927, era de apenas três. Nas últimas décadas, porém, o tema tem sido alvo de inúmeros estudos, podendo-se dizer que se a ansiedade não dá sossego aos homens, os homens, em resposta, resolveram não dar sossego à ansiedade. Ela vem sendo atacada por todos os seus flancos: psicanalítico, cognitivo-comportamental, biológico, sociológico, antropológico.⁸²

A partir dos anos 50, especialmente na Europa, o Existencialismo tornou-se intelectualmente popular e contribuiu, desta forma, para o desenvolvimento do interesse dos psiquiatras pela ansiedade. Ey *et al.*,⁸⁴ afirmam que a angústia é uma das características da condição humana, e mais, o medo é encontrado em todos os animais e tem por objeto as ameaças de um perigo exterior. A angústia enquanto reação contra uma ameaça interna, o medo de si mesmo, é específico do Homem.

Segundo Pichot,⁸⁵ a ansiedade é um estado emocional desagradável que em geral consiste fenomenologicamente de três condições essenciais: a) sentimento ou sensação de perigo iminente; b) atitude de expectativa em relação a esse perigo; c) sentido de desorganização, com sensação de desamparo diante do perigo. Mesmo

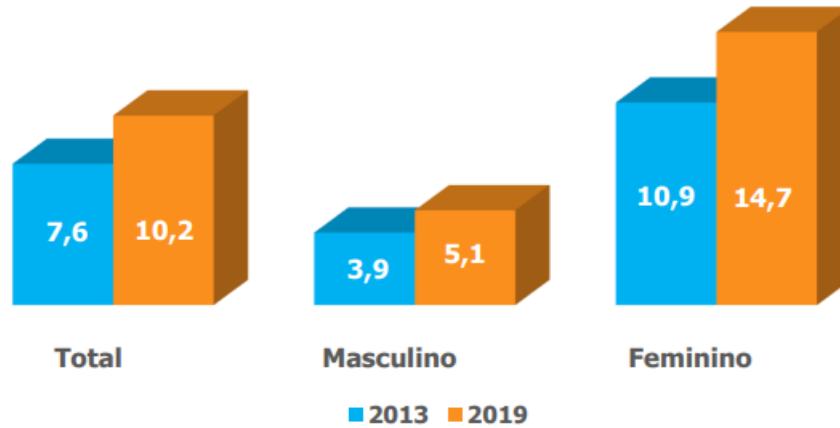
com o preenchimento destes atributos, porém, não se consegue descrever um inequívoco estado patológico. Afinal, esses sentimentos foram ou serão experimentados por todas as pessoas em diversas situações e épocas de suas vidas, sem que se possa considerá-las doentes. Além disso, são fenômenos que também ocorrem medo.

Os transtornos de ansiedade geralmente se manifestam mais cedo do que os transtornos depressivos, que são raros antes dos 10 anos, mas aumentam na vida adulta, especialmente entre os 50 e 69 anos. Em 2019, 301 milhões de pessoas viviam com transtornos de ansiedade e 280 milhões com transtornos depressivos. Além disso, em 2019, 24 milhões de pessoas viviam com esquizofrenia e 40 milhões com transtorno bipolar, condições que afetam principalmente a população em idade ativa. A pandemia de COVID-19 em 2020 resultou em um aumento significativo nesses números, exacerbando os casos de depressão e ansiedade.⁶⁶

3.2.2.2 Depressão

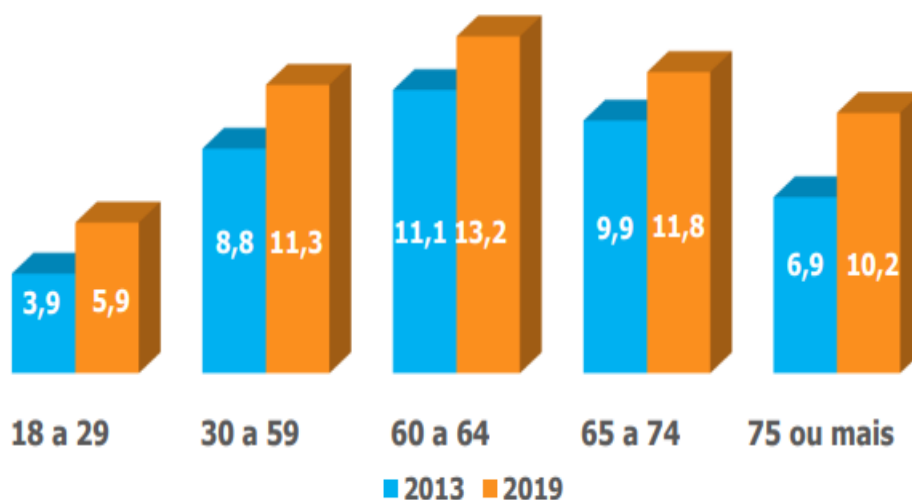
Dados do IBGE indicam um aumento expressivo na prevalência de diagnóstico de depressão no Brasil entre 2013 e 2019. Em 2019, 10,2% da população adulta, cerca de 16,3 milhões de pessoas, relataram ter recebido diagnóstico de depressão, representando um aumento de 34% em relação a 2013 (7,6%). Mulheres apresentaram taxas significativamente maiores do que homens, com 2,8 vezes mais casos, e o crescimento foi ligeiramente superior entre elas (35%) em comparação aos homens (31%) (Gráfico 2).⁸⁰

Gráfico 2. Pessoas com 18 anos ou mais de idade que referem diagnóstico de depressão por profissional de saúde mental, por sexo – Brasil, 2013 e 2019 (%)⁸⁰



Entre as faixas etárias, idosos de 60 a 64 anos foram os mais afetados em 2019, com 13,2% diagnosticados, enquanto jovens adultos de 18 a 29 anos apresentaram o menor índice (5,9%). No entanto, essa última faixa etária teve o maior aumento proporcional no período, com um salto de 51%, seguida por idosos com 75 anos ou mais, que registraram crescimento de 48% (Gráfico 3).⁸⁰ Esses dados ressaltam mudanças relevantes na distribuição e crescimento da depressão na população brasileira.

Gráfico 3. Pessoas com 18 anos ou mais de idade que referem diagnóstico de depressão por profissional de saúde mental, por idade - Brasil, 2013 e 2019 (%)⁸⁰



Na terceira idade, a depressão é o transtorno mental mais comum e tratável, sendo uma preocupação significativa de saúde pública, uma vez que 7% dos idosos desenvolvem transtorno depressivo maior.^{86,87} No Brasil, de acordo com dados da Pesquisa Nacional em Saúde (PNS) realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE,⁸⁸ os idosos entre 60 e 64 anos representam a faixa etária proporcionalmente mais afetada (13,2%), enquanto aqueles com idade entre 65 e 74 anos representam 11,8% de diagnósticos e aqueles com 75 anos ou mais, 10,2%.

Dados mais recentes de 2022 apontam que a prevalência de depressão entre a população brasileira aumentou significativamente, com destaque para um crescimento expressivo entre os jovens adultos e idosos. Entre os idosos de 75 anos ou mais, a taxa de diagnóstico chegou a 12,5%, refletindo um aumento em relação aos dados de 2019.^{80*} Ratifica-se, assim, como um problema de saúde pública que demanda atenção.

3.2.2.3 Situações de risco em saúde mental na atenção básica

No contexto da assistência em saúde mental (SM), frente a um cenário global marcado pela escassez de recursos e pela insuficiência de acesso a tratamentos para transtornos mentais, a APS tem se destacado como um elemento essencial no cuidado, no entanto, a adoção de ferramentas que possibilitem a quantificação e organização dessa demanda nos serviços de saúde ainda representa um desafio para os profissionais da área.^{89,90,91,92}

As diretrizes de cuidado em SM estabelecidas pelo Ministério da Saúde recomendam a utilização de instrumentos que, de modo geral, auxiliam na identificação de condições como depressão, ansiedade e transtornos relacionados ao consumo de álcool. No entanto, observa-se a carência de ferramentas que orientem os profissionais no processo de escalonamento do cuidado em SM dentro dos territórios de atuação.⁹³

Dessa forma, a qualificação em saúde mental dos profissionais que atuam na APS, especialmente na Estratégia Saúde da Família (ESF), revela-se essencial. O próprio Ministério da Saúde reconhece que estruturar uma política voltada para a formação de recursos humanos na área de saúde mental é fundamental para consolidar a Reforma da Assistência Psiquiátrica no Brasil. No entanto, a maior parte dos

especialistas em psiquiatria está concentrada nos grandes centros urbanos, enquanto os programas de capacitação formal são escassos e geograficamente restritos. Além disso, faltam mecanismos de supervisão contínua e estratégias para fixação de profissionais em áreas do interior. Como resultado, a ausência de serviços adequados para casos clínicos mais graves leva ao encaminhamento frequente de usuários para internações em hospitais psiquiátricos, majoritariamente localizados nos grandes centros urbanos.⁹⁴

3.4 Especialidade de Medicina da Família e Comunidade: Pressupostos Teóricos, Legais e Competências

A Atenção Primária à Saúde (APS) tem sido reconhecida globalmente como um componente fundamental dos sistemas de saúde eficazes e o médico de família e comunidade está inserido como um dos atores principais desse modelo de atenção, cujo papel é essencial na promoção da saúde, prevenção de doenças e coordenação do cuidado de forma integral e acessível. A formação adequada desses profissionais desempenha um papel crucial na garantia de qualidade e eficiência dos serviços da APS.

No Brasil sempre ocorreu uma carência histórica de profissionais médicos formados para trabalhar no sistema de saúde, principalmente em áreas vulneráveis e afastadas da capital, cenário demonstrado ano após ano nos relatórios de demografia médica. Essa carência se repete na Medicina de Família e Comunidade (MFC) que, desde o princípio da sua diferenciação como especialidade, passou por vários momentos conturbados, com reflexo negativo na quantidade de profissionais especializados formados nessa área.⁹⁵

Mesmo tendo um papel importante no cerne da APS, devido à falta de profissionais, no Brasil não é necessário ser especialista para atuar na área, diferente de outros países como Inglaterra e Canadá, que possuem o sistema de saúde baseados na APS fortalecida onde é obrigatório ter a formação em MFC, (que pode possuir outras denominações a depender da língua do país) para atuar na APS. Por isso, é comum que a atuação na APS seja vista como algo temporário pelos médicos que se formam, não sendo valorizada como uma carreira.⁹⁵

De acordo com Freeman,⁹⁶ a Medicina de Família e Comunidade (MFC) se diferenciou como especialidade médica durante a década de 1960 em resposta às transições epidemiológicas e à subespecialização da comunidade profissional. O processo de criação de subespecialidades gerava uma intensa fragmentação do cuidado e acabava gerando atritos na relação médico-paciente. Um dos elementos relacionados a esse processo, está relacionado ao avanço tecnológico cada vez mais integrado às especialidades focais com consequências diretas nas consultas médicas. Estas últimas passaram a ser totalmente focadas na doença distanciando ainda mais o paciente do médico.

Nesse cenário surgiu a necessidade de um novo médico generalista para se diferenciar do clínico geral em função do avanço da quantidade de competências necessárias para o trabalho clínico em um cenário social cada vez mais adverso. Nessa mesma época ocorreu a integração de matérias específicas da especialidade MFC na graduação médica e surgiram os primeiros currículos de competências nos Estados Unidos, Canadá, Austrália e Inglaterra, que tratavam o médico de família e comunidade como especialista em APS.⁹⁶

Nas décadas de 60 e 70 as residências médicas no Brasil começaram a ser estruturadas e dentre elas a especialidade de medicina geral e comunitária tomou forma em algumas poucas cidades. Em 1977 foi formada a Comissão Nacional de Residências Médicas (CNRM) que colocava a medicina preventiva e social (MPS) como uma das prioridades, juntamente com a cirurgia geral, pediatria, ginecologia e obstetrícia. Os médicos formados na especialidade MPS se denominavam médicos sanitaristas.²³

Na década de 80, no Brasil existia uma discussão sobre a formação do médico generalista ser orientada para a APS. A dúvida era se essa formação se daria pela residência de medicina preventiva social ou se criaria uma especialidade específica, além disso ainda se discutia se a formação deveria ser pela graduação. Os sanitaristas da residência de medicina preventiva e social não concordavam com a formação do médico generalista por uma residência e entraram em confronto com os médicos da medicina geral e comunitária.²³

A disputa e a confusão conceitual entre medicina preventiva e medicina de família, e

uma falsa dicotomia entre saúde coletiva e saúde individual, se mantiveram até os anos 2000, sendo que, apenas a partir dessa época, passou a ser mais bem definida por meio da produção científica conduzida pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade.²³

Conforme Aguiar,⁹⁷ A SBMFC teve uma história conturbada de muitos períodos de desativação e reativação. Porém com a expansão da APS no país e a área se tornando um campo de trabalho mais consistente, em 2001 a especialidade acabou se firmando como é conhecida até hoje: Medicina de Família e Comunidade. Os anos seguintes a essas tensões trouxeram muitas mudanças nos sistemas de saúde de alguns países. Alguns conseguiram realizar a implementação de sistemas baseados na APS, já outros fizeram algumas mudanças estruturais nos seus conceitos sobre a atenção primária.

Outros locais tiveram dificuldades econômicas ou políticas para perseguir a atenção primária como caminho devido ao seu caráter contra hegemônico. Assim, até os anos 2000 foram realizados diversos eventos para retomar essas discussões e tentar aumentar a cobertura da APS frente ao movimento contrário realizado pela globalização.⁹⁷

Ao ser adotado como o novo modelo tecnoassistencial de reorientação da atenção básica no país como um todo, o PSF passou a ser chamada de Estratégia Saúde da Família (ESF), que, além do reconhecimento internacional, passou a ser amplamente discutida pelos gestores e usuários. É neste contexto que a ESF traz a MFC como ponto crucial dentro da APS.²³

A ESF manteve bons resultados de saúde e satisfação dos usuários durante um bom período. Contudo, pouco a pouco, foi se percebendo que um dos fatores determinantes para os problemas da insatisfação com as ESF era a falta de formação adequada dos profissionais em APS. Com os programas de expansão da ESF, foi necessário cada vez mais profissionais formados para trabalhar na APS e isso acabou demonstrando que a ESF acabava funcionando de forma heterogênea com alguns serviços centrados no usuário e outros centrados no médico e isso dependia muito da formação que esse profissional teve antes de chegar no mercado de trabalho.⁹⁸

Segundo Amoretti,⁹⁹ retornarmos à discussão iniciada na década de 80 de onde deveria ocorrer a formação do médico generalista, na graduação ou na residência, percebemos que chegamos aos tempos atuais com uma força de trabalho completamente heterogênea na APS no Brasil. Além dos médicos generalistas que não tiveram enfoque em APS na graduação, é comum termos especialistas focais assumindo equipes de ESF. Alocar especialistas focais para o trabalho na APS é considerar uma forma de desqualificar o trabalho na APS. O especialista focal gera encaminhamentos e pedidos de exames desnecessários onerando os usuários e o sistema de saúde, além de diminuir a eficiência do sistema como um todo.

Outra característica marcante no perfil dos médicos que atendem na APS é a alta rotatividade dificultando a criação de vínculo com os pacientes e ferindo o princípio de longitudinalidade. Tendo a APS como porta de entrada dos médicos ao mundo do trabalho, é comum médicos recém-formados saírem das equipes após um ano de trabalho após aprovados em provas de residências de outras especialidades.⁹⁹ Assim um dos grandes problemas da ESF é a falta de mão de obra qualificada e especializada, e, quando essa existe, acaba se concentrando em áreas urbanas dificultando o planejamento e gerenciamento em áreas de vulnerabilidade social.¹⁰⁰

Para Andrade *et al.*,¹⁰¹ sempre que é discutido sobre a reorganização de modelos de sistemas de saúde, a MFC acaba ganhando destaque. Em outros países, a MFC é nomeada como: medicina geral e familiar, familiar e comunitária, geral e integral, familiar, generalista e comunitária. A autora traz ainda que ultimamente até mesmo os planos de saúde privados vem organizando e ofertando serviços baseados em APS e MFC devido a economia gerada. O médico de família e comunidade muitas vezes é formado utilizando recursos do SUS e leva seu conhecimento para o mercado da saúde suplementar diminuindo ainda mais a presença desse profissional na APS.

O estudo de Breinbauer *et al.*¹⁰² ajuda a entender esse movimento. Os autores demonstraram que a falta de especialistas em APS é notada em vários países e uma grande parcela disso é a falta de interesse dos graduandos em medicina de seguir essa carreira. Isto se deve, principalmente, ao fato de as graduações perpetuaram a prática de uma formação hospitalocêntrica com um cuidado fragmentado e hiperespecializado.

Atualmente no Brasil existem duas formas de se tornar especialista em MFC: a) realizando a residência médica que tem duração de 2 anos ou, b) realizando a prova de título reconhecida pela Associação Médica Brasileira e aplicada pela SBMFC. Para realizar a prova é necessário ter 4 anos de experiência atuando em uma unidade de saúde. Além da prova, uma parte da nota para obtenção do título é dada através de avaliação de currículo onde se pontuam experiência, cursos e participações em eventos da área. De acordo com a Associação Médica Brasileira (AMB), em 2023, iniciou-se o ano com 11255 médicos titulados em MFC, número inferior às aproximadamente 42000 equipes ESF no país.²³

Devido a esse número insuficiente, a grande maioria dos trabalhadores da APS no Brasil não tem formação específica para tal. Em um estudo realizado com médicos trabalhando na APS de Fortaleza, Ceará, Maranhão *et al.*¹⁰³ identificaram que 67,3% dos médicos não tinham especialização e, dos 23,2% que tinham especialização, 10,3% possuíam título via residência e 12,9% possuíam título pela SBMFC. Outro estudo realizado em Belo Horizonte, Minas Gerais, encontrou resultados parecidos onde 22% realizaram residência médica, 32% foram titulados pela SBMFC e 32% realizaram curso de especialização lato sensu. Estes números sugerem uma importância às especializações lato sensu como as principais formadoras de médicos de família e comunidade no Brasil em 2024.¹⁰⁴

É evidente que a MFC e a APS compartilham muitas características e é conhecido que os locais, em que o sistema de saúde é orientado para atenção primária com a presença do médico de família e comunidade, apresentam melhores resultados de saúde. Porém esses sistemas sofrem com a dificuldade de mão de obra qualificada e formada para este nível de atenção o que impactam no fortalecimento da APS como um todo. Além disso, sempre é discutido qual caminho deveria ser utilizado para aproximar a graduação e os médicos não especialistas desses princípios.¹⁰⁵

Correndo pela paralela, a reforma da educação médica na graduação, que está ocorrendo até hoje, a lei do Mais Médicos realizou uma valorização da residência em MFC com aumento de vagas e estímulo para formação de preceptores e nesse cenário a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade - SBMFC,¹⁰⁶ utilizando do conceito de aprendizagem significativa e competências iniciando no ano de 2014 com a criação de um currículo baseado em competências para MFC.

Um programa com o currículo baseado em competências significa analisar os processos de trabalho do médico de família e comunidade e determinar quais são os conhecimentos, atitudes e habilidades necessários para sua atuação e traduzir em competências a serem adquiridas.¹⁰⁷

De acordo com a SBMFC,¹⁰⁶ o currículo de competências para MFC foi estruturado através de quatro etapas, que foram: a) uma oficina para elaboração inicial do currículo, b) uma revisão de conteúdo através de metodologia Delphi com especialistas que eram experientes em formação médica, c) uma consulta pública e d) um painel com especialistas que avaliaram todo o processo anterior e revisaram o material. O currículo foi estruturado em áreas: “fundamentos”, “atenção à saúde”, “formação optativa” e “formação complementar”.

Dentre as competências essenciais na formação do MFC no tópico de abordagem a problemas de saúde mental, destaca-se: Conhecer ferramentas mínimas para abordagem familiar; fazer o diagnóstico diferencial das principais síndromes e distúrbios de humor, fóbico ansiosos e demências; manejar a terapia farmacológica e não farmacológicas para os problemas mais frequentes de saúde mental; reconhecer e diferenciar a severidade de surtos psico-mentais; coordenar o cuidado de pacientes com problemas de saúde mental; identificar casos complexos de saúde mental e comorbidades e reconhecer o amplo impacto dos problemas de saúde mental no indivíduo, família e sistema de saúde¹⁰⁶

3.5 A interface da graduação em medicina x vivência na APS

Meireles, Fernandes e Silva¹⁰⁸ esclarecem que a graduação médica vinha sofrendo várias críticas até o ano de 2001 quando foram criadas as primeiras DCN para a graduação de medicina, na tentativa de mudar a visão do modelo flexneriano, centrado na doença e no hospital. Mesmo que fosse uma reforma importante, ela não contemplava alguns aspectos essenciais para a APS do país, como a humanização do atendimento. Outro ponto importante não tratado na DCN de 2001 era a orientação da formação voltada para APS e nem mesmo eram propostas discussões sobre saúde coletiva. Assim, paralelamente a criação do programa Mais Médicos no ano de 2013 que continha em seu conteúdo um eixo para melhorias na formação médica, em 2014 foi publicada uma nova DCN para o curso de medicina.

A principal mudança da DCN de 2001 para a de 2014 foi se pautar na saúde coletiva para as novas competências que foram divididas em três eixos principais: 'Atenção à Saúde', 'Gestão em Saúde' e 'Educação em Saúde'. O eixo 'Atenção à Saúde' promoveu uma reformulação do paradigma biomédico trazendo o usuário para o centro do cuidado, que passaria agora a ser centrado na pessoa, aproximando-se de uma visão clínica ampliada e o cuidado individual da saúde coletiva. As competências do eixo 'Educação em Saúde' trazem estratégias para fortalecer a promoção e prevenção em saúde, alinhando-se mais da APS. No eixo 'Gestão em Saúde' foram destacadas competências que formavam um médico generalista resolutivo, levando em conta as demandas e características da comunidade em que está inserido.¹⁰⁹

Apesar dessas mudanças sutis, a DCN 2014 não descreve os ambientes onde devem ser treinados os estudantes e nem como deve ocorrer essa formação das competências em saúde coletiva que foram apresentadas sem a profundidade necessária, como foi descrito no caso dos ambientes de treinamento sobre a saúde individual.¹¹⁰

Segundo Oliveira *et al.*,¹¹¹ a DCN 2014 colocava que a formação em saúde deve ser realizada na forma de metodologias ativas de ensino, a fim de formar o profissional crítico e reflexivo, somado a qualidade técnica. As metodologias ativas de ensino têm a capacidade de promover a proatividade do aluno e consegue integrar os conhecimentos técnicos com a realidade através das atitudes e habilidades, podendo ser avaliado através de competências que indicariam o que é requerido daquele indivíduo em determinado cenário.

4 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo observacional, tipo corte transversal, analítico. Esse estudo é parte de projeto maior, intitulado “Medicina Família e Comunidade e a Gestão do Cuidado em um Ambulatório Docente Assistencial”, que tem como objetivo verificar as principais condições clínicas e perfil de pacientes atendidos no Ambulatório da Comunidade Docente Assistencial (ACDA) para fundamentar a construção de linhas de cuidado ou outras estratégias necessárias para a sua implantação.

4.1 Local do Estudo

O ACDA da instituição iniciou suas atividades em 2018 com o propósito de oferecer assistência integral aos diferentes ciclos de vida, dentro dos princípios do SUS. Idealizado para promover um atendimento ético e humanizado, é conduzido por médicos de família e comunidade, funcionando como a porta de entrada para os demais serviços ambulatoriais da instituição. Localizado no campus de Brotas, em Salvador, o ACDA também é um dos locais de prática para os residentes do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade.

O ambulatório dispõe de uma infraestrutura com nove salas de atendimento e uma sala de vacinação, todas equipadas para atender pacientes de todas as idades, incluindo crianças, gestantes, adultos e idosos. Cada sala conta com macas ajustáveis e instrumentos necessários para lidar com as principais condições de saúde. O espaço também está preparado para atender demandas espontâneas e emergências clínicas, com uma estrutura que se assemelha a uma sala de acolhimento da Estratégia de Saúde da Família, incluindo medicamentos de suporte e carrinho de parada. Além disso, são realizados procedimentos como coleta de exame preventivo ginecológico, vacinação e testagem rápida para infecções sexualmente transmissíveis (IST).

4.3 Amostra do estudo

A amostra deste estudo foi estimada através de registros administrativos a

ocorrência de 2.131 atendimentos realizados de janeiro de 2022 a janeiro de 2023, no ACDA. Para o estudo foi definido tamanho amostral utilizando o OpenEpi (disponível em www.openepi.com), tendo sido estimado amostra de 326 consultas, considerando um intervalo de confiança de 95%. Após a exclusão de consultas duplicadas, incompletas e que não atendiam os critérios de inclusão, obtivemos 292 prontuários para o presente estudo.

4.4 Critérios de Elegibilidade

4.4.1 Critérios de Inclusão

Foram incluídos prontuários de pacientes atendidos no serviço do ACDA no período de janeiro de 2022 a janeiro de 2023.

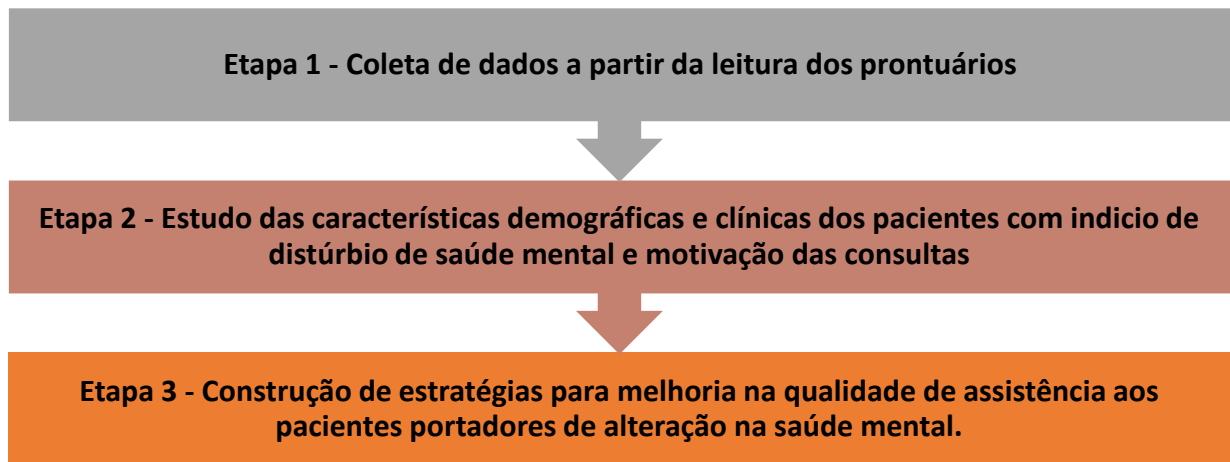
4.4.2 Critérios de Exclusão

Foram excluídos do estudo prontuários com dados incompletos, as consultas repetidas, e os pacientes com menos de 18 anos.

4.5 Plano de coleta dos dados

A coleta dos dados foi realizada por meio do acesso remoto do prontuário eletrônico do SMART utilizado no ACDA conforme carta de anuência da coordenação da Instituição (ANEXO A). Os dados foram extraídos pela equipe de pesquisadores do período de março a setembro de 2024. A pesquisa foi dividida em 3 etapas como apresentado na Figura 1.

Figura 1 – Etapas para Obtenção da Amostra Desta Pesquisa. Salvador, Bahia, 2024.



Fonte: autores da pesquisa

Etapa 1 – Após treinamento da equipe de pesquisadores para a coleta, foram avaliados 385 atendimentos, com amostra sistematizada de 20-30% prontuários por dias úteis da semana, a fim de garantir a homogeneidade e evitar viés de seleção. Nessa etapa foi realizada a exclusão de consultas repetidas em atendimentos subsequentes e pacientes com idade inferior de 18 anos, sendo excluídos 93 prontuários de atendimento. A coleta, realizada com registro em ficha específica, seguiu de acordo com os dados descritos nos prontuários e validados por médicos de família assistentes e docentes do ambulatório.

Etapa 2 – Após tabulação dos dados, os pacientes com indícios de transtorno mental nos registros de prontuário, foram denominados **Grupo 1** e os sem evidências **Grupo 2**. Para melhor entendimento sobre os pacientes foram avaliadas as seguintes variáveis: sexo, idade, menopausa e condições clínicas mais frequentes (diabetes melito, hipertensão arterial, insuficiência cardíaca, doença arterial coronariana, sobrepeso, obesidade e síndromes álgicas). Essas variáveis foram comparadas com os pacientes sem dados sugestivos de distúrbio da saúde mental, buscando especificidades relacionadas com esses pacientes.

Etapa 3 – Após a análise dos dados, foi construído e validado, com a equipe de pesquisa, proposta de plano educacional abordando a saúde mental na atenção básica.

4.6 Análise estatísticas dos Dados

Após análise dos dados dos prontuários, foi realizada tabulação dos dados no SPSS (*Statistical Package for the Social Science*) versão 14, para análise descritiva. As variáveis foram apresentadas utilizando-se frequências e percentuais para variáveis categóricas; média e desvio padrão ou mediana e intervalo interquartil, para variáveis contínuas, a depender do padrão de normalidade, que foi avaliado através do teste *Shapiro Wilk*. Para comparação de médias independentes foi aplicado o teste T e *Student* e de qui quadrado para comparar proporções das variáveis categóricas. O nível de significância estatística adotado foi valor de $p < 0,05$.

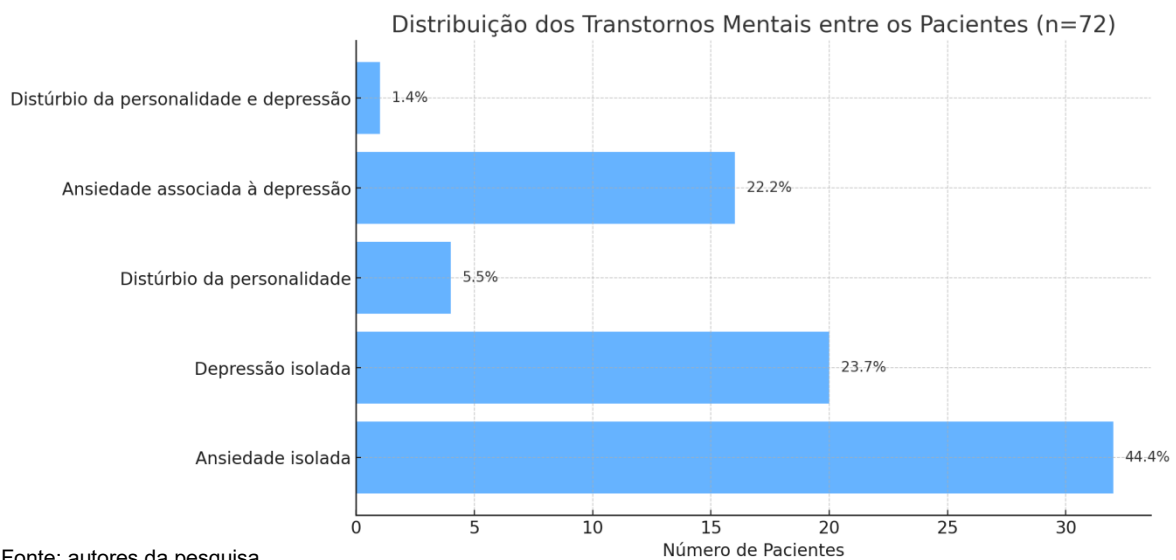
4.7 Aspectos Éticos

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da EBMSp no dia 09 de março de 2024, com CAAE 77078724.1.0000.5544, Número do Parecer: 6.694.401. O estudo foi conduzido de acordo com a resolução do CNS 466/12 de 12 de outubro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, referente a pesquisas envolvendo humanos.

5 RESULTADOS

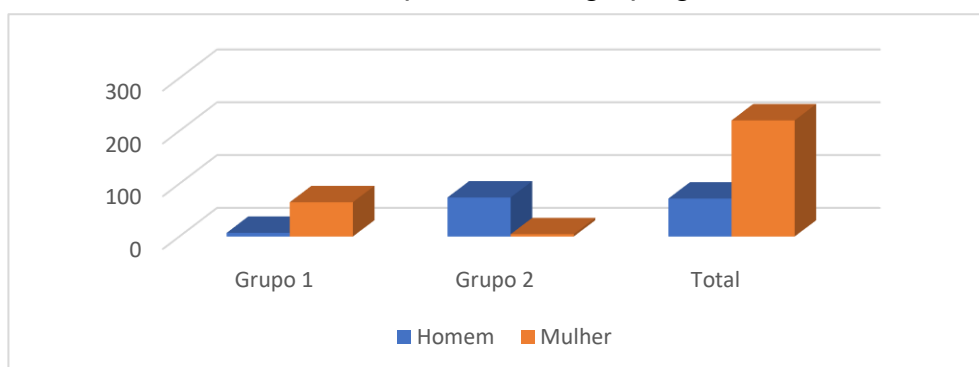
Dos 292 pacientes, 72 (24,6%) tinham registro no prontuário de início de transtorno mental. Ansiedade isolada foi referida em 32 (44,4%) dos pacientes, depressão isolada em 20 (23,7%), distúrbio da personalidade em 4 (5,5%), ansiedade associada a depressão em 16 (22,2%) e distúrbio da personalidade e depressão em 1 (1,4%). (Gráfico 4)

Gráfico 4- Distribuição do transtorno mental entre os pacientes.



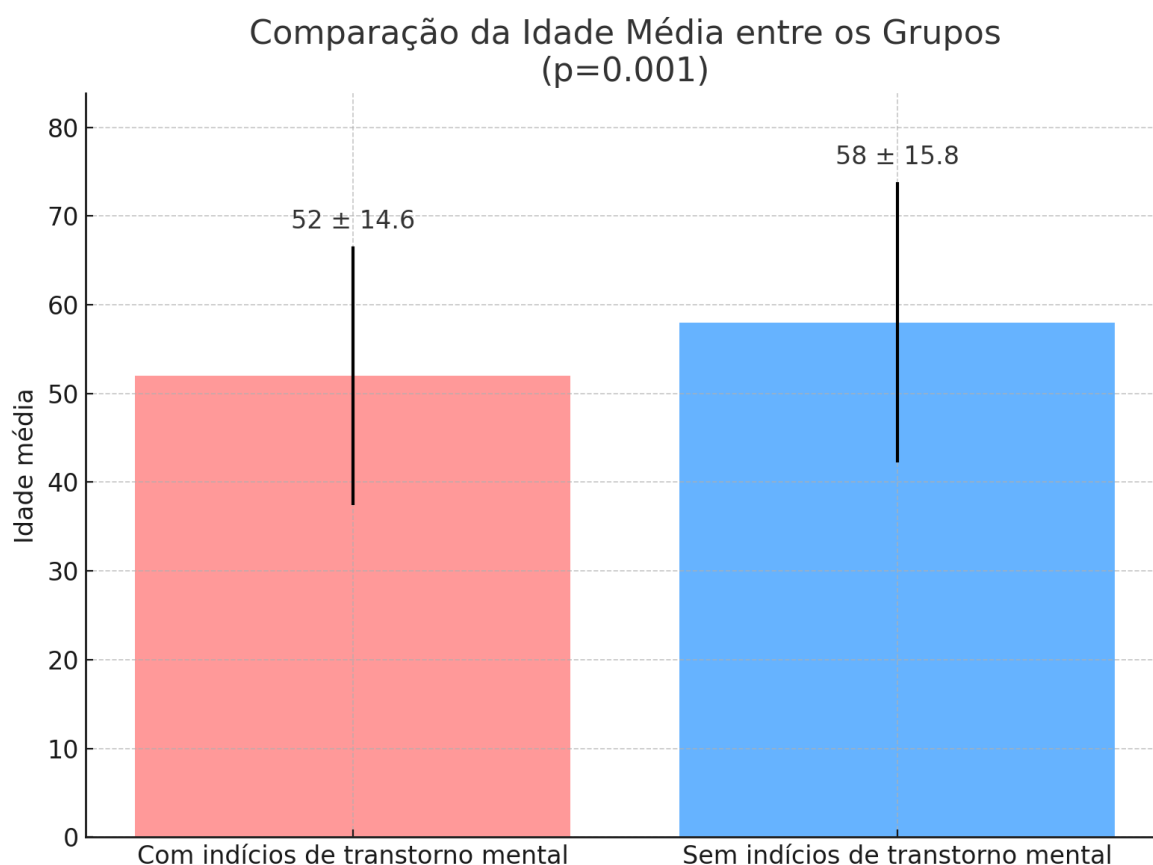
Na amostra geral observa-se predominância do sexo feminino 211 (72%). Na comparação entre grupos de pacientes, com e sem indícios de distúrbio mental, a frequência de mulheres foi significativamente maior 65 (90%) quando comparada com a dos homens 7 (9%) com $p < .001$. (Gráfico 5)

Gráfico 5- Distribuição de sexo entre os grupos com (Grupo 1) e sem (Grupo 2) evidência de distúrbio mental no prontuário e grupo geral. Salvador, Bahia, 2024.



A média de idade na comparação entre os grupos apresentou diferença estatística ($p=0.001$) com menor média e mediana de 35,5 anos entre os pacientes com indícios de distúrbio mental, 52 (± 14.6), quando comparado com os pacientes sem essa condição, 58 (± 15.8). (Gráfico 6)

Gráfico 6- Comparação da idade média entre os grupos.



Fonte: Autores da pesquisa

As condições clínicas mais frequentes no atendimento desses pacientes foram identificadas e comparadas entre os grupos com e sem evidências de indícios de comprometimento da saúde mental e são apresentadas na Tabela 1. Não identificada diferença significativa entre os grupos na maioria das condições pesquisadas, porém, a presença de enxaqueca e cefaléia foram significativamente mais frequentes no grupo com evidências de distúrbio mental, quando comparada com o grupo sem essa condição. O relato de enxaqueca esteve presente no prontuário do grupo 1 em 11(15,2%) e no grupo 2 em 5 (2,2%) com $p<0,001$ e cefaleia em 12 (16,7%) em 17(7,7%) respectivamente com $p=0,028$.

Tabela 1. Perfil clínicos dos pacientes com (Grupo 1) e sem (Grupo 2) evidências de transtorno mental no prontuário. Salvador, Bahia, 2024.

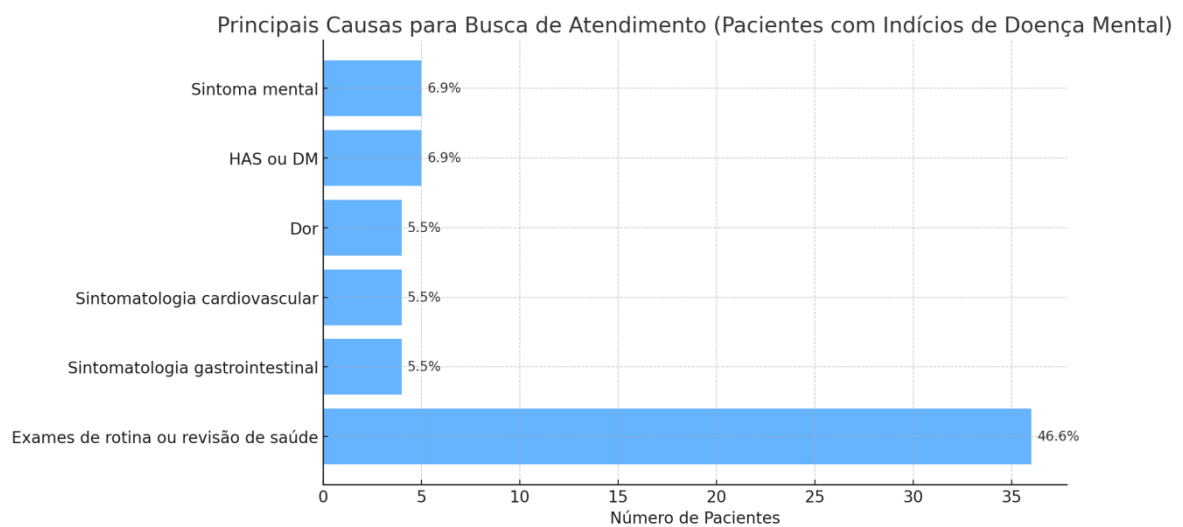
Características clínicas	Grupo 1 (n=72)	Grupo 2 (n=220)	Total	p*
Diabetes <i>Mellitus</i> (DM)	13 (18%)	67 (30%)	80	0,028
Hipertensão arterial sistêmica	37(51%)	130 (59%)	167	0,252
Insuficiência cardíaca	1(1,3%)	6 (2,2%)	7	0,519
Doença arterial coronariana	2(2,7%)	7(3,2%)	9	0,863
Sobrepeso	12 (16,7%)	32 (15,9%)	44	0,806
Obesidade	29 (40%)	78 (35,4%)	107	0,615
Menopausa	7(9,7%)	11 (5%)	18	0,148
Enxaqueca	11(15,2%)	5 (2,2%)	16	< 0,001
Cefaleia	12 (16,7%)	17(7,7%)	29	0,028
Dor crônica	12 (16,7%)	31(14,1%)	43	0,592
Fibromialgia	3(4,2%)	5(2,3%)	8	0,393
Lombalgia	12(16,7%)	25(11,4%)	37	0,240

Fonte: Dados primários da pesquisa (2024).

Legenda: p* Teste qui quadrado

As principais causas para a busca de atendimento pelos pacientes com indícios de doença mental foram: exames de rotina ou revisão de saúde 36 (46,6%), sintomatologia gastrointestinal 4 (5,5%), cardiovascular 4 (5,5%), dor 4(5,5%), HAS ou DM 5 (6,9%), sintoma mental 5 (6,9%).

Gráfico 7- Principais causas para busca de atendimento.



Fonte: Autores da pesquisa

Como resultado da Etapa 3, foi desenvolvido proposta educacional, que está detalhada no Apêndice A, com os seguintes objetivos:

- 1) Capacitar os profissionais, estudantes de graduação e residentes da atenção primária para identificar, manejar e acompanhar os principais transtornos mentais.
- 2) Promover um atendimento centrado na pessoa, respeitando sua individualidade e contexto sociocultural.
- 3) Integrar a equipe multiprofissional no cuidado em saúde mental.

6 DISCUSSÃO

Os resultados revelam uma frequência considerável de transtornos mentais, com destaque para a ansiedade e a depressão, entre os pacientes atendidos no ACDA. Esses resultados indicam uma ocorrência crescente de transtornos mentais, com ênfase para os fatores socioeconômicos e demográficos, e sublinham a importância de intervenções precoces, estratégias de prevenção e acesso adequado aos serviços de saúde mental para populações vulneráveis.

Os transtornos mentais são considerados um desafio global, com impacto significativo nos serviços de saúde, especialmente em países de baixa e média renda, onde vivem 80% das pessoas afetadas. Cerca de 30% dos adultos, no mundo, apresentam transtornos mentais, que representam 32,4% dos anos de vida vividos com incapacidade.¹¹²

Desse modo, os fatores sociais, econômicos e demográficos, como urbanização, violência, desigualdade e crises econômicas, contribuíram para o aumento da prevalência de transtornos mentais no Brasil.¹¹²

No Brasil, transtornos depressivos e ansiosos estão entre as principais causas de incapacidade. O estudo de Silva¹¹³ analisou a relação entre a incapacidade temporária por transtornos depressivos e ansiosos e a pandemia de COVID-19 no Brasil, com base na concessão de benefícios do INSS entre 2017 e 2023. Os resultados indicaram maior prevalência desses transtornos em mulheres e na região Sudeste, além de um aumento significativo nas concessões em 2020, seguido de queda em 2021 e nova alta em 2022 e 2023.

A predominância do sexo feminino foi consistente também, na amostra geral da presente pesquisa e, no grupo 1 (com indícios de transtornos mentais), que teve mais mulheres (90%), coadunando com estudos que apontam maior vulnerabilidade das mulheres a condições emocionais devido a fatores biológicos e socioculturais. É destacado ainda o papel dos determinantes sociais, com mulheres e indivíduos em situações adversas sendo mais vulneráveis¹¹⁴⁻¹¹⁶

Ainda relacionado ao acometimento de transtornos mentais no sexo feminino, estudo de Araújo, Crocetta e Garcia¹¹⁴ analisou o perfil epidemiológico de pacientes

atendidos pela psiquiatria em um ambulatório escola no Extremo Sul Catarinense entre julho de 2016 e junho de 2018. Foram avaliados 216 prontuários em um estudo observacional, retrospectivo. Os dados indicaram predominância de mulheres (média de idade de 47,4 anos). As condições mais prevalentes foram transtornos depressivos e ansiosos, sendo as mulheres as principais afetadas.

No que se refere a idade, a diferença na média de idade entre os grupos do presente estudo, sugere que transtornos mentais podem afetar indivíduos em fases mais precoces da vida em comparação a outros problemas clínicos. Um estudo realizado no Brasil revelou que a maior incidência de internações psiquiátricas ocorreu na faixa etária de 30 a 39 anos, correspondendo a 26,7% dos casos, seguida pela faixa de 19 a 29 anos, com 20,8% dos casos.¹¹⁵

A incidência cumulativa de qualquer transtorno aos 18 anos foi de 15,5%. Indivíduos com baixo status socioeconômico (SES) apresentaram maior incidência em todos os clusters, com diferenças significativas por gênero: TDAH, transtornos de conduta, depressão, psicose e uso de substâncias foram mais prevalentes em homens, enquanto ansiedade, transtornos alimentares e autolesão foram mais comuns em mulheres. Os resultados ressaltam a alta incidência de transtornos mentais nessa população e as desigualdades de saúde mental associadas ao sexo, especialmente em depressão e psicose em homens de baixa renda, indicando a necessidade de intervenções preventivas.¹¹⁶

A relação entre obesidade e transtornos mentais, como depressão e ansiedade, é complexa e bidirecional. Estudos indicam que indivíduos com obesidade têm maior probabilidade de desenvolver transtornos mentais, e pessoas com transtornos mentais apresentam risco aumentado de obesidade. Por exemplo, uma pesquisa brasileira com 180 mulheres obesas revelou que 39% delas apresentavam depressão, 43% ansiedade e 38% episódios de compulsão alimentar. Além disso, um estudo envolvendo mais de 3 milhões de pessoas na Áustria indicou que o diagnóstico de obesidade aumentou significativamente o risco para distúrbios psiquiátricos, incluindo depressão, psicose, ansiedade e transtornos de personalidade. Apesar do presente estudo não ter encontrado uma relação significativa entre obesidade e distúrbio mental, o aparecimento de um quantitativo global maior da variável obesidade chama atenção para esta condição. Esses dados

reforçam a necessidade de uma abordagem integrada no manejo da obesidade e das condições de saúde mental, considerando a complexa inter-relação entre essas condições.^{117,118}

A associação de transtornos mentais com condições como enxaqueca e cefaleia, verificada nos indícios de transtornos mentais nesta pesquisa, destaca a interação entre sintomas somáticos e psíquicos, frequentemente relatada na literatura, em que estudos indicam que até 60% dos indivíduos que sofrem de dor crônica também apresentam sintomas depressivos, sugerindo uma relação bidirecional entre esses problemas de saúde.^{119,120} Essa interseção pode ser explicada por mecanismos neurobiológicos compartilhados, como a desregulação dos sistemas serotoninérgico e dopaminérgico, além dos impactos emocionais da dor persistente.

Por outro lado, a ausência de diferenças significativas em comorbidades como hipertensão e diabetes sugere que esses fatores podem não ser os principais determinantes no contexto estudado, mas ainda exigem atenção para um manejo integral. Estudos¹²¹ indicam que não há correlação significativa entre a presença de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM) com transtornos mentais comuns (TMC), sugerindo que essas comorbidades podem não ser os principais determinantes no contexto estudado. Entretanto, é essencial manter atenção a essas condições para um manejo integral, considerando que a presença de TMC pode impactar negativamente o controle e manejo de HAS e DM, afetando a qualidade de vida dos pacientes.

Tratando-se de ambulatório clínico seria esperado que muitos desses pacientes com indícios de transtorno mental tivessem comorbidades clínicas o que sugere que esses transtornos talvez não devidamente encaminhados gerem demanda de atendimento em ambulatório clínico. Teng *et al.*¹²² ressaltam que a depressão é frequentemente subdiagnosticada e tratada de forma inadequada, com apenas um quinto dos pacientes recebendo o tratamento necessário. A complexidade da doença, que pode ser confundida com estresse, ansiedade ou tristeza, dificulta o diagnóstico correto, especialmente porque os sintomas variam entre os indivíduos. Além disso, a depressão pode se manifestar de forma mascarada por meio de dores físicas, sem que os sintomas psíquicos sejam evidentes. Para um diagnóstico preciso, é essencial investigar o histórico familiar, o uso de substâncias e sinais

físicos que muitas vezes são ignorados. Quando não tratada, a depressão pode causar danos cerebrais irreversíveis, levando a déficits cognitivos significativos ao longo da vida.

Forman-Hoffman *et al.*,¹²³ destacam que aproximadamente um terço dos adultos com transtornos mentais nos Estados Unidos apresentam comorbidade com outros transtornos mentais. Fatores correlacionados com a comorbidade incluem ser jovem, de raça/etnia branca não hispânica, ter baixa renda familiar e viver em grandes áreas metropolitanas. Os adultos com comorbidade apresentaram níveis mais baixos de funcionamento e eram mais propensos a buscar tratamento em comparação com aqueles com um único transtorno. Além disso, relatam uma maior percepção de necessidade não atendida de cuidados. A pesquisa sugere que compreender os fatores associados à comorbidade pode ajudar a identificar causas compartilhadas, melhorar as estratégias de prevenção, facilitar a identificação precoce e aprimorar os tratamentos.

Por sua vez, Daré *et al.*¹²⁴ realizaram uma meta-análise sobre a associação entre transtornos mentais e doenças crônicas físicas em países em desenvolvimento e emergentes. A análise incluiu 40 estudos com 21.747 participantes e revelou que a prevalência combinada de transtornos mentais entre pacientes com doenças crônicas físicas como doenças cardiovasculares, diabetes, doenças respiratórias crônicas foi de 36,6%, com uma razão de chances de 3,1. Esses resultados indicam que transtornos mentais representam um fardo significativo também nesses países, semelhante ao observado em países desenvolvidos, corroborando com os resultados obtidos na presente pesquisa em que 59,89% dos pacientes com transtornos mentais apresentaram doenças crônicas. A pesquisa sugere que para uma resposta mais eficaz à morbidade e mortalidade associada a essas condições, os cuidados de saúde mental poderiam ser integrados aos cuidados físicos.

Os resultados do presente estudo revelam uma frequência considerável de indícios de transtornos mentais, com destaque para a ansiedade e a depressão, entre os pacientes atendidos na atenção primária. Esses resultados indicam uma ocorrência crescente de transtornos mentais, com destaque para os fatores demográficos, e sublinham a importância de intervenções precoces, estratégias de prevenção e acesso adequado aos serviços de saúde mental para populações vulneráveis.

Esses achados reforçam a importância de capacitar equipes de saúde na atenção primária para triagem, tratamento e encaminhamento de pacientes com transtornos mentais, promovendo um cuidado holístico e baseado em evidências. A implementação de uma linha de cuidado estruturada é essencial para atender às demandas identificadas, integrando intervenções psicossociais e clínicas.¹²⁴

A alta frequência de indícios de sintomas psíquicos observada reforça a necessidade de um modelo de cuidado que contemple tanto aspectos psicossociais quanto clínicos. De acordo com Gonçalves *et al.*,¹²⁵ no âmbito da atenção primária, é imprescindível capacitar as equipes de saúde para triagem, intervenções iniciais e encaminhamento apropriado de casos graves, considerando o impacto dos transtornos mentais na qualidade de vida e na funcionalidade dos pacientes.

A frequência de indícios de transtornos mentais verificada neste estudo ressalta a urgência de integrar a saúde mental de forma efetiva nas práticas da APS. Tradicionalmente, a APS tem sido mais voltada para a promoção da saúde física, prevenção de doenças e tratamento de condições clínicas, mas os dados demonstram que a saúde mental desempenha um papel crucial na qualidade de vida e funcionalidade dos pacientes.⁵⁴ A sobrecarga de transtornos mentais pode interferir diretamente na capacidade dos indivíduos de lidar com suas condições físicas e sociais, além de aumentar o risco de comorbidades que impactam negativamente o bem-estar geral.¹¹³

Esses achados ressaltam a importância de uma abordagem integral e holística no cuidado aos pacientes da Atenção Primária à Saúde, considerando não apenas as condições clínicas, mas também os aspectos psicossociais que influenciam a saúde mental. A proposta de qualificação da equipe, através de ações de educação continuada apresentada nesta pesquisa, se faz essencial, como movimento precursor (ou inicial) para melhorar o diagnóstico, o manejo e o acompanhamento desses pacientes, promovendo um cuidado mais eficaz e adequado às necessidades dos mesmos.¹¹⁴

Considerar a saúde mental no âmbito da APS significa adotar uma abordagem mais holística e integrada, reconhecendo que os transtornos mentais não são apenas questões psiquiátricas, mas condições que afetam o ser humano em sua totalidade,

incluindo seu corpo, suas relações sociais e sua qualidade de vida. O atendimento à saúde mental na APS deve ir além do tratamento farmacológico, incorporando abordagens terapêuticas, apoio psicossocial e a promoção de estratégias de enfrentamento. Além disso, a capacitação contínua das equipes de saúde da APS para lidar com essa demanda, incluindo a triagem precoce de sintomas psiquiátricos e o encaminhamento adequado para serviços especializados, é fundamental para o sucesso de um modelo de cuidado integral.^{126, 127}

Portanto, a saúde mental deve ser reconhecida como uma parte fundamental da atenção primária, com o devido investimento em formação profissional, infraestrutura e protocolos de atendimento. Um modelo de APS que efetivamente considere a saúde mental tem o potencial de reduzir o sofrimento psicológico, melhorar a qualidade de vida e proporcionar um atendimento mais completo e eficaz, contribuindo para uma sociedade mais saudável e equilibrada. A inclusão da saúde mental na APS, portanto, não deve ser vista como uma necessidade isolada, mas como uma parte essencial de um sistema de saúde robusto e equitativo.¹¹⁴

Nesse mesmo sentido, McGrath *et al.*,¹²⁸ observaram que indivíduos com um transtorno mental têm um risco aumentado de desenvolver outros transtornos mentais ao longo do tempo. A pesquisa, baseada em dados de 145.990 adultos de 27 países, analisou a comorbidade ao longo da vida entre 24 transtornos mentais do DSM-IV. Os resultados indicaram que qualquer transtorno mental prévio aumentava o risco de um transtorno subsequente, com uma razão de risco (HR) mediana de 12,1. As HRs foram mais pronunciadas entre transtornos mentalmente relacionados e nos primeiros 1 a 2 anos após o início do transtorno anterior. Embora a HR diminuísse com o tempo desde o transtorno anterior, um risco elevado de comorbidade subsequente permaneceu por pelo menos 15 anos. O estudo conclui que a comorbidade entre transtornos mentais é comum e que entender os riscos de transtornos secundários pode ajudar a criar programas de prevenção primária.

Este estudo apresenta limitações pelo fato de ser um estudo que teve dados de fontes secundárias, em que ocorreu perda de dados, pelo incompletude das informações e também por ser um estudo unicentrico, que impede o poder de generalização.

Sugestões para futuras pesquisas incluem a ampliação da amostra, incluindo diferentes regiões e contextos, para uma análise mais representativa. Estudos longitudinais poderiam oferecer uma visão mais clara sobre a evolução dos transtornos mentais ao longo do tempo e os efeitos das intervenções. Além disso, seria relevante investigar com mais profundidade os fatores psicossociais e ambientais que afetam a prevalência e a gravidade dos transtornos mentais, como estresse, violência doméstica e condições de vida.

7 CONCLUSÕES

- Identificada frequência considerável de indícios de transtornos mentais, com destaque para a ansiedade e a depressão, entre os pacientes atendidos no Ambulatório da Comunidade Docente Assistencial.
- Ocorreu maior frequência de mulheres e pacientes mais jovens, entre os pacientes com indícios de distúrbio da saúde mental, quando comparado com os sem essa condição, com significância estatística.
- Verificado que dentre as condições clínicas mais frequentes, pacientes portadores de cefaleia e enxaqueca ocorreram com maior frequência no grupo de pacientes com indícios de distúrbio mental, com significado estatístico, não sendo observada diferença nas demais condições clínicas avaliadas.
- A queixa relacionada a distúrbio na saúde mental como motivação para a realização de consulta ocorreu em pequeno número de pacientes, com predomínio de revisão de saúde.
- Foi construído projeto para capacitação para estudantes, residentes e equipe de saúde da unidade abordando o tema saúde mental na atenção primária, antecedendo a construção coletiva de linha de cuidado.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde - OMS. Informe de Saúde Mental. 2020. Disponível em: <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/world-mental-health-report>
2. Pupo LR, Rosa TE, Sala A, Feffermann M, Alves MC, Moraes MD. Saúde mental na Atenção Básica: identificação e organização do cuidado no estado de São Paulo. *Saúde em Debate*. 2020 Oct;44(spe 3):107-27.
3. Santos RC, Bosi ML. Saúde Mental na atenção básica: Perspectivas de profissionais da Estratégia Saúde da Família no nordeste do Brasil. *Ciência & saúde coletiva*. 2021 May 28;26(5):1739-48.
4. Santos AB. Escuta qualificada como ferramenta de humanização do cuidado em saúde mental na Atenção Básica. *APS em Revista*. 2019 Jul 24;1(2):170-9.
5. Brasil. Emenda Constitucional n. 95/2016. Brasília, 2016. Disponível em: <https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=EMC&numero=95&ano=2016&ato=b18kXRE5EeZpWT94b>
6. Paim JS. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2018 Jun;23(6):1723-8.
7. Guimarães TD, dos Santos Rosa LC. A remanicomialização do cuidado em saúde mental no Brasil no período de 2010-2019: análise de uma conjuntura antirreformista. *O social em questão*. 2019;21(44):111-38.
8. Almeida Filho ND. Modelagem da pandemia Covid-19 como objeto complexo (notas samajianas). *Estudos Avançados*. 2020 Jul 10;34(99):97-118.
9. Wenceslau LD, Ortega F. Saúde mental na atenção primária e Saúde Mental Global: perspectivas internacionais e cenário brasileiro. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*. 2015 Aug 21;19:1121-32.
10. Casanova AO, Teixeira MB, Montenegro E. O apoio institucional como pilar na cogestão da atenção primária à saúde: a experiência do Programa TEIAS-Escola Manguinhos no Rio de Janeiro, Brasil. *Ciência & saúde coletiva*. 2014 Nov;19(11):4417-26.
11. Franco CM, Franco TB. Linhas do cuidado integral: uma proposta de organização da rede de saúde, 2012. Disponível em: <https://dms.ufpel.edu.br/sus/files/media/Linhacuidado-integral.pdf>.
12. Malta DC, Merhy EE. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. *Interface-Comunicação, saúde, educação*. 2010;14:593-606.
13. Vasconcelos MI, Xavier AL, do Nascimento MN, Cavalcante YA, Rocha SP, da Silva Gomes J. Avaliação da resolutividade e efetividade da atenção primária à

saúde: revisão integrativa de literatura. SANARE-Revista de Políticas Públicas. 2018 May 30;17(1).

14. Almeida TA, Nunes EM, de Holanda Leite AC, de Oliveira Costa J. Câncer de colo de útero: ações preventivas realizadas por enfermeiros na atenção primária. Arq. Ciênc. Saúde. 2016.

15. Conill EM. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. Cadernos de Saúde Pública. 2008;24:s7-16.

16. Lavras C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. Saúde e Sociedade. 2011;20:867-74.

17. Giovanella L, Escorel S, Lobato LD, de Carvalho Noronha J, de Carvalho AI, editors. Políticas e sistema de saúde no Brasil. SciELO-Editora FIOCRUZ; 2012.

18. Puras D. Universal health coverage: a return to Alma-Ata and Ottawa. Health and human rights. 2016 Dec;18(2):7.

19. Carnut L, Mendes Á, Guerra LD. ¿ De qué “promoción de la salud” estamos hablando? una crítica marxista para reorientación hacia un horizonte estratégico. Interface-Comunicação, Saúde, Educação. 2023 Jun 5;27:e220255.

20. Brasil. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Brasília, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm

21. Brasil. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Brasília, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm

22. Faleiros VP et al. A construção do SUS: história da reforma sanitária e do processo participativo. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

23. Gusso G, Lopes JMC, Dias LC. (Organizadores). Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática. Porto Alegre: ARTMED, 2019.

24. Morosini MV, Fonseca AF, Baptista TW. Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica?. Cadernos de Saúde Pública. 2020 Sep 4;36(9):e00040220.

25. Anderson MI. Médicos pelo Brasil e as políticas de saúde para a Estratégia Saúde da Família de 1994 a 2019: caminhos e descaminhos da Atenção Primária no Brasil. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. 2019 Oct 1;14(41):2180.

26. Shimizu HE. Percepção dos gestores do Sistema Único de Saúde acerca dos desafios da formação das Redes de Atenção à Saúde no Brasil. Physis: Revista de Saúde Coletiva. 2013;23:1101-22.

27. Mendes EV. As Redes de Atenção à Saúde. Brasília/DF: Organização Panamericana da Saúde, 2011.
28. Santos AM, Giovanella L. Gestão do cuidado integral: estudo de caso em região de saúde da Bahia, Brasil. Cadernos de Saúde Pública. 2016;32(3):e00172214.
29. Casanova AO, Cruz MM, Giovanella L, Alves GD, Cardoso GC. A implementação de redes de atenção e os desafios da governança regional em saúde na Amazônia Legal: uma análise do Projeto QualiSUS-Rede. Ciência & Saúde Coletiva. 2017;22:1209-24.
30. Turrini RNT, Lebrão ML, Cesar CLG. Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário. Caderno de saúde pública 2008;24(3):663-75.
31. Torres LM, Marques LM, Tannure MC, Penna CM. Significado atribuído por trabalhadores da saúde de Belo Horizonte-MG ao princípio da resolutividade nas ações cotidianas. Revista Brasileira de Enfermagem. 2012;65:822-8.
32. Arruda CA, Bosi ML. Satisfação de usuários da atenção primária à saúde: um estudo qualitativo no Nordeste do Brasil. Interface-Comunicação, Saúde, Educação. 2016 Oct 3;21(61):321-32.
33. Rosa RB, Pelegrini AH, Lima MA. Resolutividade da assistência e satisfação de usuários da Estratégia Saúde da Família. Revista Gaúcha de Enfermagem. 2011;32:345-51.
34. Paes KD, Nascimento JC, de Oliveira Negrini LD. O uso da atenção intermediária como porta de entrada preferencial ao SUS: a percepção dos usuários classificados como não urgentes na upa 24 horas DR. Valdir de Camargo, Bragança Paulista, SP. Ensaios USF. 2018;2(2):1-3.
35. Sousa MF, Hamann EM. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta?. Ciência & saúde coletiva. 2009;14:1325-35.
36. Pinto LF, Giovanella L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). Ciência & Saúde Coletiva. 2018;23:1903-14.
37. Brasil, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 148, de 31 de janeiro de 2012. Brasília, 2012.
38. Costa E M A.; Carbone M H. Saúde da Família: uma abordagem multidisciplinar. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2012.
39. Almeida ER, Sousa AN, Brandão CC, Carvalho FF, Tavares G, Silva KC. Política Nacional de Atenção Básica no Brasil: uma análise do processo de revisão (2015–2017). Revista Panamericana de Salud Pública. 2018 Oct 29;42:e180.
40. Brasil, Ministério Da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília, DF; 2015. 60p.

41. Soratto J, Pires DE, Dornelles S, Lorenzetti J. Estratégia saúde da família: uma inovação tecnológica em saúde. *Texto & Contexto-Enfermagem*. 2015 Apr;24:584-92.
42. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia de organização dos serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
43. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria N. 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
44. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil. Brasília: Ministério Da Saúde, 2019.
45. Giovanella L, Franco CM, Almeida PF. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos?. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2020 Mar 17;25(4):1475-82.
46. Brocardo D, Andrade CL, Fausto MC, Lima SM. Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf): panorama nacional a partir de dados do PMAQ. *Saúde em Debate*. 2018;42:130-44.
47. Gomes CB, Gutiérrez AC, Soranz D. Política Nacional de Atenção Básica de 2017: análise da composição das equipes e cobertura nacional da Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2020 Apr 6;25:1327-38.
48. Giovanella L. Atenção básica ou atenção primária à saúde?. *Cadernos de Saúde Pública*. 2018 Aug 20;34(8):e00029818.
49. Shimizu HE, Trindade JD, Mesquita MS, Ramos MC. Avaliação do Índice de Responsividade da Estratégia Saúde da Família da zona rural. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2018 Apr 12;52:e03316.
50. Mendes CR. Atenção à saúde da mulher na atenção básica: potencialidades e limites. *Ensaio e Ciência C Biológicas Agrárias e da Saúde*. 2016 Aug 5;20(2):65-72.
51. Araújo AD, Pereira LR, Ueta JM, Freitas OD. Perfil da assistência farmacêutica na atenção primária do Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2008;13:611-7.
52. Teixeira CF, Solla JP. Modelo de atenção à saúde: promoção, vigilância e saúde da família. Edufba; 2006.
53. CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2007.
54. Rosa WD, Labate RC. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. *Revista latino-americana de Enfermagem*. 2005;13:1027-34.

55. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf. Acesso em: 08 abr. 2024.
56. Cubas MR, Faoro NT, Moysés ST, Carvalho DR. Evaluation of Primary Health Care: validation of an instrument to analyze the performance of services. *Saúde em Debate*. 2017 Apr;41:471-85.
57. Silocchi C, Junges JR. Equipes de atenção primária: dificuldades no cuidado de pessoas com doenças crônicas não transmissíveis. *Trabalho, Educação e Saúde*. 2017 Mar 6;15(2):599-615.
58. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030 [recurso eletrônico]. Brasília, 2021. 118 p. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/09-plano-de-dant-2022_2030.pdf/. Acesso em: 27 set. 2024.
59. Alves MH, Pontelli BP. Doenças crônicas e a prática da atividade física no impacto das internações por causas sensíveis a atenção básica. *Revista Fafibe On-Line*. 2015;8(1):310-8.
60. Medeiros LS, Pacheco RF, de Medeiros MA, da Silva RM. O papel do cuidado com as Doenças Crônicas não Transmissíveis na Atenção Primária em Saúde: um olhar da Antropologia da Saúde. *Research, Society and Development*. 2021 Sep 19;10(12):e267101220250.
61. Oliveira JH, Souza MR, Morais Neto OL. Enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis na atenção primária à saúde em Goiás: estudo descritivo, 2012 e 2014. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2020 Nov 9;29:e2020121.
62. Silva JA, de Souza LE, Ganassoli C. Qualidade de vida na terceira idade. *Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica*. 2017 Nov 7;15(3):146-9.
63. Malta DC, Bernal RT, Andrade SS, Silva MM, Velasquez-Melendez G. Prevalência e fatores associados com hipertensão arterial autorreferida em adultos brasileiros. *Revista de Saúde Pública*. 2017 Jun 1;51:11s.
64. Cardoza LM. Conhecimentos e práticas sobre fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis, em idosos de um bairro de Foz do Iguaçu, Paraná, adscritos à estratégia saúde da família. *Revista de APS*. 2017;20(4).
65. Costa KD, de Oliveira FS, Andrade ÍB, de Oliveira CS, Teixeira CS, da Silva Junior GL. Controle de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) e complicações pela COVID-19 de acordo com o sexo na Atenção Primária a Saúde. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*. 2022 Oct 25;15(10):e11237.
66. WHO, World Health Organization. World mental health report: Transforming mental health for all. World Health Organization, 2022. Disponível em:

<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/356119/9789240049338-eng.pdf?sequence=1> Acesso em: 25 nov. 2024.

67. Antoniassi Júnior G; Oliveira SMF; Cunha VCA; Beretta RCS; Figueiredo GLA. Levantamento epidemiológico em saúde mental de um município do interior de Minas Gerais. *Rev Epidemiol Control Infect.* 2019;9(3). Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/12763> Acesso: 27 set. de 2024.
68. OPAS, Organização Pan-Americana da Saúde. Determinantes da saúde mental. 2014. Disponível em: <https://www.paho.org/pt>. Acesso em: 12 set. 2024.
69. Kleisiaris CF, Sfakianakis C, Papathanasiou IV. Health care practices in ancient Greece: The Hippocratic ideal. *Journal of medical ethics and history of medicine.* 2014;7.
70. Dâmaso JG, Pereira BS, Batista CB, de Souza Conceição L, dos Santos Pereira G, Carniele RC. É muita pressão! Percepções sobre o desgaste mental entre estudantes de medicina. *Revista Brasileira de Orientação Profissional.* 2019;20(2):29-41.
71. SPAH, Secretaria de Política de Atenção à Saúde. Linhas de cuidado para transtornos mentais e outros transtornos neuropsiquiátricos. 2014. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_3_4_saude_mental.pdf. Acesso em: 30 de set de 2024.
72. Guedes AF, Rodrigues VR, de Oliveira Pereira C, de Sousa MN. Prevalência e correlatos da depressão com características de saúde e demográficas de universitários de medicina. *Archives Health Sciences.* 2019;26(1):47-50.
73. Dalgalorrando M, Alencar NM, Costa JP, Fernandes MA, Gouveia MT, Santos JD. Afastamento do trabalho por transtornos mentais e comportamentais entre profissionais de enfermagem. *Revista Cuidarte.* 2019 Aug;10(2).
74. Moreira WC, Sousa KH, Sousa AR, Santana TD, Zeitoune RC, Nóbrega MD. Mental health interventions implemented in the COVID-19 pandemic: what is the evidence?. *Revista Brasileira de Enfermagem.* 2021 Jun 11;74(suppl 1):e20200635.
75. Ipsos. Global Health Service Monitor 2023. Disponível em: <https://www.ipsos.com/sites/default/files/ct/news/documents/2023-09/Ipsos-Global-Health-Service-Monitor-2023-WEB.pdf>
76. Goldberg D, Steele JJ, Smith C, Spivey L. Training Family doctors to recognise psychiatric illness with increased accuracy. *Lancet.* 1980; 2: 521-523
77. Portugal. Restruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal. Plano de Ação 2007-2016. Lisboa: Comissão Nacional para a Restruturação dos Serviços de Saúde Mental em Portugal; 2006

78. Direção Geral da Saúde. Rede de referenciação de Psiquiatria e Saúde Mental. Lisboa: Direção Gral da Saú-de; 2004. [cited 2015 Mar 20]. Available from: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i007439.pdf>
79. Organização Pan-Americana da Saúde. La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas, 2022 [Internet]. Washington: OPAS; 2022. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49578/9789275320280_spa.pdf
80. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico: Saúde Mental. Brasília-DF: Ministério da Saúde. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/observatorio-nacional-da-familia/fatos-e-numeros/5.SADEMENTAL28.12.22.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2024.
81. Pélicier, Y. História da psiquiatria. Lisboa: Publicações Europa-América, 1971, p.77-94.
82. Dratcu L, Lader M. Ansiedade-conceito, classificação e biologia: uma interpretação contemporânea da literatura. J. bras. psiquiatr. 1993;19-32.
83. Jasper JM. The emotions of protest: Affective and reactive emotions in and around social movements. In *Sociological forum* 1979;13:397-424.
84. Ey H, Berard P, Brisset C. Semiologia da afetividade de base ou “holotímica”. In: Ey H, Berard P, Brisset C. *Manual de psiquiatria*. Rio de Janeiro: Masson do Brasil; 1981. p.104-5.
85. Pichot A. Le déterminisme en biologie. Actes du IVe séminaire de l'École de Biologie théorique, Paris, CNRS. 1985:39-52.
86. Blumberger DM, Mulsant BH, Thorpe KE, McClintock SM, Konstantinou GN, Lee HH, Nestor SM, Noda Y, Rajji TK, Trevizol AP, Vila-Rodriguez F. Effectiveness of standard sequential bilateral repetitive transcranial magnetic stimulation vs bilateral theta burst stimulation in older adults with depression: the FOUR-D randomized noninferiority clinical trial. *JAMA psychiatry*. 2022 Nov 1;79(11):1065-73.
87. Han Q, Zheng B, Cristea M, Agostini M, Bélanger JJ, Gützkow B, Kreienkamp J, Leander NP, PsyCorona Collaboration. Trust in government regarding COVID-19 and its associations with preventive health behaviour and prosocial behaviour during the pandemic: a cross-sectional and longitudinal study. *Psychological medicine*. 2023 Jan;53(1):149-59.
88. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Coordenação de Geografia. Pesquisa Nacional de Saúde [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2019. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html?=&t=o-que-e>.
89. Alonso J, Liu Z, Evans-Lacko S, Sadikova E, Sampson N, Chatterji S, et al. Treatment gap for anxiety disorders is global: results of the World Mental Health surveys in 21 countries. *Depress Anxiety*. 2018 Mar;35(3):195-208. <https://doi.org/10.1002/da.22711>.

90. Thornicroft G, Chatterji S, Evans-Lacko S, Gruber M, Sampson N, Aguilar-Gaxiola S, et al. Undertreatment of people with major depressive disorder in 21 countries. *Br J Psychiatry*. 2017 Feb;210(2):119-24. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.188078>.
91. Ayano G. Significance of mental health legislation for successful primary care for mental health and community mental health services: a review. *Afr J Prim Health Care Fam Med*. 2018 Mar;10(1):e1-4. <https://doi.org/10.4102/phcfm.v10i1.1429>.
92. Gama CA, Lourenço RF, Coelho VA, Campos CG, Guimarães DA. Os profissionais da Atenção Primária à Saúde diante das demandas de Saúde Mental: perspectivas e desafios. *Interface (Botucatu)*. 2021;25. <https://doi.org/10.1590/interface.200438>.
93. Ministério da Saúde (BR). Linhas de cuidado. Brasília, DF: Secretaria de Atenção Primária à Saúde; 2023 [citado 10 jan 2023]. Disponível em: <https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/todas-linhas>.
94. Brasil. Ministério da Saúde. Programa permanente de capacitação de recursos humanos para a Reforma Psiquiátrica. Informe do Grupo de Trabalho do MS. Brasília; 2002.
95. Scheffer M et al. Demografia Médica no Brasil 2023. São Paulo: FMUSP; CFM; CREMESP 2023. 346 p. Disponível em: https://amb.org.br/wp-content/uploads/2023/02/DemografiaMedica2023_8fev-1.pdf. Acesso em 18 de mai. de 2024.
96. Freeman TR. Manual de Medicina de Família e Comunidade de Mcwhinney. Porto Alegre: Artmed, 2017.
97. Aguiar RAT. A construção internacional do conceito de atenção primária à saúde (APS) e sua influência na emergência e consolidação do Sistema Único de Saúde no Brasil. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais. 2003.
98. Gonçalves RJ, Soares RD, Trol T, Cyrino EG. Ser médico no PSF: formação acadêmica, perspectivas e trabalho cotidiano. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2009 Sep;33(03):382-92.
99. Amoretti R. A educação médica diante das necessidades sociais em saúde. *Revista brasileira de educação médica*. 2020 Apr 22;29:136-46.
100. Cavalcante GR, Cavalcante RR, Trindade TG, Oliveira FP, Pessoa TR. Residência de Medicina de Família e Comunidade: percepções de egressos sobre sua formação e processo de trabalho. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*. 2022 Dec 9;26(Supl 1):e210610.

101. Andrade HS et al. A formação discursiva da Medicina de Família e Comunidade no Brasil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 2015; 28(3).
102. Breinbauer H, Fromm G, Fleck D, Araya L. Tendencia en el estudiante de medicina a ejercer como médico general o especialista. *Revista médica de Chile*. 2009 Jul;137(7):865-72.
103. Maranhão RR, Barreto IC, Andrade LO, Vieira-Meyer AP, Lima AL. Como se relacionam o escopo de práticas profissionais, a formação ea titulação de médicos de Família e Comunidade?. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*. 2020 Sep 28;24(suppl 1):e190640.
104. Corrêa RD, Leite IC. Qualificação em Medicina de Família e Comunidade e orientação comunitária da Estratégia Saúde da Família. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2022 Mar 9;46(01):e027.
105. Izecksohn MM, Teixeira JE, Stelet BP, Jantsch AG. Preceptorial em Medicina de Família e Comunidade: desafios e realizações em uma Atenção Primária à Saúde em construção. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2017;22:737-46.
106. SBMFC, Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Currículo baseado em competências para Medicina de Família e Comunidade. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade; 2014.
107. Oliveira Figueiredo G, Romano VF, Stelet BP, Teixeira-Júnior JE. Construção coletiva de um currículo por competência para a residência em Medicina de Família e Comunidade. *Revista Sustinere*. 2016;4(2):265-86.
108. Meireles MA, Fernandes CD, Silva LS. Novas Diretrizes Curriculares Nacionais e a formação médica: expectativas dos discentes do primeiro ano do curso de medicina de uma instituição de ensino superior. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2019 Apr;43:67-78.
109. Ferreira MJM et al. Novas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Medicina: oportunidades para ressignificar a formação. *Interface, Botucatu*, 2019;23(1);1-15.
110. Bursztyn I. Diretrizes curriculares nacionais de 2014: um novo lugar para a Saúde Coletiva. *Cad. ABEM*. 2015 Oct;11:7-19.
111. Oliveira CA, Senger MH, Ezequiel OD, Amaral E. Alinhamento de diferentes projetos pedagógicos de cursos de medicina com as diretrizes curriculares nacionais. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2019 Apr;43(2):143-51.
112. Lopes CD. ¿Cómo está la salud mental de los brasileños? La importancia de las cohortes de nacimiento para una mejor comprensión del problema. *Cadernos de Saúde Pública*. 2020 Jan 31;36:e00005020.
113. Silva, Andrezza Paula Brito. Auxílio por incapacidade temporária concedido pelo INISS no Brasil por transtornos depressivos e ansiosos: uma análise quantitativa, antes, durante e pós pandemia de covid-19 (2017-2023). 2024. 2024.

60 f., il. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) — Universidade de Brasília, Brasília, 2024.

114. Silva Filho JB, Araujo PHM de, Sousa FA de, Sousa LS, Aguiar DT, Fontenele TQ, Trindade JL. Multiprofessional care for people with mental disorder in primary health care: Experience report. *RSD* [Internet]. 2024Apr.12 [cited 025Feb.3];13(4):e3713445453. Available from: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/45453>

115. Araujo DC, Crocetta DC, Garcia LS. Análise do perfil epidemiológico dos pacientes atendidos pela psiquiatria em um ambulatório escola. *Arquivos Catarinenses de Medicina*. 2020 Jul 6;49(2):104-16.

116. Mello MF, Mello AAF, Kohn N. Estudo epidêmico dos transtornos mentais. *Psicol. Hosp.* [Internet]. 2008 [citado 2025 Mar 9];6(2):15-24. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1677-04712008000200015&script=sci_arttext

117. Mar J, Larrañaga I, Ibarondo O, González-Pinto A, Las Hayas C, Fullaondo A, Izco-Basurko I, Alonso J, Zorrilla I, Vilagut G, Mateo-Abad M. Incidence of mental disorders in the general population aged 1–30 years disaggregated by gender and socioeconomic status. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2023 Jun;58(6):961-71.

118. Figueiredo MD, Cunha DR, Araujo AI, Santos CMC, Suplicy HL, Boguszewski CL, Radominski RB. Comportamento alimentar e perfil psicológico de mulheres obesas. *PsicoFAE* [Internet]. 2014 (3):43-54. Disponível em: <https://revistapsicofae.fae.edu/psico/article/view/6/5>.

119. Leutner M, Dervic E, Bellach L, Klimek P, Thurner S, Kautzky A. Obesity as pleiotropic risk state for metabolic and mental health throughout life. *Transl Psychiatry*. 2023;13:175. doi: 10.1038/s41398-023-02447-w.

120. Bo, D. E. B., & Rocha, E. de M. C.. (2022). Comorbidity between chronic headache and depression treated with botulinum toxin: literature review. *Brjp*, 5(2), 154–160. <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20220028-en>

121. Brancucci, Rosana Tieka Miyazaki. Influência dos escores de ansiedade e depressão nos limiares de dor nos pacientes com enxaqueca e controles [dissertation]. São Paulo: University of São Paulo, Faculdade de Medicina; 2024 [cited 2025-02-03]. doi:10.11606/D.5.2024.tde-02092024-152430.

122. Longhi GLP, Sá Júnior EB de, Miranda AV, Mosquetta HB, Carvalho ELF de. A interferência de transtornos mentais comuns no controle da hipertensão arterial sistêmica e do diabetes mellitus. *Rev Eletr Acervo Saúde*. 2024;24(8):e15815.

123. Teng CT, Humes E de C, Demetrio FN. Depressão e comorbidades clínicas. *Arch Clin Psychiatry (São Paulo)* [Internet]. 2005May;32(3):149–59. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0101-60832005000300007>.

124. Forman–Hoffman VL, Batts KR, Hedden SL, Spagnola K, Bose J. Comorbid mental disorders among adults in the mental health surveillance survey. *Annals of Epidemiology*. 2018 Jul 1;28(7):468-74.
125. Daré LO, Bruand PE, Gérard D, Marin B, Lameyre V, Boumédiène F, Preux PM. Co-morbidities of mental disorders and chronic physical diseases in developing and emerging countries: a meta-analysis. *BMC public health*. 2019 Dec;19:1-2.
126. Gonçalves LRLDA, Moreira VP, Trench MER de F, Rodrigues SM, Oliveira KMP de, Gimenez CRM, Simões SMS, Nogueira MC de R, Silva ISA, Oliveira RP de, Lorena AG de, Meneses AS de, Ramalho A. Linha de Cuidado Integral sobre Saúde Mental. *Rev Tec Cient CEJAM [Internet]*. 20º de abril de 2023 [citado 3º de fevereiro de 2025];2:e202320016. Disponível em: <https://revista.cejam.org.br/index.php/rtcc/article/view/e202320016>
127. Tavares ALB, Sombra Neto LL, Campos E de M, Fortes S. Desafios e potencialidades na implantação de uma experiência de matriciamento em saúde mental na atenção primária. *Rev Bras Med Fam Comunidade [Internet]*. 22º de dezembro de 2023 [citado 3º de fevereiro de 2025];18(45):3726. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/3726>
128. McGrath JJ, Lim CC, Plana-Ripoll O, Holtz Y, Agerbo E, Momen NC, Mortensen PB, Pedersen CB, Abdulmalik J, Aguilar-Gaxiola S, Al-Hamzawi A. Comorbidity within mental disorders: a comprehensive analysis based on 145 990 survey respondents from 27 countries. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. 2020 Jan;29:e153.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Plano de Educação Continuada: Saúde Mental na Atenção Primária

Tema: Saúde Mental na Atenção Primária: Atendimento Centrado na Pessoa

Público-Alvo: Profissionais da Atenção Primária (médicos, médicos residentes, estudantes de medicina, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, agentes comunitários de saúde, entre outros)

Duração: 4 encontros de 2 horas cada

Metodologia: Aprendizagem ativa com casos clínicos, simulações, discussões em grupo e *Role-playing*

Objetivos Gerais:

1. Capacitar os profissionais da atenção básica para identificar, manejar e acompanhar os principais transtornos mentais.
2. Promover um atendimento centrado na pessoa, respeitando sua individualidade e contexto sociocultural.
3. Integrar a equipe multiprofissional no cuidado em saúde mental.

Objetivos Específicos:

- Compreender a importância do vínculo e da escuta qualificada no atendimento em saúde mental.
 - Diferenciar sinais e sintomas dos principais transtornos mentais na atenção básica.
 - Abordar estratégias de intervenção breve e encaminhamento para níveis secundários de atenção.
 - Discutir o papel da equipe multiprofissional no cuidado integral do paciente.
 - Trabalhar estratégias de autocuidado para os profissionais.
-

Conteúdo Programático:

Encontro 1: Introdução à Saúde Mental na Atenção Básica

- Saúde mental e determinantes sociais.
- Estigma e preconceito em saúde mental.

- Papel da atenção primária na detecção precoce e no cuidado em saúde mental.
- Atendimento centrado na pessoa: princípios e aplicação prática.
- Atividade prática: Discussão de um caso clínico fictício sobre sofrimento psíquico e análise das condutas adequadas.

Encontro 2: Escuta Qualificada e Abordagem Inicial

- Técnicas de escuta ativa e acolhimento.
- Comunicação empática e não violenta.
- Como conduzir uma anamnese em saúde mental na atenção básica.
- Estratégias de abordagem para pacientes em crise.
- Atividade prática: *Role-playing* entre os participantes para simulação de consultas.

Encontro 3: Manejo dos Principais Transtornos Mentais

- Transtornos de humor e ansiedade: sinais, sintomas e manejo.
- Uso racional de psicofármacos na atenção básica.
- Estratégias de psicoterapia breve e abordagem cognitivo-comportamental.
- Encaminhamentos e articulação com a rede de saúde mental.
- Atividade prática: Estudo de caso com definição de plano terapêutico em grupos.

Encontro 4: Integração da Equipe e Autocuidado do Profissional

- Trabalho em equipe e interdisciplinaridade no cuidado em saúde mental.
- Estratégias de apoio para os cuidadores e familiares.
- Cuidando de quem cuida: saúde mental dos profissionais.
- Elaboração de plano de ação para implementação na unidade de saúde.
- Atividade prática: Construção coletiva de um fluxo de atendimento e acolhimento para saúde mental.

Metodologia Ativa Utilizada:

- Discussão de Casos Clínicos: Permite a contextualização teórica na prática do dia a dia.
- Simulações e *Role-Playing*: Facilita a aprendizagem experiencial e a reflexão sobre a prática profissional.
- Discussões em Grupo: Estimula o pensamento crítico e a troca de experiências.

- Elaboração de Plano de Ação: Garante a aplicabilidade do aprendizado no cotidiano do serviço.

Avaliação do Programa:

- Avaliação formativa ao longo dos encontros (*feedbacks*, autoavaliação e reflexões).
 - Aplicação de questionário de satisfação e de autoeficácia antes e depois do curso.
 - Monitoramento da aplicação das estratégias aprendidas no serviço de saúde.
-

ANEXOS

ANEXO A. Termo de Anuência



DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL

A Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências, inscrita no CNPJ sob nº 13.927.934/0001-15, manifesta interesse e anuência institucional para o desenvolvimento do projeto **"GESTÃO DO CUIDADO EM UM AMBULATÓRIO DOCENTE ASSISTENCIAL EM FAMÍLIA E COMUNIDADE"**, que tem como pesquisador responsável o **Profª Drª Mary Gomes Silva**, professora da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP). O referido projeto será desenvolvido no Ambulatório de Família e Comunidade, vinculado à Bahiana Saúde.

Esta autorização está condicionada ao cumprimento do(a) pesquisador(a) aos requisitos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde Nº 466 de 2012 e suas complementares, comprometendo-se utilizar as informações obtidas para a pesquisa, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades. Reiteramos a responsabilidade da BAHIANA em realizar acolhimento **aos participantes da pesquisa e posterior encaminhamentos que se fizerem necessários.**

Antes de iniciar a coleta de dados o(a) pesquisador(a) deverá apresentar a esta Instituição o Parecer Consubstanciado devidamente aprovado, emitido por Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, credenciado ao Sistema CEP/CONEP.

Salvador, 31 de agosto de 2023.

Bruno de Bezerril Andrade
Coordenador
Centro de Pesquisa Clínica – CPC
Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública - EBMSP