

## **ESTRUTURA DO PORTFÓLIO**

### ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA - UNA-SUS/UFCSPA

No Curso de Especialização em Saúde da Família da UNA-SUS/UFCSPA, o trabalho de conclusão de curso (TCC) corresponde ao portfólio construído durante o desenvolvimento do Eixo Temático II - Núcleo Profissional. Neste eixo são desenvolvidas tarefas orientadas, vinculando os conteúdos com a realidade profissional. O portfólio é uma metodologia de ensino que reúne os trabalhos desenvolvidos pelo estudante durante um período de sua vida acadêmica, refletindo o acompanhamento da construção do seu conhecimento durante o processo de aprendizagem ensino e não apenas ao final deste. O TCC corresponde, portanto, ao relato das intervenções realizadas na Unidade de Saúde da Família contendo as reflexões do aluno a respeito das práticas adotadas.

A construção deste trabalho tem por objetivos:

I - oportunizar ao aluno a elaboração de um texto cujos temas sejam de conteúdo pertinente ao curso, com desenvolvimento lógico, domínio conceitual, grau de profundidade compatível com o nível de pós-graduação com respectivo referencial bibliográfico atualizado.

II – propiciar o estímulo à resignificação e qualificação de suas práticas em Unidades de Atenção Primária em Saúde, a partir da problematização de ações cotidianas.

O portfólio é organizado em quatro capítulos e um anexo, sendo constituído por: uma parte introdutória, onde são apresentadas características do local de atuação para contextualizar as atividades que serão apresentadas ao longo do trabalho; uma atividade de estudo de caso clínico, onde deve ser desenvolvido um estudo dirigido de usuários atendidos com patologias e situações semelhantes aos apresentados no curso, demonstrando ampliação do conhecimento clínico; uma atividade de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças; uma reflexão conclusiva e o Projeto de Intervenção, onde o aluno é provocado a identificar um problema complexo existente no seu território e propor uma intervenção com plano de ação para esta demanda.

O acompanhamento e orientação deste trabalho são realizados pelo Tutor do Núcleo Profissional e apresentado para uma banca avaliadora no último encontro presencial do curso.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE –  
UFCSPA/UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS**

**Rita Guidotti Feio**

**A UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA E A ATENÇÃO AO PACIENTE PORTADOR DE  
DOENÇA PSIQUIÁTRICA: UMA ANÁLISE SOBRE O DESENVOLVIMENTO DO  
GRUPO DE SAÚDE MENTAL E A ADEQUAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM USF  
PERTENCENTE AO MUNICÍPIO DE GRAVATAÍ/RS**

Porto Alegre

2016

## **SUMÁRIO**

1. Introdução
2. Estudo de Caso Clínico
3. Promoção de Saúde, Educação em Saúde e Níveis de Prevenção
4. Visita Domiciliar / Atividade no domicílio
5. Reflexão Conclusiva
6. Referências
7. Anexo 1 – Projeto de Intervenção

## 1. INTRODUÇÃO

A autora deste trabalho é médica residente e natural da cidade de Porto Alegre, formada em Medicina na Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. O início de sua caminhada rumo à Medicina se deu no ano de 2006, após término de sua formação escolar no Ensino Fundamental e Médio do Colégio Anchieta de Porto Alegre. Estudou seis anos na Faculdade de Medicina, finalizando o curso e adquirindo o diploma ao final do ano de 2015, segundo semestre.

Após finalizar sua formação, decidiu por iniciar sua carreira médica atuando em unidades de saúde da família, a fim de aprender na vida diária e prática o manejo das doenças mais prevalentes de nossa comunidade, assim como vivenciar frente a frente aquilo que conhecemos como Saúde da Família. Trabalhou durante dois meses no início do ano de 2016 em UFS na cidade de Vespasiano Corrêa, inscrevendo-se no PROVAB para prosseguir sua atuação na Medicina de Família e Comunidade no município de Gravataí, próximo ao seu local de residência.

Iniciou no Ciclo nove, em Março de 2016, na Unidade de Saúde da Família Nova Conquista, unidade localizada na zona urbana, porém, responsável pela assistência de pacientes moradores da zona urbana e da rural, localizada na proximidade. A USF Nova Conquista é composta por três equipes médicas e uma equipe odontológica, que atendem a um território bastante diversificado geográfica e socialmente, com aproximadamente 11.250 indivíduos adscritos. Cada equipe de saúde é formada por um médico, sendo um deles Médico de Família e Comunidade e os demais, médicos do PROVAB/Mais Médicos, um (uma) enfermeiro (a), um (a) técnico (a) de enfermagem, além de dois a quatro agentes comunitários de saúde.

A população adscrita à USF Nova Conquista é bastante variável, apresentando pacientes em área rural, composta na sua maioria de pacientes mais idosos e com maior prevalência de doenças crônicas, como diabetes, hipertensão e artropatias, além dos pacientes da zona urbana. Estes se dividem basicamente em duas das três equipes, uma responsável por pacientes pertencentes a uma área com melhores qualidades de vida e saúde – saneamento básico, escolas, creches – e outra responsável pela assistência da parcela da população urbana residente em área com menores condições, menos desenvolvida, mais precária e com poucos recursos, sendo a área mais carente. Nessa área, há a maior prevalência de doenças infectocontagiosas, sexualmente transmissíveis, parasitárias, além de uma alta incidência de doenças relacionadas à saúde mental. Contudo, apesar da discrepância entre as diferentes populações do território de abrangência da unidade, a comunidade como um todo consta de uma população idosa bastante elevada, além de um acentuado número de

gestantes, sendo as doenças crônicas, psiquiátricas e sexualmente transmissíveis as de maior importância e prevalência. Devido a isso, é notada elevada demanda por consultas de pré-natal, acompanhamento de hipertensos e diabéticos, além de importante demanda por consultas de assistência à pacientes com Transtorno Depressivo Maior e Transtorno de Ansiedade.

Como instituições complementares à assistência e à atenção aos pacientes do município de Gravataí, as unidades de USF da cidade constam com um hospital (Hospital Dom João Becker), um CAPSi, um CAPSad, um CAPS II, um SUE (Serviço de Urgência e Emergência), além de uma UPA 24h a ser inaugurada em 2017, sendo ausente no município a instituição NASF. A cidade apresenta como suporte também a instituição SAE (Serviço de Atendimento Especializado), para onde são encaminhados os pacientes portadores de doenças infecciosas a fim de tratamento e acompanhamento, e serviços como fisioterapia motora domiciliar ou não e acupuntura, bastante importantes para a reabilitação de indivíduos com doenças crônicas ou agudas relacionadas a trauma ou outras patologias ortopédicas ou reumatológicas.

Devido à alta prevalência de pacientes com transtornos de personalidade, Transtorno Depressivo Maior e Transtorno de Ansiedade no território de atenção da unidade Nova Conquista e principalmente da equipe C, assistida pela autora, foi optado por esta a realização desse trabalho com enfoque na abordagem e tratamento aos pacientes portadores de doenças relacionadas à Saúde Mental. O objetivo é analisar a assistência dada aos pacientes e a possibilidade de modificar a atenção com os recursos disponíveis, oferecendo maior suporte e diminuindo as consequências e as complicações da manutenção das doenças aos indivíduos.

## 2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO

A falta de estrutura educacional e de instrução somadas à elevada pobreza em que vivem os pacientes existentes no território de abrangência da USF Nova Conquista tornam doenças crônicas de difícil controle, doenças infecciosas, além de doenças de saúde mental os motivos principais das consultas na unidade. Dados epidemiológicos coletados pela USF mostram que doenças como Hipertensão (HAS) e Diabete Mellitus tipo 2 (DM2) constam na lista das enfermidades crônicas mais prevalentes no que se refere a pacientes idosos, assim como as doenças sexualmente transmissíveis lideram o topo da lista no que se refere a pacientes jovens. Na faixa etária infanto-juvenil, por sua vez, as doenças de maior prevalência são as infecto-parasitárias, por ascaridíase, e as respiratórias, como asma e bronquiolite. O Transtorno Depressivo Maior e o Transtorno de Ansiedade são as principais doenças relacionadas à saúde mental presentes em nosso território de atenção, com elevada prevalência e incidência nas diferentes faixas etárias. Tais achados epidemiológicos são compartilhados por excelentes revisões da literatura (Denno Et al, 2015; Gelaye Et al, 2016; Robles & Macias, 2015).

A maior procura por consultas e atendimento ocorre por parte de pacientes do sexo feminino: idosas com DM2 ou HAS descompensadas ou com complicações relacionadas às doenças, jovens que enfrentam gestações não planejadas, além de doenças venéreas e sexualmente transmissíveis, ou adultos jovens ou idosos com queixas de depressão e de ansiedade.

Um caso bastante complexo e que exemplifica grande parte das situações enfrentadas diariamente pelas equipes de saúde da Unidade de Saúde da Família Nova Conquista está relacionado a uma paciente atendida e acompanhada pela Equipe C da unidade. A paciente em questão é M. R, feminina, adolescente, 17 anos, gestante sem realização de pré-natal, portadora de Sífilis sem tratamento, além de apresentar como comorbidade Transtorno Depressivo Maior. M.R é solteira, desempregada, natural de Terra de Areia e residente no município de Gravataí há três meses, onde mora atualmente com o pai, a madrasta e dois irmãos.

M. R nasceu em Terra de Areia, onde morou durante seus 17 anos com sua mãe, seu padrasto e irmão de sete anos, nascido do segundo casamento de sua mãe. Há três meses, mudou-se para a casa do pai, no município de Gravataí, em vista de ter engravidado de seu parceiro, com o qual namorava sem consentimento da mãe. Tal fato fez com que a paciente fosse “expulsa de casa”. Sob os cuidados do pai, foi levada a unidade a fim de obter atendimento médico e assistência.

Em consulta médica, a paciente relatou estar grávida, sem ter iniciado pré-natal, além de queixar-se de lesões em mãos e pés, diminuição do apetite, humor deprimido, sonolência diurna e choro constante devido a uma tristeza inexplicável.

Após consulta médica, tendo sido realizados os diagnósticos de Sífilis Secundária e de Transtorno Depressivo Maior, foram iniciados os tratamentos para as doenças em questão, agendadas as consultas de Pré-Natal e solicitados os exames de primeiro trimestre. Em vista da situação de vulnerabilidade na qual se encontrava a paciente: ausência de estrutura familiar adequada, transtorno depressivo e necessidade de maior suporte devido à gestação, foi optado, pela Equipe de Saúde da Família, pela criação e elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS), a fim de fornecer melhor suporte e assistência à paciente e ao bebê em complementaridade ao Pré-Natal.

O tratamento da Sífilis Secundária foi realizado com Penicilina G benzatina, 2,4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo), conforme manual atualizado do Ministério da Saúde (MS, 2015). O tratamento dos sintomas depressivos, referidos há mais de seis meses, foi realizado com Amitriptilina 25mg, 01cp/dia, fármaco de escolha para o caso devido à disponibilidade gratuita em farmácia do Estado, facilitando a adesão da paciente sem condições financeiras no momento, assim como devido à ausência de evidências de risco de malformações fetais congênitas em filhos de mães expostas a esse fármaco (Carvalho, A.C.A., 2009).

O PTS foi realizado em concordância com a paciente após conversa desta com os membros da equipe. Médico e equipe esclareceram dúvidas, elaboraram, em conjunto com a paciente, estratégias de tratamento para as comorbidades apresentadas, além de associá-las ao Pré-Natal e ao suporte familiar a ser desenvolvido nessa nova etapa de vida da enferma. Em uma primeira etapa, foi realizado o acolhimento da paciente e o início da formação do vínculo com a equipe por meio da apresentação dos integrantes, do diálogo, da escuta, do esclarecimento de dúvidas, da apresentação de propostas (Carvalho, L.G.P., 2012). Cada integrante da equipe formulou estratégias terapêuticas conjuntas com a paciente, dialogou sobre expectativas, formulou hipóteses, elaborou métodos e definiu metas. A paciente apresentou-se bastante receptiva e entusiasmada com os objetivos do projeto, que não apenas incluía atenção à saúde mental nessa fase de gestação como, também, no pós-parto. Além disso, o trabalho iria ajudar a aceitar a gestação indesejada e a nova situação familiar a qual se encontrava. Familiares foram convocados a acompanhar algumas consultas e a participar do PTS.

A paciente realizou tratamento de Sífilis Secundária e acompanhamento durante a gestação com sucesso. As consultas de Pré-Natal foram complementadas com consultas interdisciplinares com

foco no tratamento do Transtorno Depressivo Maior, e visitas domiciliares foram realizadas a fim de inserir a família no projeto, presenciar a realidade da paciente fora do ambiente da atenção básica e oferecer suporte nos diferentes âmbitos de vivência da paciente em questão.

A paciente manteve-se com boa adesão às consultas e ao tratamento farmacológico, apresentando bom vínculo com o recém-nascido, preocupação com a amamentação e com o aprendizado de cuidados básicos com o bebê. Por consequência, também desenvolveu aceitação e melhora da relação familiar e dos sintomas depressivos.



### **3. PROMOÇÃO DE SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO**

A vigilância em saúde tem por objetivos a observação e a análise permanentes da situação de saúde da população, articulando-se em um conjunto de ações destinadas a controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações que vivem em determinados territórios. Além disso, garante a integralidade da atenção, o que incluiu tanto a abordagem individual, quanto coletiva dos problemas de saúde (Pereira, 2002). Pereira (2002) explica que a vigilância em saúde é a forma mais tradicional da utilização da Epidemiologia nos serviços de saúde, constituindo em um importante instrumento para o planejamento, a organização e operacionalização desses. Nesse contexto, o papel da medicina de família surge no cerne no que tange, principalmente, às ações de medicina preventiva, podendo atuar no primeiro nível de promoção de saúde, utilizando diversas ações educativas, o que evita o surgimento das doenças mais prevalentes e de maior impacto na saúde da população.

Diante de tantas doenças com elevada prevalência, porém com alta possibilidade de prevenção, a educação e a promoção da saúde têm sido um tema bastante discutido nos dias de hoje, em vista da sua elevada importância na melhoria da saúde em nível individual e populacional (Almeida, 2005).

Doenças como Diabetes Mellitus (DM), Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), obesidade, além das doenças de saúde mental como o Transtorno de Ansiedade e o Transtorno Depressivo Maior classificam-se como as doenças crônicas não transmissíveis de maior prevalência atual, provocando o que podemos chamar de uma epidemia de doenças crônicas preveníveis (Duncan, 2012). Sua ocorrência se dá em maior número nos pacientes idosos, com exceção da obesidade que tem atingido também cada vez mais a população infanto-juvenil (Monteiro, 2014). Em vista do elevado número de fatores de risco não tratados e da falta de instrução da população, essas doenças têm apresentado aumento alarmante na atualidade.

Outros fatores como o aumento do uso de produtos industrializados, a adoção de maus hábitos alimentares, o estilo de vida sedentária, além da manutenção de práticas como tabagismo e etilismo são fatores etiológicos importantes (Ministério da Saúde, 2011) que possuem alta possibilidade preventiva, podendo ser alterados com o adequado suporte interdisciplinar e com a mudança dos hábitos de vida diários (Duncan, 2012). Dentre essas mudanças, podemos destacar: a redução do sal na dieta (principalmente para pacientes com história familiar positiva para HAS), a diminuição do consumo de alimentos com alto índice de açúcares e carboidratos e de alimentos contendo carne

vermelha (para pacientes com predisposição familiar ao desenvolvimento de DM), a realização de atividades físicas regulares, o controle da dieta, a redução do tabagismo e do abuso de bebidas alcoólicas (Ministério da Saúde, 2005).

Na população adulta jovem encontramos, por sua vez, uma elevada prevalência e incidência de doenças sexualmente transmissíveis, como Hepatite B, HPV, Sífilis e HIV/AIDS, que têm como fator de risco a relação sexual desprotegida, e que também podem ter sua ocorrência prevenida por adequadas medidas de saúde (Pereira, 2014). Essas medidas incluem uso de preservativo e a vacinação contra Hepatite B e HPV, bastante eficazes para a redução do número de indivíduos expostos, contaminados e infectados.

Na população infantil, o foco das medidas de prevenção e de educação em saúde está nas doenças parasitárias e infecto contagiosas, na anemia ferropriva e na desnutrição (Ministério da Saúde, 2005).

Em se tratando de atenção básica de saúde e na adoção de medidas preventivas para a prevenção primária de doenças crônicas, em vista da elevada prevalência e incidência do Transtorno Depressivo Maior na população de abrangência da USF Nova Conquista, essa patologia merece destaque.

O Transtorno Depressivo Maior é uma patologia que tem se tornado cada vez mais importante, não apenas em vista de seus expressivos índices de acometimento na população, como também pelo elevado grau de comprometimento geral do indivíduo. É uma síndrome clínica bastante comum na atualidade, sendo responsável por ocasionar incapacidade funcional e comprometimento da saúde física e mental dos indivíduos em diferentes níveis (Pinho, 2011). Como sintomas mais comumente avaliados, encontramos alterações de humor, alterações cognitivas, psicomotoras e vegetativas, além de suas consequências como: isolamento social, dificuldade de atenção, alteração no padrão de sono, abuso de substâncias, dentre outras (Neira, 2013).

Essa enfermidade apresenta etiologia multifatorial, podendo ser desencadeada por situações de estresse mental, problemas emocionais de origem variada, ou até mesmo sendo secundária a patologias clínicas (Sarin, 2013). Em vista da variedade de fatores causais possíveis do Transtorno Depressivo Maior e da dificuldade de controlar a todos, a melhor forma de agir sobre a doença, reduzindo seus números e suas complicações, é atuando de modo a realizar sua prevenção secundária, além de ações que visem à promoção de saúde no paciente portador de TDM.

A prevenção primária, a fim de evitar o surgimento da patologia, justamente em vista da multiplicidade etiopatogênica tem sua ação dificultada e pouco efetiva, contudo podendo ser realizada

por meio da educação da população com relação à doença e a seus fatores de risco. Palestras comunitárias, eventos sociais, panfletos explicativos são meios de realizar essa medida. A prevenção secundária, por sua vez mais efetiva e visando o diagnóstico precoce da patologia, pode ser realizada também por ações educativas sociais, instruindo a população sobre os sintomas e sinais da doença. Além disso, outra medida bastante efetiva é a busca ativa de indivíduos assistidos pelas unidades de saúde da família por parte dos agentes comunitários e a identificação de pacientes com o TDM que buscam acolhimento e atenção nas unidades (Azevêdo, B.K.G).

Doenças com elevada prevalência e importância clínica e social, como se mostra o Transtorno Depressivo Maior, devem ter ações voltadas a sua prevenção precoce e cura envolvendo não apenas os indivíduos predispostos ou acometidos, como também a comunidade. Desse modo, é possível acessar a doença em seus diferentes âmbitos, promovendo a saúde dos indivíduos por meio do controle dos fatores predisponentes, do diagnóstico precoce e da manutenção da saúde mental.

#### **4. VISITA DOMICILIAR / ATIVIDADE NO DOMICÍLIO**

Trabalhar na atenção básica nas Unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF) significa assistir ao paciente priorizando ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, analisando este em sua totalidade, com uma equipe bem definida, coesa e com trabalho conjunto ao propósito definido (Ministério da Saúde, 2012). A visita domiciliar (VD) foi introduzida de modo a auxiliar no cuidado integral do paciente, permitindo que todos tenham acesso à saúde e ao cuidado continuado. Desse modo, a introdução dessa nova atividade e dever em tais unidades de atenção possibilitou não somente o exercício da integralidade, como o da longitudinalidade, da equidade, e permitiu maior acessibilidade aos cuidados de saúde por parte da população abrangida no território adscrito (Albuquerque, 2009).

A VD tem sido considerada importante veículo do programa de ESF e de sua política de assistência à saúde. Na Unidade de Saúde da Família Nova Conquista não é diferente. A visita domiciliar possui organização bem definida e é uma das atividades com melhor funcionamento na unidade. Ela se dá em dia específico programado para ser realizada por cada uma das três equipes semanalmente, ocorrendo em um turno por semana, com cada equipe tendo seu dia e turno a realizar. A Secretária Municipal de Saúde e a Prefeitura do município de Gravataí enviam nos dias programados carros com motorista para a realização das visitas. Nesses turnos, a equipe organiza quem serão os profissionais que deverão realizar as visitas, conforme as necessidades dos pacientes a serem assistidos no dia, geralmente incluindo o médico, o enfermeiro, o técnico e ao menos um dos agentes comunitários de saúde (ACS) (Rodrigues, 2011).

A organização dos pacientes a serem visitados ocorre basicamente por meio de agendamento por familiares que entram em contato com a unidade, pelo próprio paciente (via contato telefônico) ou pelos agentes de saúde durante suas visitas. Alguns pacientes cronicamente acamados também são visitados regularmente sem necessidade de solicitação/agendamento, a menos que seja necessária a realização de visita antecipada por alguma patologia nova ou intercorrência. Esses pacientes são organizados em livro de visita domiciliar, com registro das datas de visita, que acontecem conforme a prioridade do atendimento e da doença crônica em questão. Os demais podem ser incluídos ou não no livro de pacientes crônicos acamados, e caso não seja necessária a visita regular, são visitados com tempo a ser determinado pela equipe de acordo com a necessidade e o tratamento.

Os pacientes do Grupo de Saúde Mental, nesse ano de 2016, foram incluídos na listagem de pacientes de visita domiciliar regular, a fim de que possam ser melhor assistidos e acompanhados em

seu tratamento. A VD nesses pacientes, embora não sejam portadores de patologias crônicas incapacitantes fisicamente, acamados ou com difícil acesso à unidade, é de extrema importância ao ver das equipes da USF Nova Conquista. Grande parte destes indivíduos necessita de observação rotineira (muitos apresentam depressão grave, com ideação suicida ou tendência ao abotamento afetivo), de complementação do cuidado com foco também na família, de extrema importância, além de terem por vezes importante fator ambiental associado (Albuquerque, 2009).

Durante as visitas, a equipe busca atender ao paciente analisando-o como um todo, interligando suas doenças crônicas e agudas à sua saúde mental, ao meio em que vive e às pessoas de sua convivência e domicílio. Cada integrante da equipe exerce suas funções de modo integrado, permitindo adequada assistência ao paciente.

Em caso de doenças agudas, em que há necessidade de brevidade no atendimento, a visita domiciliar pode ser antecipada conforme disponibilidade dos integrantes da equipe e do veículo de transporte fornecido. Nesses casos, o médico pode remarcar pacientes de consultas agendadas a fim de realizar a visita, ou o enfermeiro ou o técnico da equipe realizam a VD juntamente com o agente comunitário responsável pela área de moradia do paciente.

Assim, é visto que a visita domiciliar na USF Nova Conquista apresenta bom funcionamento e efetividade, com adequada organização a fim de permitir assistência integral aos pacientes que dela necessitam. As equipes se encontram alinhadas no atendimento, coesão na assistência, e o fluxo de atendimento ocorre com padrão adequado às possibilidades da unidade. É uma tarefa bem realizada, que futuramente poderá estender suas atividades conforme aumento de demanda, possibilitando a continuidade da atividade com manutenção dos seus objetivos propostos e inclusão de novos indivíduos e grupos.

## 5. REFLEXÃO CONCLUSIVA

Vivenciar o Programa de Valorização à Atenção Básica durante o tempo de um ano, tempo estabelecido pelo projeto, permite aos médicos participantes um crescimento profissional bastante elevado e com diferencial em relação aos outros profissionais da categoria. É exercer o SUS, o serviço de saúde brasileiro, enfrentando as dificuldades do sistema, buscando meios em conjunto com a comunidade, com a equipe e com o município de driblá-las, porém também vivenciando o prazer de ver esse grandioso sistema exercendo aquilo que por tantos anos esteve apenas “no papel”.

O trabalho diário em equipe é um aprendizado para que cada integrante saiba exercer suas funções, porém não esquecendo de que também é peça fundamental para a obtenção de um objetivo comum: melhor assistência e cuidado à saúde dos pacientes que passam diariamente pela equipe e que por ela serão continuamente assistidos.

A dificuldade de encaminhar o paciente ao especialista necessário, no tempo correto, com brevidade/urgência e precisão, de realizar os melhores e/ou mais adequados exames a fim da elucidação diagnóstica, de manter vínculo adequado à boa adesão ao tratamento proposto são alguns dos obstáculos enfrentados pelos médicos que se dispõem a trabalhar na atenção básica em um sistema novo e com algumas modificações a serem planejadas. É um sistema de saúde em constante evolução, que embora ainda tenha muito a crescer, hoje se encontra muito perto de alcançar suas metas e objetivos.

Os médicos do Provac, apesar de apenas fazerem parte de um projeto provisório e em estudo, obtiveram os resultados de vivenciar profissionalmente essa realidade, aprendendo com o que o sistema apresenta de bom, e crescendo ainda mais com os obstáculos enfrentados.

Com relação à trajetória no Curso de Especialização, é de crer que ambos os Eixos de ensino foram bastante proveitosos para um adequado crescimento profissional e aprendizado, embora o Eixo 2 tenha sido melhor no que tange aos assuntos propostos, à temática, e à sua forma de avaliação. As atividades no primeiro Eixo ensinaram aos participantes do programa muito da história da saúde no Brasil, com bastante enfoque nas políticas do SUS e nos projetos da atenção básica, todos bastante essenciais para a introdução das atividades práticas nessa jornada ao Sistema de Saúde Brasileiro. Contudo, o Eixo 2, justamente por envolver conteúdos da vida prática dos médicos nas suas unidades, complementou o exercício da profissão, em vista do aprendizado constante e complementar à formação, além de envolver atividades diretas e de fácil realização. Os fóruns avaliativos, embora não tenham sido ferramentas de ensino, foram de certo modo essenciais para

elucidar a vivência dos demais colegas. Por meio deles, foi possível compreender que embora o sistema seja o mesmo e as unidades de Estratégia de Saúde da Família devam desempenhar suas funções de modo bastante semelhante, não é o que acontece na prática. Isso ocorre em vista de diferentes fatores: estaduais, municipais, territoriais, populacionais, burocráticos. Contudo, esses fizeram com que cada USF se adaptasse de modo a manter de certo modo a adequada assistência, o que pode servir de aprendizado para outras unidades com déficits em outros campos.

A ferramenta Portfólio, por sua vez, foi importante para que o médico e estudante sintetizasse ao longo de sua jornada cada uma das funções/tarefas desenvolvidas. Foi um meio interessante de consolidar o aprendizado não teórico, mas sim o prático, durante todo ano de atuação na Atenção Básica e Estratégia de Saúde da Família.

## 6. REFERÊNCIAS

1. Albuquerque, A.B.B, Bosi, M.L.M. Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 25(5):1103-1112, 2009.
2. Almeida, L.M. Da prevenção primordial à prevenção quaternária. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2005; 23(1).
3. Azevêdo, B.K.G. Ações de prevenção, diagnóstico e tratamento do transtorno depressivo maior em idosos da Unidade Maria Madalena Ramos, município de Cachoeira – BA. São Luís, pg (1-13). 2015.
4. Carvalho, A.C.A. O uso de drogas psicotrópicas na gestação. Vol. 37, n.6. *Femina*. Pg. 334-337. 2009.
5. Denno D.M, Hoopes A.J, Chandra-Mouli V. Effective strategies to provide adolescent sexual and reproductive health services and to increase demand and community support. *J Adolesc Health*. 2015; 56.
6. Gelaye, B, Rondon M.B, Araya R, Williams M.A. Epidemiology of maternal depression, risk factors, and child outcomes in low-income and middle-income countries. *Lancet Psychiatry*. 2016; 3(10).
7. Pinho, H. Transtorno Depressivo Maior (TDM) com e sem sintomas psicóticos: investigação neuroquímica com espectroscopia de próton. São Paulo, pg. 18-32. 2011.
8. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Pg. 98. Brasília, 2015.
9. MINISTÉRIO DA SAÚDE. A vigilância, o controle e a prevenção de doenças crônicas não preveníveis – Situação e desafios atuais. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. Pg 31-40. Brasília, 2005.
10. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Caderno de Atenção Domiciliar. Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Atenção Básica. Vol 1. Brasília, 2012.



11. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não-transmissíveis (DCNT) no Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília, 2011.
12. Monteiro, U.G, Vieira, F.O. Fatores desencadeadores de obesidade infantil. Centro Universitário Metodista Izabela Hendrix. 2014.
13. Neira, L.R. Aspectos generales y clínicos de La depresión. In: Grupo de psiquiatras latinoamericanos para la docencia en depresión. Diagnóstico y tratamiento de La enfermedad depresiva. México: AWWE, 2013. p. 19-26.
14. Pereira, B.S. Fatores associados à infecção pelo HIV/AIDS entre adolescentes e adultos jovens matriculados em Centro de Testagem e Aconselhamento no Estado da Bahia, Brasil. Ciênc. saúde coletiva vol.19 no. 3 Rio de Janeiro, Mar. 2014.
15. Pereira, M.G. Epidemiologia teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.
16. Reilly, J.J, Kelly, J. Long-term impact of overweight and obesity in childhood and adolescence on morbidity and premature mortality in adulthood: systematic review. Int J Obes (Lond). 2011; 35(7).
17. Rodrigues, T.M.M, Rocha, S.S, Predrosa, J.I.S. Visita domiciliar como objeto de reflexão. Revista Interdisciplinar NOVAFAPI, Teresina. Vol.4, n.3, p.44-47, Jul-Ago-Set. 2011.
18. Sarin, L. Clasificación y evolución de La enfermedad depresiva. In: Grupo de psiquiatras latinoamericanos para la docência em depresión. Diagnóstico y tratamiento de La enfermedad depresiva. México: AWWE, 2013. p. 35-42.

## **7. ANEXO 1 – PROJETO DE INTERVENÇÃO**

### **Abordagem familiar e terapêutica coletiva no paciente portador de Transtorno Depressivo na Atenção Básica**

#### **RESUMO**

Este projeto de intervenção é uma proposta para modificar a abordagem e a terapêutica de pacientes com Transtorno Depressivo Maior crônico, recorrente ou com ideação/tentativa de suicídio da Unidade de Saúde Nova Conquista, no município de Gravataí. Nesse projeto, será apresentada a proposta de atuar de modo diferenciado na consulta individual com o paciente, no seu ambiente familiar e, oferecendo alternativa estratégica de acolhimento e terapêutica, na abordagem coletiva.

A região de atuação da Unidade Nova Conquista apresenta índices elevados de pacientes relacionados à Saúde Mental, sendo o CAPS, o CAPSi e a Emergência do SUE, para atendimento emergencial psiquiátrico, as unidades responsáveis pela assistência a esses pacientes. A alta demanda de pacientes com transtornos e doenças mentais impossibilita o acolhimento nesses centros especializados de todos os casos encaminhados, nem permite o atendimento por longos períodos. Além disso, a cidade de Gravataí não oferece atualmente o suporte oferecido pelo NASF, sendo, portanto um município com grande número de pacientes com doenças mentais, e pouco suporte para o tratamento continuado.

Desse modo, são apresentadas nesse estudo, como proposta de uma atenção mais ampla e acolhedora, a visita domiciliar com abordagem familiar, a consulta individual mais periódica e o atendimento coletivo como alternativas para fornecerem melhor assistências aos pacientes com transtornos depressivos, podendo ser abrangido aos com outras patologias mentais que não necessitem de uma conduta especializada ou abordagem mais agressiva. O objetivo é atender, acompanhar, vincular e reinserir esses pacientes na comunidade em que vivem e no seu ambiente familiar.

**PALAVRAS-CHAVE:** Depressão, Transtorno Depressivo, Consulta Coletiva.

## SUMÁRIO

1. Introdução.....	4
2. Problema.....	5
3. Justificativa.....	5
4. Objetivos	
4.1 Objetivo geral.....	6
4.2 Objetivos específicos.....	6
5. Revisão de Literatura	
5.1 Transtorno Depressivo Maior.....	7
5.2 Consulta Coletiva.....	7
6. Metodologia.....	9
7. Cronograma.....	10
8. Recursos necessários.....	11
9. Resultados esperados.....	11
10. Referências Bibliográficas.....	12

## 1. INTRODUÇÃO

Os transtornos mentais constituem um importante problema de saúde mental que acomete um grande número de pessoas no mundo inteiro, afetando diferentes culturas, idades e níveis sociais. O transtorno depressivo é uma das doenças mentais de maior prevalência no Brasil e no Mundo, com uma estimativa de acometer aproximadamente 121 milhões de pessoas em todo o mundo, sendo o Brasil um dos primeiros lugares no ranking de prevalência de depressão dentre os países em desenvolvimento. Aquém disso, acredita-se que todos já sofreram ou irão sofrer em algum momento da vida, em maior ou menor grau, sendo, portanto este transtorno mental de extrema relevância no que se refere à saúde pública.

A Depressão se apresenta nos dias de hoje com uma elevada prevalência e com sua incidência em níveis crescentes. É atualmente a quarta causa de incapacidade no mundo e deverá ser a segunda até 2020, segundo a estimativa da Organização Mundial da Saúde (OMS). Em um estudo da OMS, com apoio de patrocinadores e pesquisadores de 18 países, divulgado no ano de 2015, o Brasil apresentou a maior prevalência de casos graves da doença: 10,4% da população investigada. Apesar de ser uma patologia da mente, é uma das doenças de maior responsabilidade por causar afastamentos laborais em nosso país, além de incapacidade física e, inclusive, de suicídio.

Devido a esses dados, temos visto cada vez mais a necessidade de elevar a atenção em saúde mental a um nível maior de importância, como uma das prioridades máximas das políticas do estado. A ESF é a porta de entrada no sistema de saúde, trabalhando de modo integrado com a atenção primária à saúde, e constituindo-se como uma das instituições de maior responsabilidade na assistência ao paciente portador dessa patologia (Takodoro, D. C.). É a instituição responsável por fornecer o primeiro atendimento e por integrar as ações de saúde mental. Esta Estratégia tem como diretrizes a universalidade, a integralidade na atenção, a territorialização e a formação de vínculo com a população. Tem como foco o trabalho em equipe multidisciplinar, com ênfase na promoção da saúde e prevenção, recuperação e reabilitação dos indivíduos, com estímulo à participação da comunidade e controle social, consolidando assim o Sistema Único de Saúde (Mendes, E. V).

Desse modo é necessário haver o estabelecimento de um sistema de atenção à saúde apropriado e preparado para atender não apenas a demanda, como também a doença em si. O fundamental é ter a noção de que tratar o paciente portador de Transtorno Depressivo não inclui somente a abordagem farmacológica, mas também a psicossocial, incluindo seu meio familiar e a

comunidade em que este se insere. A proposta é ampliar as áreas de assistência, cercando o paciente e sua doença nos seus diferentes ângulos a fim de alcançarmos um melhor resultado de cura e/de qualidade de vida (Molina, M. R.).

## **2. PROBLEMA**

Dificuldade de vínculo e de manutenção de tratamento e de assistência ao paciente portador de Transtorno Depressivo na Unidade de Saúde Nova Conquista, de Gravataí-RS.

## **3. JUSTIFICATIVA**

Na área adstrita da Unidade de Saúde Nova Conquista há uma prevalência bastante elevada de pacientes com Depressão Maior, tanto crônica quanto recorrente, além de um número bastante significativo de pacientes com histórico de tentativa de suicídio ou ideação suicida associados à Depressão.

O nosso maior problema em nossa USF é manter esse paciente vinculado a nós de modo que possamos acompanhá-lo e prestar a devida assistência a fim de controlar a doença e diminuir seus agravos. A consulta individual, alternada com visitas domiciliares com propósito de envolver familiares no atendimento ao paciente com a saúde mental comprometida/afetada, além da elaboração da Consulta Coletiva ou Grupo é uma das saídas para melhor envolver esse indivíduo e fazer com que este mantenha um prosseguimento de seu tratamento na atenção básica (Campos, G.).

## **4. OBJETIVOS**

### **4.1 - OBJETIVO GERAL:**

Acompanhar por meio de consultas mensais alternadas com visitas domiciliares pacientes que buscam a unidade de saúde devido a sintomas depressivos e problemas associados ao Transtorno de Depressão Maior, vinculados a Unidade de Saúde da Família e Comunidade Nova Conquista e sua área de abrangência.

## **4.2 - OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Vincular os pacientes com Depressão Maior à unidade de atenção básica
- Acolher e manter acompanhamento adequado mensal, além de visitas domiciliares com propósito de assistir os pacientes em associação com seus familiares, além de envolvê-lo também em seu âmbito domiciliar
- Possibilitar ao paciente que divida suas angustias e sentimentos em grupo específico de pacientes com a mesma patologia mental, a fim de lhe colocar em meio a outros indivíduos que compartilham dos mesmos problemas e sensações, diminuindo ansiedade, sentimento de solidão e de incompreensão
- Reduzir os riscos de complicações e de exacerbação da doença, diminuindo os problemas familiares, laborais e as ideações suicidas que surgem em alguns pacientes com a progressão da doença não tratada

## **5. REVISÃO DE LITERATURA**

### **5.1 - TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR:**

A Depressão, também denominada pelo DMS-V de Transtorno Depressivo Maior, é um quadro de embotamento afetivo, tristeza, melancolia, dentre outros sintomas ditos negativos, que se apresenta em indivíduos predispostos ou não, por pelo menos duas semanas. É um quadro de instabilidade emocional, referente à saúde mental do indivíduo, que acomete grande parte da população pelo menos uma vez ao longo da vida. Os episódios em geral duram entre três e doze meses, e podem ser classificados em leve, moderado ou grave, de acordo com o número, intensidade e importância clínica dos sintomas.

Suas características principais são o humor triste, vazio ou irritável, acompanhado de mudanças somáticas e cognitivas que afetam significativamente a capacidade da pessoa de funcionar. Embora possa ocorrer apenas um episódio, geralmente é uma condição recorrente. Quando o paciente apresenta, ao longo da sua vida, vários episódios depressivos que nunca são intercalados por episódios maníacos, faz-se então o diagnóstico de transtorno depressivo recorrente.

O diagnóstico é feito pela história clínica e anamnese, após exclusão de uma variedade de condições médicas, como: medicamentos, alterações metabólicas, infecções, neoplasias, doenças

endócrinas, cardiovasculares, autoimunes, neurológicas, entre outros, além da constatação da permanência dos sintomas após o tempo relatado a cima. Causas normais de tristeza ou a presença de luto também devem ser distinguidas, a fim de não haver erro diagnóstico e uso desnecessário de medicações (Mendes, E. D).

## **5.2 – CONSULTA COLETIVA:**

A Atenção Primária a Saúde praticada em nosso país é considerada um dos melhores modelos de organização dos sistemas e serviços de saúde do mundo. Contudo, nem sempre a prática segue a teoria, e embora nosso sistema já apresente bons resultados, ainda não foi possível por em prática tudo que foi preconizado e estabelecido em sua elaboração, além de serem necessários profissionais com preparo e aperfeiçoamento de tecnologias e métodos a fim de auxiliarem esse trabalho.

A consulta coletiva se coloca como alternativa a ser seguida, no que se refere à abordagem ao paciente e suas patologias, a fim de atender o indivíduo além da consulta individual e dirigida para suas necessidades biológicas e pessoais. É uma maneira de abordar aspectos sociais, psicológicos e educacionais em conjunto com os pacientes portadores da doença, permitindo-nos que dividam com seus semelhantes aquilo que lhes é importante compartilhar sobre sua patologia. Além disso, possibilita um melhor e mais fácil acesso do médico com seu paciente, uma vez que aquele o insere em meio a demais indivíduos que compartilham dos mesmos sintomas, sensações e ideias, e uma diferente e singela forma de reinserir esses pacientes na comunidade.

Conforme já descrito por Mendes (2012), o atendimento coletivo possui muitos fatores benéficos no que tange a essa forma de abordagem, sendo em destaque: o aprendizado em pares, em que retrata que os pacientes aprendem muito mais e com melhor qualidade com a experiência de outro indivíduo em situação semelhante, em um contexto orientado por um profissional, não com a fala exclusiva deste, e a facilidade em reintroduzir esses pacientes na vida em família e comunitária, uma vez que essa reinserção se inicia na própria atividade em grupo.

Desse modo, é possível perceber o quanto a consulta coletiva pode possibilitar uma melhora clínica e mental do indivíduo por meio da ajuda mútua entre pacientes com mesma patologia. Cada indivíduo contribui igualmente para a sua melhora e para a melhora do outro, encontrando justamente no seu reflexo no outro o entendimento e a força para se tratar conforme o esperado.

Contudo, vale ressaltar que a consulta coletiva não substitui uma consulta individual tradicional, porém, se apresenta como uma efetiva forma de acessar, acompanhar e auxiliar indivíduos com doenças importantes e de difícil abordagem.

## **6. METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo Clínico Intervencional, onde buscaremos avaliar a resposta clínica dos pacientes com diagnóstico de Transtorno Depressivo Maior após manejo farmacológico associado à consulta coletiva. A resposta esperada é a redução dos meses de tratamento farmacológico, a diminuição do embotamento afetivo e da ideação suicida, por vezes presente, e a própria disposição dos pacientes ao retorno de suas atividades cotidianas.

Em consulta individual, iniciamos terapia medicamentosa controlada a ser seguida e avaliada ao longo dos meses de tratamento em consultas agendadas. Associado a isso, os pacientes serão convidados para consultas coletivas quinzenais a participarem de um grupo educacional e terapêutico, que será desenvolvido pelo médico em conjunto com os próprios pacientes.

Os pacientes serão identificados conforme as consultas já agendadas para acompanhamento e conforme a avaliação domiciliar de pacientes referidos com Depressão Maior segundo familiares e Agentes Comunitários de Saúde. Todos serão devidamente avaliados para a patologia a ser estudada, para após serem introduzidos na listagem de indivíduos a serem convidados a participar do grupamento.

Por intermédio dos Agentes Comunitários, a população assistida pela equipe coordenadora da Consulta Coletiva deverá ser informada sobre a data das reuniões e os pacientes e familiares deverão ser convidados a comparecer. A consulta coletiva deverá constar de 01 (um) Médico, 01 (um) Enfermeiro, 01 (um) Técnico/Aux. Enfermagem, 01 (um) Agente Comunitário de Saúde (ACS), 01 (um) Assistente Social. Serão realizados encontros quinzenais, de aproximadamente 1 hora e 30 minutos, que iniciarão com a apresentação de cada um dos presentes. Após, será realizada uma introdução educacional sobre a patologia em questão, seguida da participação ativa dos pacientes que desejam contribuir com seus relatos para o grande grupo. Ao final de cada reunião final mensal, os pacientes serão organizados de modo a cada um ter uma consulta mensal agendada para avaliação individual e acompanhamento de medicações em uso.



Após o término da Consulta Coletiva, a Equipe terá 1 hora para discussão sobre os casos discutidos no grupo, assim como para planejar o tema da próxima reunião, definindo papéis e atribuições para cada um dos participantes da reunião da equipe.

No encontro grupal, além da abordagem educacional com ênfase na saúde mental do indivíduo, serão abordados temas voltados à saúde física, ao convívio familiar, a situações de maior predisposição ao desenvolvimento da Depressão, assim como formar de intervir na patologia. Outras questões como a renovação das receitas também poderá ser realizada no final do atendimento conjunto pelo médico em sala específica e com tempo máximo de 5 minutos por paciente.

Além disso, os pacientes serão visitados em dias de consulta domiciliar a fim de serem avaliados em seu âmbito familiar.

Desse modo, o paciente será abordado da seguinte forma: consulta de rotina agendada mensal para avaliação individual, consulta coletiva quinzenal, visita domiciliar mensal para acompanhamento do paciente em seu sistema familiar.

O número de pacientes mais familiares esperado para a elaboração de um primeiro grupo é de 30 indivíduos. A estimativa é que ao menos 50% dos pacientes já acompanhados na unidade compareçam para participação na terapia em grupo.

## 7. CRONOGRAMA

Procedimento	Novembro/16	Dezembro/16	Janeiro/17	Fevereiro/17
Apresentação do projeto em reunião de equipe	X			
Entrega de material explicativo detalhado mais lista de pacientes a ser completada por cada equipe	X			
Revisão de prontuários equipes A, B e C	X			
Análise agenda/consultas agendadas em	X			

dia de pacientes crônicos				
Busca ativa ACS	X			
Busca ativa profissionais de saúde: pacientes de visita domiciliar e de acolhimento	X			
Listagem de pacientes assistidos na unidade por Transtorno de Depressão Maior		X		
Planejamento/Organização de cada integrante das equipes em reunião de equipe semanal		X		
Determinação data de início		X		
Entrega de convites aos pacientes listados por ACS		X		
Consulta coletiva			X	X
Marcação de consultas individuais quinzenais/mensais			X	X
Avaliação adesão dos pacientes ao tratamento pelos profissionais de saúde			X	X
Auto avaliação pacientes e familiares			X	X
Avaliação projeto pelas equipes			X	X

## **8. RECURSOS NECESSÁRIOS**

- Lista para organização de pacientes a serem convocados para a Consulta Coletiva
- Data e sala disponível para realização do grupo
- Equipamento multimídia
- Canetas e papéis para atividades
- Pasta para arquivo do planejamento das atividades
- Profissionais disponíveis: Médico, Enfermeiro, Téc./aux. Enfermagem, ACS
- Boletins de atendimento coletivo
- Prontuários dos pacientes presentes nas atividades de grupo

## **9. RESULTADOS ESPERADOS**

- Viabilização de atendimento especializado a pacientes com transtornos psiquiátricos depressivos persistentes, recorrentes ou com risco moderado a grave para desenvolvimento de complicações referentes à patologia
- Aumento de vínculo à unidade tanto por parte do paciente quanto de seu familiar
- Maior adesão ao tratamento médico
- Maior acolhimento e assistência a pacientes depressivos com elevado risco de suicídio ou de diminuição de sua qualidade de vida e saúde
- Compartilhamento de vivências e conhecimentos
- Estímulo ao paciente a sentir-se com possibilidade de cura/melhora de seu quase por meio do acolhimento, assistência e suporte a ele prestados tanto por parte da equipe quanto por parte de seus demais colegas
- Construção de objetivos de tratamento de forma individual ou coletiva, com participação ativa do paciente
- Estímulo à equipe ao trabalho multidisciplinar
- Melhora gradual do transtorno psiquiátrico em questão
- Diminuição de encaminhamentos ao CAPs ou Emergências Psiquiátricas das UPA 24h

## **10. REFERÊNCIAS**

1. CAMPOS, Gastão Wagner de Souza e FURLAN, Paula Giovana, Os grupos na Atenção Básica à Saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010, p. 105 a 116.
2. MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 15
3. MENDES, E. V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.
4. MENDES, E. D. Melancolia e Depressão: Um Estudo Psicanalítico. Psicologia: Teoria e Pesquisa, 2014, p. 423 a 431
5. MOLINA, M. R. A. L. A. Prevalência de depressão em usuários de unidades de atenção primária. Rev. Psiquiatria Clínica. Vol.39, n°6, São Paulo, 2012.
6. TADOKORO, D. C. Transtornos Mentais na Atenção Primária: Uma reflexão sobre a necessidade de organizar e acolher a demanda dos usuários do SUS. Uberaba, 2012.