

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

Franciele Natália Peixoto

**ABORDAGEM À SAÚDE MENTAL NA ADOLESCÊNCIA: PROJETO DE
INTERVENÇÃO NA COMUNIDADE CAPIVARA EM SÃO MIGUEL DO ANTA-
MINAS GERAIS**

JUIZ DE FORA/ MINAS GERAIS

2020

Franciele Natália Peixoto

ABORDAGEM À SAÚDE MENTAL NA ADOLESCÊNCIA: PROJETO DE INTERVENÇÃO NA COMUNIDADE CAPIVARA EM SÃO MIGUEL DO ANTAS, MINAS GERAIS

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

Orientadora: Dra. Wania Cristina da Silva

**JUIZ DE FORA/MINAS GERAIS
2020**



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA
NESCON - NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

FOLHA DE APROVAÇÃO

Aos 30 dias do mês de Setembro de 2020, a Comissão Examinadora designada pela Coordenação do Curso Especialização Gestão do Cuidado em Saúde da Família – CEGCSF se reuniu online para avaliar o Trabalho de Conclusão de Curso da aluna **FRANCIELE NATALIA PEIXOTO** intitulado **ABORDAGEM À SAÚDE MENTAL NA ADOLESCÊNCIA: PROJETO DE INTERVENÇÃO NA COMUNIDADE CAPIVARA EM SÃO MIGUEL DO ANTA- MINAS GERAIS**, requisito parcial para a obtenção do Título de Especialista em Gestão do Cuidado em Saúde da Família. A Comissão Examinadora foi composta pelas professoras: Dra. **WANIA CRISTINA DA SILVA** e Profa. Dra. **MARIA DOLÓRES SOARES MADUREIRA**. O TCC foi aprovado com a nota 95.

Esta Folha de Aprovação foi homologada pela Coordenação do CEGCSF no dia trinta do mês de Setembro do ano de dois mil e vinte e devidamente assinada pelo seu Coordenador, Prof. Dr. Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro

Belo Horizonte, 07 de julho de 2021.

PROF. DR. TARCÍSIO MÁRCIO MAGALHÃES PINHEIRO
Coordenador do Curso de Especialização em Gestão do Cuidado em Saúde da Família



Documento assinado eletronicamente por **Tarcísio Marcio Magalhaes Pinheiro, Coordenador(a) de curso de pós-graduação**, em 09/07/2021, às 17:58, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0824168** e o código CRC **22272251**.

Referência: Processo nº 23072.234761/2021-58

SEI nº 0824168

RESUMO

Este trabalho faz parte do Curso de Especialização Gestão do Cuidado em Saúde da Família e visa problematizar a alta prevalência de transtornos mentais, principalmente de ansiedade e depressão, nos jovens. Esses transtornos merecem abordagem precoce, pois comprometem o desenvolvimento do indivíduo e estão associados a uma série de repercussões importantes no futuro. Portanto, a adoção de políticas públicas voltada para essa população é uma necessidade e um desafio. O objetivo desse trabalho foi apresentar um projeto de intervenção que trabalhasse com a prevenção de transtornos mentais nos adolescentes da comunidade Capivara, atendidos pela Equipe de Saúde da Família 3 de São Miguel do Anta-MG. Além disso, pretendeu-se identificar os adolescentes com transtornos mentais e realizar uma abordagem mais aprofundada dos mesmos, bem como referência quando necessário. A elaboração deste se baseou nos passos do Planejamento Estratégico Situacional e em pesquisa bibliográfica feita nas bases de dados da Biblioteca Virtual de Saúde, Scientific Electronic Libaray Online e publicações do Governo Federal, especialmente do Ministério da Saúde. Espera-se que as ações sugeridas no projeto possibilitem modificações na assistência à saúde mental e que promovam melhora das competências sociais do indivíduo, aumento da produtividade na vida escolar e na vida profissional e redução do ônus ao sistema de saúde. O resultado esperado, em última análise, é a promoção à saúde mental e busca, por parte dos adolescentes, por ajuda precoce como medida de prevenção de transtornos psiquiátricos no futuro.

Palavras- chave: Transtornos mentais. Saúde mental. Adolescência. Prevenção.

ABSTRACT

This coursework is part of the Especializing Course Care Management in Family Health and aims to problematize the high prevalence of mental disorders, specially anxiety and depression amongst teenagers. These mental disorders deserve a premature approach, because they compromise the development of the individual and are associated to many important repercussions in the future. Therefore, the adoption of public policy directed to this population is both a need and a challenge. The goal of this work was to present an intervening that worked with the prevention of mental disorders between teenagers from Capivara Community, seen by the Health Team of Family 3 from São Miguel do Anta-MG. Besides that, it was intended to identify the teenagers with mental disorders and achieve a deeper approach with them, as well as referencing when needed. The elaboration of this coursework was based on the steps of the Situational Strategic Planning and on bibliographic research made in the databases of the Virtual Health Library (VHL), Scientific Electronic Library Online (SciELO) and publications from the Federal Government, especially from the Ministry of Health. It is believed that the actions suggested in the project enable changes in mental health care and that it promotes the improvement of the individual's social skills, increased productivity in school and professional life and reduces the burden on the health system. The expected results, in the last resort, is the promotion of mental health and the adolescents' search for early help as a measure to prevent psychiatric disorders in the future.

Keywords: Mental disorders. Mental health. Teenagers. Prevention.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Localização de São Miguel do Anta-MG	09
Figura 2: Atividades da Atenção Primária de Saúde promovida na Escola Estadual José de Assis Pinto (EEJAP) com alunos do 6º ano do ensino fundamental	41

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
DM	Diabetes Melito (<i>Diabetes mellitus</i>)
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
EEJAP	Escola Estadual José de Assis Pinto
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
TDAH	Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade
UBS	Unidade Básica de Saúde

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1- Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde da Família 3, UBS Alfredo Soares do Carmo, município de São Miguel do Anta, estado de Minas Gerais.	15
Quadro 2 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Saúde mental na adolescência”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 3, do município de São Miguel do Anta, estado de Minas Gerais.	29
Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Saúde mental na adolescência”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 3, do município de São Miguel do Anta, estado de Minas Gerais.	30
Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Saúde mental na adolescência”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 3, do município de São Miguel do Anta, estado de Minas Gerais.	30
Quadro 5 – Operações sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema “Saúde mental na adolescência”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 3, do município de São Miguel do Anta, estado de Minas Gerais.	31
Quadro 6 – Operações sobre o “nó crítico 5” relacionado ao problema “Saúde mental na adolescência”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 3, do município de São Miguel do Anta, estado de Minas Gerais.	32
Quadro 7: recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos nós críticos do problema “Saúde mental na adolescência”.	33
Quadro 8: propostas de ações para a motivação dos atores.	34
Quadro 9: plano operativo.	36
Quadro 10: Acompanhamento das ações	39

SUMÁRIO

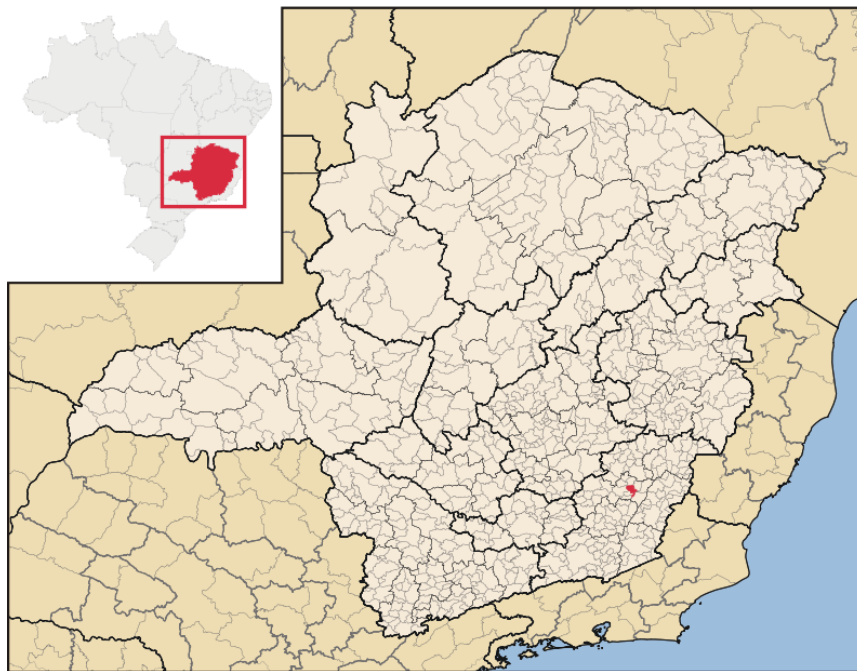
1 INTRODUÇÃO	09
1.1 Aspectos gerais do município	09
1.2 Aspectos da comunidade	10
1.3 O sistema municipal de saúde	10
1.4 A Unidade Básica de Saúde Alfredo Soares do Carmo	11
1.5 O dia a dia da equipe de Saúde da Família 3	12
1.6 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)	13
1.7 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)	15
2 JUSTIFICATIVA	16
3 OBJETIVOS	17
3.1 Objetivo geral	17
3.2 Objetivos específicos	17
4 METODOLOGIA	18
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	19
5.1 Saúde mental na adolescência	19
5.2 Saúde mental no Brasil	24
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	26
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)	26
6.2 Explicação do problema (quarto passo)	26
6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)	27
6.4 Desenho das operações (sexto passo)	28
7 RESULTADOS	39
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	42
9 REFERÊNCIAS	43

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município São Miguel do Anta-Minas Gerais

São Miguel do Anta é um município com 6760 habitantes, segundo último censo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2010. Está localizado na Zona da Mata mineira, distante 247 km da capital mineira e 23 km de Viçosa, a maior cidade da região. A densidade demográfica de São Miguel do Anta é 44,44 hab/km² (IBGE, 2017). A cidade se desenvolveu em torno da agricultura (plantação de café), principal atividade econômica até os dias atuais (Enciclopédia dos Municípios Brasileiros, 1959).

Figura 1: Localização de São Miguel do Anta-MG.



Fonte: https://pt.wikipedia.org/wiki/S%C3%A3o_Miguel_do_Anta

O município pertence à Unidade Regional de Saúde de Ponte Nova. Nesta área, destaca-se a atenção básica, com importantes atividades de prevenção e promoção à saúde realizada por três equipes de saúde da família (ESF), duas localizadas na zona urbana e uma na zona rural, as quais cobrem 100% da população. O município não possui hospital, apenas uma Unidade Básica de Saúde (UBS) responsável pelo atendimento de casos agudos. Demandas de maior complexidade são referenciadas para municípios vizinhos (SÃO MIGUEL DO ANTA, 2019).

1.2 Aspectos da comunidade Capivara de São Miguel do Anta

Capivara é uma comunidade situada na zona rural do município de São Miguel do Anta de aproximadamente 1451 habitantes. Esse distrito se formou a partir do êxodo rural ocasionado pelo avanço da cafeicultura na região, atividade predominante na comunidade ainda hoje (SÃO MIGUEL DO ANTA, 2019). Além dessa, também estão presentes outros tipos de plantio, como tomate e pimenta, além da prestação de serviços e da economia informal. Atualmente, também se destaca a avicultura associada à empresa de alimentos PifPaf¹.

A estrutura de saneamento básico na localidade é precária, visto que a população não tem acesso a esgoto sanitário e o abastecimento de água é feito de forma individual, isto é, cada família capta e armazena sua própria água para consumo. Quanto ao lixo produzido, este é habitualmente aterrado pelos moradores em suas propriedades e, às vezes, queimados. Apesar disso, boa parte da população vive em moradias razoavelmente boas e todos tem acesso à energia elétrica (VALLENGE CONSULTORIA, PROJETOS E OBRAS, 2015).

O índice de analfabetismo é elevado, principalmente entre os maiores de 40 anos. Quanto à evasão escolar, felizmente não é proeminente nessa área, 100% das crianças em idade escolar estão matriculadas².

A comunidade conta com uma Equipe de Saúde da Família (ESF). Esta, por sua vez, conta com o auxílio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e uma equipe de saúde bucal. Na Capivara também há uma escola que oferece ensino básico. Nessa última administração, a comunidade tem recebido mais investimentos em saúde, educação e estradas, visto que o atual prefeito é natural desta localidade.

1.3 O sistema municipal de saúde de São Miguel do Anta

O modelo de atenção à saúde vigente em São Miguel do Anta é o integrado, mesmo que incipiente e com algumas falhas. Nele, a atenção primária à saúde, constituída por uma equipe multidisciplinar, é responsável pelas ações em saúde e pela coordenação

¹Informações verbais coletadas pelos agentes comunitários de saúde.

²Informações verbais coletadas pelos agentes comunitários de saúde.

do cuidado, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida de sua população adscrita (MENDES, 2011).

Há atualmente no município três equipes de saúde da família (duas situadas na zona urbana e uma na zona rural), as quais são responsáveis por realizar atividades de promoção, prevenção à saúde, vigilância e abordagem de grupos de risco, cobrindo 100% da população. A cidade não possui hospital, possui apenas uma UBS que funciona 24 horas, responsável por atender os casos agudos.

Com relação à atenção secundária, o município dispõe de um consórcio chamado “Viva Vida”, composto por médicos de diversas especialidades, situado em Viçosa, cidade para a qual referenciamos a maioria dos casos que não são resolvidos na atenção primária. Este convênio é uma estratégia que visa proporcionar melhoria da equidade no acesso aos serviços. Além disso, o município conta com um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), no qual há um psiquiatra que atende uma vez por semana, psicólogos, assistentes sociais e outros profissionais responsáveis pela abordagem das enfermidades mentais. Quanto à atenção terciária, o município faz parte do Consórcio Intermunicipal em Saúde objetivado no gerenciamento do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) da rede de Urgência e Emergência de Minas Gerais (RUE-MG). Assim, os pacientes são direcionados da UBS para os hospitais de Viçosa. Já os casos de neoplasia são encaminhados para tratamento e acompanhamento no Hospital do Câncer de Muriaé.

No que se refere aos sistemas de apoio, São Miguel do Anta possui assistência farmacêutica através da “Farmácia de Minas”, que além de realizar a dispensação dos medicamentos, também oferece orientações e acompanhamento farmacoterapêutico aos usuários. Com relação ao apoio diagnóstico, são realizados apenas alguns exames laboratoriais no município, sendo que exames de imagem e outros mais complexos são encaminhados para realização em Viçosa.

No que diz respeito ao sistema logístico, nossos pacientes possuem cartão de identificação e prontuários clínicos (ainda não informatizados, mas com proposta de informatização neste ano). O município também oferece transporte coletivo diariamente para Viçosa e transporte agendado para outros municípios mais distantes.

1.4 A Unidade Básica de Saúde Alfredo Soares do Carmo

A UBS Alfredo Soares do Carmo, que abriga a ESF 3, está situada na zona rural de São Miguel do Anta e foi inaugurada no ano de 2000. O estabelecimento foi construído para ser uma Unidade de Saúde, portanto apresenta espaço físico adequado e bem planejado. Além disso, a unidade dispõe de recursos adequados para a realização dos atendimentos e outras atividades.

A ESF 3 é constituída pelos seguintes profissionais: cinco agentes comunitários de saúde (ACS), uma enfermeira também coordenadora da ESF, um técnico de enfermagem, uma médica, um cirurgião dentista, uma auxiliar de saúde bucal, um auxiliar de serviços gerais e uma secretária/recepcionista. A equipe também conta com o apoio do NASF, composto por uma psicóloga, uma nutricionista, uma fisioterapeuta e uma assistente social.

A unidade de saúde funciona no período matutino de 07 às 11 horas e no período vespertino das 13 às 17 horas. Entretanto, é no período da manhã que acontece a maior parte das atividades e que os pacientes mais procuram a unidade.

1.5 O dia a dia da Equipe de Saúde da Família 3

Disponibilizamos um período extenso durante a semana para o atendimento da demanda espontânea: todos os períodos matutinos de segunda a quinta-feira. E mesmo durante o período vespertino, quando possível, atendemos alguns pacientes que chegam à unidade sem agendamento prévio. Esses pacientes são inicialmente acolhidos pela secretária da unidade, posteriormente triados pela enfermeira conforme a gravidade e, em seguida, atendidos por mim.

O período vespertino da segunda-feira é reservado para o atendimento agendado de pacientes com condições crônicas como hipertensão, diabetes, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e daqueles que precisam renovar a receita dos medicamentos de uso contínuo. Neste mesmo período, a enfermeira realiza as puericulturas.

No período matutino das terças-feiras também são realizados atendimentos previamente agendados de nutrição, fisioterapia e odontologia. Já as atividades do período vespertino são variáveis. As primeiras e terceiras terças-feiras do mês são reservadas para atividades educativas na escola local, cujos temas abordados são sugeridos pelos próprios professores. As segundas e quartas terças-feiras são reservadas para atendimento de demanda espontânea fora do posto de saúde, em duas localidades distantes, onde os usuários encontram maior dificuldade de se locomoverem até à UBS.

O período vespertino das quartas-feiras é destinado às visitas domiciliares. Os pacientes assistidos são indicados pelos agentes comunitários de saúde conforme a necessidade. Já o das quintas-feiras é disponibilizado para a realização de pré-natal. Neste mesmo período, a enfermeira fica responsável por realizar os exames de preventivo. Na última quinta-feira são discutidas as atividades realizadas durante o mês, e planejadas as atividades do mês seguinte.

1.6 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade da Capivara do município de São Miguel do Anta

A comunidade da Capivara apresenta importantes problemas sociais. Primeiramente, a oferta de empregos é bastante limitada, restringindo-se a cargos ligados à prefeitura nas áreas de saúde e educação e, principalmente, à atividade agropecuária, atividade pouco remunerada na maioria das vezes. Este é um desafio a ser resolvido pelo governo municipal e, infelizmente, pouco conseguimos intervir. Outro problema que também está longe do nosso poder de resolução é a falta de sistema de tratamento de água e a falta de redes de esgoto. Devido a esse cenário, ainda temos grande prevalência de parasitoses intestinais, principalmente em crianças.

A falta de meios de transporte é outro problema importante. Muitos ainda utilizam cavalo e charrete para ir à unidade de saúde e à cidade. Quando é necessário comprar algum medicamento, os usuários solicitam ao motorista da equipe que compre o medicamento e o traga no dia seguinte. Quanto a este problema também não dispomos de governabilidade. Ainda há a dificuldade de comunicação entre usuários e profissionais por não haver rede de telefonia local, o que dificulta muito o agendamento de consultas, por exemplo.

No que se refere ao sistema local de saúde, observo que este, na prática, é ainda fragmentado, com deficiente comunicação entre os níveis de atenção e limitações no cuidado integral ao paciente. Apesar de solicitarmos contrarreferência em todos os encaminhamentos, raramente somos atendidos.

Quanto ao trabalho em equipe, nosso maior desafio é a falta de engajamento e responsabilização dos profissionais pelas ações em saúde. Discutimos tal questão em todas as reuniões, mas na prática pouco se modifica. Também vejo como problema a ausência de atividades de educação continuada para os profissionais, como discussão de protocolos clínicos e capacitação dos ACS e de outros trabalhadores da unidade.

Outro problema encontrado é a dificuldade de trabalharmos com consultas agendadas. A grande maioria dos atendimentos corresponde à demanda espontânea. Os pacientes não têm a cultura de procurar o serviço de saúde para prevenção e promoção à saúde, e sim apenas para o controle de agravos agudos, o que acaba comprometendo a integralidade do cuidado.

As principais condições de saúde em nossa área de abrangência que merecem atenção são a Hipertensão Arterial Sistêmica seguida pelo Diabetes Melitos tipo 2. Com relação a estas demandas, dispomos de certa governabilidade e também de capacidade de governo para melhorar o controle dessas condições. Fazemos os atendimentos de hiperdia semanalmente e contamos com a nutricionista do NASF. As prescrições só são renovadas com a presença do paciente, momento útil para verificar se o mesmo está em bom controle e tomar as medidas cabíveis. Quanto à atividade física, pilar essencial no tratamento dessas condições, a comunidade oferece aulas realizadas na escola para os idosos duas vezes por semana. Um dificultador do controle dessas doenças é a baixa adesão ao tratamento pelos pacientes. Os casos mais complicados são referenciados para o Centro Viva Vida em Viçosa, responsável por um tratamento mais intensivo e multidisciplinar desses pacientes.

Uma questão importante problematizada por nossa equipe é o alto índice de jovens apresentando transtornos mentais em nossa área de abrangência. Esse problema também foi observado pelos profissionais da área da educação que procuraram a equipe de saúde para solicitar apoio na abordagem desses alunos. Quanto a este problema terminal e quase estruturado, acreditamos ter alguns recursos necessários para desenvolver um plano de ação e habilidades para a execução do mesmo. Apesar de ser nítido o alto número de casos, ainda não temos dados sólidos sobre a incidência e prevalência desses agravos no local.

1.7 Priorização dos problemas– a seleção do problema para plano de intervenção

A partir da identificação destes problemas, parte-se para a priorização dos mesmos. Tendo em vista a relevância do tema e nossa capacidade de governabilidade conforme descrito acima, optamos por priorizar a abordagem à saúde mental dos adolescentes. O quadro abaixo resume os principais problemas encontrados em nossa área de abrangência, a importância dos mesmos, a urgência em resolvê-los e a capacidade de enfrentamento por parte da equipe de saúde.

Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde da Família 3, Unidade Básica de Saúde Alfredo Soares do Carmo, município São Miguel do Anta, estado de Minas Gerais.

Principais problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/priorização****
Saúde mental dos adolescentes	alta	6	parcial	1
Hipertensão Arterial Sistêmica	alta	5	parcial	2
Diabetes Mellitus tipo 2	alta	4	parcial	3
Saneamento básico	alta	2	fora	4
Comunicação entre os níveis de atenção	alta	3	parcial	5
Falta de engajamento e responsabilização dos profissionais	alta	3	dentro	6
Demanda espontânea	alta	2	dentro	7
Educação continuada	média	2	parcial	8
Desemprego	média	1	fora	9
Meios de comunicação	média	1	fora	10
Meios de transporte	alta	1	fora	11

Fonte: Autoria própria (2019)

*Alta, média ou baixa

** Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

2 JUSTIFICATIVA

No Brasil, pouco se comenta e pouco se faz em relação à promoção à saúde mental e prevenção de agravos mentais na infância e adolescência. Isso acontece devido à falta de profissionais especializados na área bem como a falta de capacitação de outros profissionais de saúde, devido à priorização de doenças físicas em detrimento das mentais e devido à fragilidade da rede de atenção à saúde mental. A adoção de políticas públicas voltada para essa população é uma necessidade e um desafio (ASSIS *et al.*, 2009). Segundo Leckman e Leventhal (2008, p. 221),

É comum que as necessidades de saúde mental de crianças e adolescentes ainda não sejam contempladas, mesmo em países de elevada renda. Devido ao estigma associado com a desordem mental e o pequeno número de profissionais treinados, existe necessidade urgente de se desenvolverem intervenções eficazes voltadas para a prevenção ou para o tratamento precoce, que possam ser implementadas na atenção básica em saúde por profissionais de saúde não especialistas.

Apesar de ainda não termos dados sólidos com relação à prevalência e incidência dos transtornos mentais que acometem os adolescentes em nossa área de abrangência, observamos muitos casos de sintomas depressivos, ansiosos e até casos de tentativa de autoextermínio.

Os dados acima evidenciam a relevância do tema e a necessidade de preparo dos serviços de saúde para lidar com esse público e intervir no meio em que o adolescente está inserido a fim de minimizar os “nós críticos”. Assim, este trabalho se justifica pela necessidade imperiosa de abordarmos a saúde mental desses jovens para prevenirmos complicações e repercussões negativas ao futuro adulto.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

O objetivo desse trabalho é apresentar um projeto de intervenção que trabalhe com a prevenção de transtornos mentais e promoção à saúde mental dos adolescentes da comunidade Capivara, atendidos pela Equipe de Saúde da Família 3 de São Miguel do Anta-Minas Gerais.

3.2 Objetivos específicos

- Transmitir informações para os adolescentes na escola local através de palestras e dinâmicas sobre os principais transtornos mentais prevalentes nessa faixa etária, sobre a busca por ajuda e as possibilidades de tratamento;
- Trabalhar com o desenvolvimento de habilidades para o enfrentamento de problemas, como o aumento da autoestima, da resiliência, da empatia e da autonomia;
- Juntamente com os profissionais da educação, estimular os estudos e a aquisição de perspectiva de futuro;
- Informar os pais sobre os transtornos mentais na adolescência e aconselhá-los sobre a prevenção e promoção da saúde mental de seus filhos;
- Identificar os adolescentes com transtornos mentais e necessidades de atenção e realizar uma abordagem mais aprofundada dos mesmos, bem como referenciação quando necessário.

4 METODOLOGIA

Para a elaboração deste trabalho foi utilizado o Planejamento Estratégico Situacional a partir da identificação dos principais problemas encontrados na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família 3 do Município de São Miguel do Anta- MG. Uma vez identificados esses problemas, foi discutido e definido o problema prioritário, seus nós críticos e as ações necessárias para superá-lo. No presente trabalho, segue a descrição de tal problema, a explicação, a seleção de seus nós críticos e as operações, de acordo com a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2017).

Para revisão bibliográfica foi consultada a Biblioteca Virtual em Saúde do Nescon e foram selecionados artigos das seguintes fontes de busca: Pubmed, Lilacs e Cochrane. As palavras chave usadas para encontrar os artigos foram saúde mental, transtornos mentais e adolescência, em português e inglês. Foram encontradas 57 revisões sobre o assunto publicadas nos últimos 10 anos. Destas publicações, 31 foram selecionados para leitura completa e 24 foram citados na revisão do presente trabalho.

Para redação do texto foram aplicadas as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) e as orientações do módulo “Iniciação à Metodologia: Trabalho de Conclusão de Curso” (CORREA; VASCONCELOS; SOUZA, 2017).

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Saúde mental na adolescência

A ansiedade e a depressão representam parcela significativa dos transtornos mentais, as quais, muitas vezes, se iniciam ainda na infância e na adolescência (MELTON *et al.*, 2016). Segundo Jai K *et al.* (2016), a maioria das doenças mentais nos adultos se inicia antes dos 18 anos. Apesar desses dados, existem poucas informações na literatura sobre a psicopatologia nos jovens quando comparados aos adultos, mesmo sabendo que a intensidade e a relevância do problema são similares. Além disso, o acesso aos serviços de saúde mental pelos jovens também é menor quando comparado com a população adulta (LA BARRA, 2009).

Alguns trabalhos recentes mostram que a prevalência do transtorno depressivo em adolescentes é de 11%, enquanto a prevalência de transtornos ansiosos varia entre 10 a 31,9% (MOHAMMADI *et al.*, 2019). Apesar dessa alta prevalência, dispomos de poucas opções de intervenção precoce capazes de interromper a progressão dessas doenças (IORFINO *et al.*, 2016).

Entre a população infanto-juvenil, percebe-se que esses transtornos encontram-se associados frequentemente, estando relacionados à maior incapacidade funcional, pior prognóstico e maior risco de suicídio (FREIRE *et al.*, 2015; MELTON *et al.*, 2016; DRAY *et al.*, 2017; MOHAMMADI *et al.*, 2019). Estudos sugerem que essas comorbidades também estão associadas a maior risco de desenvolvimento de outros transtornos mentais na vida adulta (COSTELLO; MAUGHAN, 2015).

Como a adolescência é um período crítico para o desenvolvimento mental e neurológico e para a aquisição de habilidades sociais e funcionais, a presença precoce de um transtorno mental compromete o desenvolvimento do indivíduo, estando associada a uma série de repercussões importantes no futuro, como maior propensão a comportamentos de risco (maior risco de doenças sexualmente transmissíveis, gravidez na adolescência, envolvimento em brigas e crimes), comprometimento funcional, diminuição da independência, pior desempenho profissional, prejuízo das relações interpessoais, pior impressão do estado de saúde geral, maior utilização dos serviços de saúde e, conseqüentemente, maior ônus social e econômico (PINTO *et al.*, 2014; COSTELLO; MAUGHAN, 2015; FREIRE *et al.*, 2015; IORFINO *et al.*, 2016; JAI K *et al.*, 2016). Os transtornos mentais, com destaque para o transtorno depressivo maior, são os principais

causadores de anos perdidos por incapacidade entre pessoas na faixa etária de 10 a 24 anos (JAI K *et al.*, 2016).

Com relação às causas de morte entre os adolescentes, o suicídio ocupa o segundo lugar. O risco de ideação suicida se eleva durante essa fase (AZEVEDO; MATOS, 2014). Estudos evidenciam que a maior parte dos suicídios acontece na primeira tentativa e que a presença de ideação suicida é o principal fator de risco para o suicídio consumado (MELTON *et al.*, 2016). Além disso, sabe-se que os transtornos do humor são os que mais estão relacionados ao comportamento suicida e que grande parte dos adolescentes com depressão apresenta ideação suicida (AZEVEDO; MATOS, 2014). Sendo assim, tais perturbações psiquiátricas merecem atenção e intervenção imediata nesse grupo etário (MELTON *et al.*, 2016).

Uma característica importante desses distúrbios na faixa etária mais jovem é que os sintomas costumam ser mais heterogêneos e até mais graves. Muitos apresentam diversas queixas somáticas, que levam a ausência escolar e, como consequência, piora do desempenho. Em jovens com baixo desempenho escolar, deve sempre ser aventada a hipótese de sofrimento devido a algum transtorno mental (MELTON *et al.*, 2016).

Também merecem atenção crianças e adolescentes com quadros subsindrômicos, ou seja, que não completam os critérios diagnósticos previstos no Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM), visto que estes também têm consequências funcionais e risco aumentado de desenvolver um transtorno psiquiátrico no futuro (IORFINO *et al.*, 2016; MELTON *et al.*, 2016).

Os fatores de risco para o desenvolvimento de um transtorno mental constituem qualquer circunstância negativa da vida, como perda de entes próximos, divórcio dos pais, necessidade de distanciamento do indivíduo de um dos pais, relações familiares conflituosas, violência e maus tratos. Também são considerados fatores de risco baixa condição socioeconômica, estresse dos pais e má educação dos filhos (SAKURAMOTO; SQUASSONI; MATSUKURA, 2014; KURINGE *et al.*, 2019). Kuringe *et al.* (2019) mostraram que meninas que não frequentavam a escola estavam sob maior risco de desenvolver ansiedade e depressão quando comparadas àquelas que frequentavam. Além desses fatores, também são citados fatores intrínsecos ao indivíduo como autoestima baixa, necessidade de sentir prazer e de violar regras, causas genéticas e influência da exposição a elementos tóxicos durante a gestação (PINTO *et al.*, 2014; KURINGE *et al.*, 2019). Iorfino *et al.* (2016) retratam a importância de se conhecer os fatores neurobiológicos relacionados à gênese dos transtornos mentais a fim de desenvolver estratégias de tratamento efetivas e melhora no curso das doenças (IORFINO *et al.*, 2016).

Pinto *et al.* (2014) mostraram associação entre o uso de drogas e a maior propensão ao desenvolvimento de transtornos mentais, entretanto ressalta que isso não é unanimidade na literatura, visto que outros estudos apontam relação oposta, ou seja, a presença de um transtorno mental é que favorece o abuso de substâncias (PINTO *et al.*, 2014). Para Turner *et al.* (2017), por exemplo, transtornos de humor e de ansiedade estão relacionados a maior risco de uso nocivo de álcool e outras substâncias. Os pacientes fazem uso dessas substâncias como forma de enfrentar o sofrimento causado por esses transtornos, como se fosse uma automedicação (TURNER *et al.*, 2017).

Quanto aos fatores protetores são citados a existência de um ambiente familiar bem estruturado, um bom vínculo com os pais e um ambiente escolar de apoio, os quais estão associados a uma melhor evolução do indivíduo no futuro (COSTELLO; MAUGHAN, 2015). Autores apontam que pais que possuem redes de apoio social são capazes de oferecer maior assistência aos seus filhos, influenciando positivamente a saúde mental destes. Considerando esses fatores protetores, os estudos sugerem que a estimulação dos mesmos é capaz de promover saúde mental e prevenir transtornos (SAKURAMOTO; SQUASSONI; MATSUKURA, 2014).

As doenças mentais constituem grande desafio para os serviços de saúde atualmente (LOPES *et al.*, 2016). A prevenção dessas doenças com base no controle de seus fatores de risco e investimento nos fatores protetores, como citado anteriormente, traz uma série de benefícios, como diminuição da incidência desses transtornos; nos casos em que a doença já está instalada, retarda o aparecimento de sintomas mais graves; diminui os prejuízos na vida adulta e a sobrecarga econômica para o sistema de saúde (WERNER-SEIDLER *et al.*, 2017; MOHAMMADI *et al.*, 2019).

Para Werner-Seidler *et al.* (2017), a adolescência é o período ideal para iniciar programas de prevenção, já que essa fase é mais propensa a mudanças e os padrões de comportamento ainda não estão completamente consolidados, podendo ser mais facilmente revertidos. Aliás, segundo esses autores, os programas de prevenção devem ser iniciados ainda na infância, antes mesmo do surgimento de sintomas (WERNER-SEIDLER *et al.*, 2017).

A prevenção e a promoção à saúde mental deve se iniciar na família e contar com o apoio da escola e da comunidade (PINTO *et al.*, 2014). Melton *et al.* (2016) sugerem em sua revisão que pais, professores e cuidadores sejam orientados quanto aos principais sinais e sintomas da ansiedade e da depressão, uma vez que a identificação precoce desses transtornos e de seus fatores de risco, auxilia na elaboração de medidas de prevenção e controle e contribui para diminuir os encargos futuros para o paciente, para a família e para a sociedade (LOPES *et al.*, 2016; MELTON *et al.*, 2016). Jones *et al.* (2018) também mostraram que a divulgação de informações sobre as doenças mentais para pacientes e familiares, chamada de

intervenção psicoeducacional, tem potencial benefício, uma vez que fornece estratégias de enfrentamento, melhora a adesão ao tratamento e proporciona desfechos mais favoráveis. O conhecimento sobre a doença por parte de pais e filhos pode levar a uma melhor comunicação, maior capacidade de lidar com conflitos e de resolver problemas (JONES *et al.*, 2018).

Segundo Yap *et al.* (2019), para prevenção da psicopatologia na adolescência, deve-se abordar primeiramente os pais, pois o comportamento destes influenciam os comportamentos dos filhos e o modo como os filhos internalizam seus conflitos. Os pais devem ser capacitados a intervir quando seus filhos apresentarem algum comportamento de risco e devem receber uma rede de apoio para ajudá-los a enfrentar as adversidades deparadas na educação dos seus filhos desde a primeira infância, permitindo a execução de práticas educativas mais efetivas (SAKURAMOTO; SQUASSONI; MATSUKURA, 2014; JAI K *et al.*, 2016; YAP *et al.*, 2019). Além disso, se os pais também apresentarem algum transtorno mental, estes devem ser abordados e tratados adequadamente (JONES *et al.*, 2018).

Vários autores afirmam que a escola é um ambiente propício para se atuar em relação à saúde mental dos jovens, no sentido de desenvolver habilidades de proteção relacionadas à resiliência, já que estes passam grande parte do tempo nesses locais e é aí que se constrói parte de seu desenvolvimento (FREIRE *et al.*, 2015; DRAY *et al.*, 2017; HETRICK *et al.*, 2016; WERNER-SEIDLER *et al.*, 2017). Abordagem à saúde mental realizada com grupos na escola focalizando as habilidades citadas acima mostrou efeito benéfico em curto prazo na saúde psicológica dessa população. Terapia cognitivo comportamental realizada nesse ambiente também mostrou benefício em alunos com sinais de depressão e ansiedade (JAI K *et al.*, 2016; DRAY *et al.*, 2017). Wong *et al.* (2014) observaram que cursos online sobre saúde mental abordando elementos cognitivos-comportamentais essenciais orientados por professores nas escolas também podem proporcionar diminuição dos sintomas depressivos e ansiosos (WONG *et al.*, 2014). Dessa forma, saúde mental é um tema que deve ser incorporado aos currículos escolares.

Bennet *et al.* (2015) mostraram que a informação sobre suicídio nas escolas, a detecção de alunos em risco e o desenvolvimento de competências tiveram impacto positivo na redução da ideação suicida e também das tentativas de auto-extermínio. Outra estratégia benéfica apontada por esses autores é a capacitação de profissionais da atenção primária à saúde para lidar com os casos de depressão já instalada, bem como o maior acesso aos antidepressivos (BENNET *et al.*, 2015).

Franco e Rodrigo (2014) apontaram sobre a necessidade de se trabalhar com o desenvolvimento positivo nos programas de promoção à saúde mental, ou seja, incluir o jovem em condutas sociais e evitar que o mesmo se envolva em práticas prejudiciais à saúde. Essas ações devem ser feitas, mais uma vez, centralizando-se nos fatores protetores, nos aspectos favoráveis e virtudes próprias do indivíduo. Isso permite o desenvolvimento de habilidades e competências psicossociais, desenvolvimento da capacidade de enfrentamento de problemas e possibilita a redução de transtornos comportamentais e emocionais. Além disso, os autores reforçam a importância de uma rede de apoio positiva com atores sociais aptos a educar esses adolescentes com relação aos fatores que promovam bem estar, vida saudável e melhora das respostas pessoais a situações desfavoráveis (FRANCO; RODRIGO, 2014).

Nos casos detectados de transtornos mentais já estabelecidos, a abordagem terapêutica deve ser iniciada precocemente para evitar o desenvolvimento de um espectro mais complexo. Esse tratamento deve ser multidisciplinar, integrando tratamento medicamentoso e tratamento psicológico (FARIAS; CORDEIRO, 2011). Estudos evidenciam que, assim como nos adultos, os inibidores seletivos da recaptção de serotonina (ISRS) tem eficácia comprovada no tratamento de ansiedade e depressão na população mais jovem. Além disso, há evidência de benefício na associação com psicoterapia (MELTON *et al.*, 2016). Freire *et al.* (2015) e Hetrick *et al.* (2016) mostraram, em suas revisões, que a terapia cognitivo comportamental e a terapia interpessoal trazem benefícios para jovens com transtorno depressivo. Além disso, esses autores destacaram a importância de intervenções psicoterapêuticas positivas, que consistem não só na redução dos sintomas, mas também na promoção do bem estar, com o propósito de reduzir recaídas (FREIRE *et al.*, 2015; HETRICK *et al.*, 2016).

Estudos mostram ainda que a população que recebe assistência à saúde mental apresenta melhora de suas competências sociais, aumento de resiliência e autoconfiança, maior produtividade tanto na vida escolar quanto na vida profissional, e melhor adaptação à sociedade. Além disso, a prevenção dos agravos mentais e a promoção à saúde mental reduzem o ônus ao sistema de saúde, demonstrando a relevância do tema (PINTO *et al.*, 2014). Entretanto, trabalhos também mostram que grande parte dos jovens com distúrbios mentais não recebem assistência adequada, sendo que muitos nem entram em contato com serviços médicos (HETRIC *et al.*, 2016; LA BARRA, 2009). Para La Barra (2009), isso reforça a necessidade de capacitação dos profissionais não especialistas para reconhecer, manejar casos mais leves e referenciar pacientes com doenças mentais quando necessário (LA BARRA, 2009).

Tento em vista todo o exposto, políticas e programas de prevenção e de promoção à saúde mental, principalmente para populações com fatores de risco, são investimentos vantajosos e devem ser priorizados, pois impactam significativamente na vida dos jovens, diminuindo o risco destes desenvolverem transtornos mentais, diminuindo a gravidade nos casos já instalados e possibilidade de recaída e evitando consequências futuras. No entanto, são necessários mais estudos acerca de ações preventivas para definir qual a melhor abordagem para as diretrizes políticas (HETRICK *et al.*, 2016). Além disso, é inegável a necessidade de se expandir os serviços de saúde mental, visto que estes são insuficientes e a maioria dos jovens não tem acesso aos mesmos (KURINGE *et al.*, 2019).

5.2 Saúde mental no Brasil

No Brasil, a elaboração de políticas públicas de saúde mental para a infância e a adolescência foi feita tardiamente. Por muito tempo, o cuidado à saúde mental da população infantil e juvenil foi delegado a instituições assistenciais e filantrópicas. Apenas em 2001, após a III Conferência Nacional de Saúde Mental é que a responsabilidade pela atenção à saúde mental dessa população foi transferida para o Estado, com elaboração de redes de atenção psicossocial para o cuidado específico desse público. Em 2002 foi dado um avanço importante com a primeira ação efetiva do Estado referente a este tema: a criação do Centro de Atenção Psicossocial para crianças e jovens (CAPSi), composto por uma equipe multidisciplinar, pautada nas ações em rede e no cuidado diário e integral. Em 2004, o Ministério da Saúde criou o Fórum Nacional sobre Saúde Mental de Crianças e Adolescentes. Este dispositivo público permitiu a participação de usuários e familiares na elaboração das diretrizes orientadoras de suas ações e foi regido pelo serviço intersetorial contando com o apoio da esfera da educação, da assistência social, justiça e direitos (COUTO; DELGADO, 2016).

Apesar desses avanços, Couto e Delgado (2016) apontam que muitos são os percalços para atender as complexas demandas de saúde mental dos jovens, exigindo ações e investimentos constantes para a consolidação da política proposta. Segundo estes autores, é necessária a implantação de um número maior de CAPSi, a melhoria do funcionamento e articulação desses serviços com formulação de critérios de análise, de fiscalização e de monitorização, além da capacitação de profissionais para lidar com o público juvenil de forma mais satisfatória (COUTO; DELGADO, 2016).

Abreu, Miranda e Murta (2016) pesquisaram sobre os programas de prevenção em saúde mental existentes no Brasil e mostraram que, nos últimos anos, houve avanços nesse campo. A maioria dos estudos, embora com limitações metodológicas, mostrou benefício em programas desenvolvidos nas escolas cujo enfoque também foi à redução dos fatores de risco e o desenvolvimento de habilidades sociais. Entretanto, mostraram que há poucas intervenções dirigidas a políticas públicas focadas em mudanças de ambiente (ABREU; MIRANDA; MURTA, 2016). Já Patias, Silva e Dell’Aglío (2016) afirmaram que, apesar de a saúde mental ser uma demanda importante atualmente, existe uma lacuna na prestação de serviços dirigidos aos jovens (PATIAS; SILVA; DELL’ AGLIO, 2016).

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Essa proposta de intervenção refere-se ao problema priorizado pela nossa equipe: “Saúde mental dos adolescentes”.

6.1 Descrição do problema “Saúde mental dos adolescentes”

A adolescência é uma fase da vida bastante vulnerável a perturbações psiquiátricas, devido às grandes mudanças biopsicossociais próprias dessa etapa. O grupo etário com maior risco para a depressão, segundo alguns autores, é dos 14 aos 15 anos (RESENDE *et al.*, 2013). Estimativas mostram que 1 a cada 4-5 crianças e adolescentes no mundo é afetado por alguma doença mental (THIENGO; CAVALCANTE; LOVISI, 2014). Uma meta-análise realizada por Polanczyk *et al.* (2015) mostrou que cerca de 13,4% de crianças e adolescentes são afetados por algum quadro psicopatológico, isso sem contar os casos pouco expressivos que também são preditores de comprometimento funcional e que também necessitam de atenção (POLANCZYK *et al.*, 2015). Esses dados evidenciam a relevância do tema e a necessidade de preparo dos serviços de saúde para lidar com esse público.

6.2 Explicação do problema selecionado

Alguns autores consideram que os transtornos mentais na adolescência são precursores de doenças mentais nos adultos e estão relacionados à importante comprometimento funcional no futuro (RESENDE *et al.*, 2013). Assim, torna-se importante estudar e abordar essa questão para melhorar a qualidade de vida do jovem e diminuir a incidência de quadros psicopatológicos nos adultos. Importante frisar que o próprio Estatuto da Criança e do Adolescente apoia a criação de políticas públicas voltadas para a saúde mental desse público. Além disso, o Manual de Saúde Mental Infante-Juvenil orienta que esses pacientes sejam acolhidos e assistidos por todos os serviços públicos de saúde mental (MENEZES; MELO, 2010).

Segundo a revisão de Thiengo *et al.* (2014), os principais transtornos mentais que afetam crianças e adolescentes são transtorno depressivo e de ansiedade, transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), transtorno por uso de substâncias e transtorno de conduta (THIENGO *et al.*, 2014). A abordagem desses transtornos psicológicos nessa faixa etária é um desafio. Muitas vezes estes passam despercebidos, sendo subdiagnosticados e subtratados (POLANCZYK *et al.*, 2015). A Unidade Básica de Saúde e o Programa de Saúde

da Família tem um papel muito importante na assistência desses pacientes e na diminuição do sofrimento mental destes, tendo em vista sua proximidade com a comunidade e com a família (MENEZES; MELO, 2010). Assim, é imprescindível que os profissionais de saúde da atenção primária estejam atentos aos principais sinais e sintomas e estejam preparados para fazerem as devidas intervenções, proporem tratamento eficaz e encaminharem para serviço especializado quando necessário (RESENDE *et al.*, 2013).

Uma importante consequência de transtornos mentais no adolescente é o baixo rendimento escolar, fazendo com que este se torne vulnerável a reprovações. Sintomas psicossomáticos também são frequentes como cefaleia e tonteira, afetando significativamente o funcionamento social do indivíduo (RESENDE *et al.*, 2013). Além disso, a doença mental no adolescente está relacionada adiminuição da independência no futuro, pior desempenho profissional, prejuízo das relações interpessoais, pior impressão do estado de saúde geral, maior utilização dos serviços de saúde e, conseqüentemente, maior ônus social e econômico (COSTELLO; MAUGHAN, 2015; PINTO *et al.*, 2014; FREIRE *et al.*, 2015).

6.3 Seleção dos nós críticos

É importante que se conheça os fatores relacionados ao desenvolvimento dos transtornos mentais para que se possa elaborar propostas de intervenção. A gênese dos distúrbios emocionais é multifatorial. Dentre os principais fatores que influenciam o surgimento dessas patologias, destacam-se os fatores biológicos e genéticos, fatores psicossociais como eventos geradores de estresse e fatores ambientais como violência, abuso, conflitos na comunidade, entre outros (THIENGO; CAVALCANTE; LOVISI, 2014). Outro fator de risco bastante associado é a existência de conflitos no meio familiar. Uma boa configuração familiar e um bom ambiente doméstico são cruciais para o desenvolvimento e o bem-estar do adolescente (RESENDE *et al.*, 2013).

Segundo Resende *et al.* (2013), para diminuir o risco das principais doenças mentais como depressão e uso de álcool e drogas, é indispensável a presença tanto de um suporte familiar quanto de um suporte social na comunidade e na escola. Assim, considero que os principais nós críticos sejam uma adequada estrutura familiar, melhoria das condições socioeconômicas, maior acesso à informação, maior estímulo aos estudos, diminuição da exposição à violência, desenvolvimento de habilidades como a resiliência e melhoria da assistência dos serviços de saúde.

6.4 Desenho das operações

Após ter sido estudada a relevância do tema e a necessidade de intervenção, realizamos uma reunião que contou com a participação do NASF, da minha orientadora do Programa Mais Médicos e da supervisora da escola da comunidade (Escola Estadual José de Assis Pinto), na tentativa de desenvolver ações focalizando a saúde mental do adolescente.

A partir desse processo participativo, decidimos realizar palestras e oficinas mensalente para os adolescentes, informando sobre as principais doenças mentais que tem afetado os jovens, auxiliando na identificação dos principais sinais e sintomas desses transtornos e orientando-os a procurar ajuda caso se identifiquem com algum transtorno ou identifiquem algum colega com tal problema. Denominamos esse projeto de “Integração que transforma”.

Além disso, através da observação do comportamento desses adolescentes durante as atividades, faremos uma busca ativa daqueles que nitidamente apresentarem algum desses problemas. Estes pacientes serão abordados, posteriormente, individualmente, com atendimento médico e psicológico, visando o desenvolvimento de habilidades para solução de problemas, manejo de estresse, prevenção de conflitos, promoção da autoestima, empatia e autonomia.

Também serão realizadas reuniões com os pais, mostrando a importância do tema e da identificação dos transtornos mentais. Abordaremos a importância do cuidado e do apoio familiar, do envolvimento dos pais nas atividades escolares e na oferta de ajuda aos filhos.

Orientaremos os agentes comunitários de saúde (ACS) a identificar famílias que necessitam de maior atenção como pais divorciados, pais alcoólatras e filhos com suspeita de sofrerem violência doméstica. Além disso, os ACS serão orientados a, durante as visitas domiciliares, estimular uma boa relação familiar e abordar práticas educativas saudáveis e alternativas à punição física.

Discutimos sobre a importância de a escola realizar atividades de lazer e de estimular os alunos a participarem de atividades extracurriculares, como práticas esportivas, culturais e religiosas. Também contaremos com a ajuda dos professores para identificar alunos de risco ou com suspeita de distúrbios emocionais.

Com relação ao campo social, que também influencia no desenvolvimento dos transtornos mentais, não possuímos governabilidade para modificá-lo. É preciso a conscientização dos governantes para implementação de políticas públicas que visem à maior oferta de emprego e conseqüentemente a melhoria da situação socioeconômica da população, políticas que combatam a violência comunitária, políticas que invistam em esporte e cultura e políticas que visem à melhoria dos serviços de saúde com profissionais capacitados a assistir

Quadro 2 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Saúde mental na adolescência”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 3, do município São Miguel do Anta, estado de Minas Gerais

Nó crítico 1	Acesso à informação
Operação (operações)	Realização de palestra e oficinas na escola Estadual José de Assis Pinto (EEJAP)
Projeto	Acesso à informação
Resultados esperados	Fazer com que os adolescentes saibam identificar os principais sintomas dos transtornos mentais mais comuns e que saibam oferecer e procurar ajuda quando necessário.
Recursos necessários	Estrutural: espaço para realização das atividades Cognitivo: informações sobre o tema fornecidas pelos profissionais Financeiro: recursos audiovisuais, material de apoio, folhetos explicativos
Recursos críticos	Estrutural: espaço para realização das atividades Cognitivo: profissionais aptos e materiais necessários para dinâmicas Financeiro: recursos audiovisuais e materiais necessários para dinâmicas
Prazo	7 meses
Responsável pelo acompanhamento das ações	Médica da equipe de Saúde da Família 3
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Será avaliada a procura dos serviços de saúde pelos jovens de risco identificados e o impacto que nossa assistência terá sobre os mesmos.

esse público.

Fonte: autoria própria (2019)

Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Saúde mental na adolescência”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 3, do município São Miguel do Anta, estado de Minas Gerais

Nó crítico 2	Baixa capacidade de lidar com frustrações
Operação (operações)	Atendimento médico e psicológico longitudinal visando o desenvolvimento de habilidades como solução de problemas, manejo de estresse, prevenção de conflitos, promoção da autoestima, empatia e autonomia.
Projeto	Desenvolvimento de habilidades
Resultados esperados	Fazer com que os adolescentes desenvolvam estratégias para prevenir situações de estresse e lidar com as mesmas quando ocorrerem.
Recursos necessários	Estrutural: unidade de saúde Cognitivo: capacidade dos profissionais
Recursos críticos	Cognitivo: profissionais aptos
Prazo	Indeterminado
Responsável pelo acompanhamento das ações	Médica da equipe de Saúde da Família 3
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Pais e professores avaliarão o progresso dos adolescentes

Fonte: autoria própria (2019)

Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Saúde mental na adolescência”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 3, do município São Miguel do Anta, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 3	Ambiente/estrutura familiar
Operação (operações)	Reuniões com os pais e visitas domiciliares realizadas pelos ACS visando o estímulo a uma boa relação familiar e a abordagem a práticas educativas saudáveis e alternativas à punição física.
Projeto	Educação dos pais
Resultados esperados	Prevenir a violência doméstica, fazer com que os pais apoiem e acolham seus filhos e saibam ajudá -los a lidar com as dificuldades
Recursos necessários	Estrutural: unidade de saúde Cognitivo: Informações transmitidas pelos profissionais Humano: adesão dos pais e profissionais
Recursos críticos	Cognitivo: profissionais aptos
Prazo	3 meses

Responsável pelo acompanhamento das ações	Médica da equipe de Saúde da Família 3
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Será realizado a partir de questionamentos feitos para os próprios alunos.

Fonte: autoria própria (2019)

Quadro 5 – Operações sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema “Saúde mental na adolescência”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 3, do município São Miguel do Anta, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 4	Ambiente escolar
Operação (operações)	Orientar os professores a promover atividades de lazer na escola e estimular os alunos a participarem de atividades extracurriculares. Capacitar os professores a identificar alunos de risco ou com suspeita de distúrbios emocionais.
Projeto	Orientações aos professores
Resultados esperados	Diminuir os problemas emocionais através do estímulo à participação de atividades extracurriculares.
Recursos necessários	Estrutural: unidade de saúde Cognitivo: Informações transmitidas pelos profissionais Humano: adesão dos profissionais
Recursos críticos	Cognitivo: profissionais aptos
Prazo	Trabalho contínuo
Responsável pelo acompanhamento das ações	Médica da equipe de Saúde da Família 3
Processo de monitoramento e avaliação das ações	A equipe de saúde estará sempre entrando em contato com a supervisora da escola e com os professores para avaliar a efetividade das ações.

Fonte: autoria própria (2019)

Quadro 6 – Operações sobre o “nó crítico 5” relacionado ao problema “Saúde mental na adolescência”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 3, do município São Miguel do Anta, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 5	Melhoria dos serviços de saúde
Operação (operações)	Capacitação dos profissionais para educação em saúde, prevenção de agravos e reabilitação quando necessário. Maior comunicação e articulação entre os profissionais da atenção primária , bem como destes com a atenção secundária.
Projeto	Abordagem multidisciplinar
Resultados esperados	Promoção à saúde mental
Recursos necessários	Estrutural: UBS, CAPS Cognitivo: Informações adquiridas pelos profissionais, diálogo entre os profissionais Humano: adesão dos profissionais
Recursos críticos	Cognitivo: profissionais aptos e envolvidos
Prazo	Trabalho contínuo
Responsável pelo acompanhamento das ações	Médica da equipe de Saúde da Família 3
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Serão realizadas reuniões frequentes para discussão de casos e elaboração de propostas.

Fonte: autoria própria (2019)

7º passo- identificação dos recursos críticos

Para a viabilidade do plano de ação citado a equipe depende de recursos críticos como profissionais capacitados a transmitir as informações necessárias, espaço físico adequado para realização de reuniões, palestras e oficinas, além de recursos audiovisuais e materiais de apoio disponíveis. A equipe também depende de políticos que se comprometam com a melhoria das condições socioeconômicas da população.

Quadro 7: recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos nós críticos do problema “Saúde mental na adolescência”.

Operação/ projeto

Acesso à informação	Estrutural: espaço para realização das atividades Financeiro: aquisição material de apoio, recursos audiovisuais, folhetos explicativos Cognitivo: profissionais habilitados a discorrer sobre o tema
Capacidade de lidar com frustrações	Estrutural: unidade de saúde Cognitivo: capacidade dos profissionais
Ambiente/estrutura familiar	Estrutural: unidade de saúde Cognitivo: informações transmitidas pelos profissionais Humano: adesão dos profissionais
Ambiente escolar	Cognitivo: Informações transmitidas pelos profissionais Humano: adesão dos profissionais
Melhoria das condições socioeconômicas	Humano: adesão dos profissionais Cognitivo: Informações transmitidas pelos profissionais Organizacional: mobilização dos políticos Político: decisão de aumentar os recursos para a implementação de medidas visando a melhoria das condições socioeconômicas Recursos financeiros para a ação dos governantes

Fonte: autoria própria (2019).

8º passo- análise de viabilidade do plano

Como o autor do plano não possui todos os recursos necessários para a execução do mesmo, ele precisa identificar o detentor dos recursos e motivá-lo a viabilizar a execução das ações (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Assim, para a efetividade do plano referido, é necessário que os profissionais sejam capacitados, motivados e convencidos sobre a real necessidade da ação. Nesse quesito, considero o plano viável uma vez que há uma forte articulação entre a escola e o serviço de saúde, motivo pelo qual chamamos o projeto de “Integração que transforma”. Além disso, os profissionais envolvidos (professores, ACS e integrantes do NASF) mostram motivação favorável à ação.

Com relação ao espaço físico e aos recursos audiovisuais, também não encontramos dificuldade, já que estes foram disponibilizados pela diretora da escola local.

Quanto à motivação dos pais, esta é ainda indiferente. Precisamos criar estratégias para convencê-los da relevância do tema.

A maior dificuldade encontrada, como já dito, é mobilizar os políticos sobre a importância da melhoria das condições sociais e econômicas e do investimento em esporte, cultura e lazer. Nesse caso, existe uma motivação indiferente. Para isso, o plano de ação será apresentado aos políticos da região, para que percebam o impacto que essas ações podem ter sobre a saúde de nossos jovens.

Quadro 8: propostas de ações para a motivação dos atores

Operação/ projeto	Recursos críticos	Ator que controla	Motivação	Ações estratégicas
Acesso à informação	Financeiro: aquisição material de apoio, recursos audiovisuais, folhetos explicativos Cognitivo: profissionais habilitados a discorrer sobre o tema	Profissionais da saúde (médico e NASF) e profissionais da educação	Favorável	Não é necessário
Capacidade de lidar com frustrações	Cognitivo: capacidade dos profissionais	Médico e psicólogo da equipe	Favorável	
Ambiente/estrutura	Humano: adesão	Pais	Indiferente	Reuniões com os

familiar	dos profissionais			pais Visitas domiciliares
Ambiente escolar	Humano: adesão dos profissionais	Professores	Favorável	Não é necessário
Melhoria das condições socioeconômicas	Humano: adesão dos profissionais Político: decisão de aumentar os recursos para a implementação de medidas visando a melhoria das condições socioeconômicas Recursos financeiros para a ação dos governantes	Políticos locais	Indiferente	Apresentar o plano de ação aos governantes

Fonte: autoria própria (2019).

9º passo: elaboração do plano operativo

Nessa etapa, determina-se o responsável pela realização de cada etapa do plano e o respectivo prazo para a finalização (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

As palestras e oficinas para as turmas serão realizadas mensalmente pela médica da equipe juntamente com a psicóloga do NASF. Cada mês será destinado a uma turma. Decidimos abordar sete turmas- do sexto ao nono ano do ensino fundamental e do primeiro ao terceiro ano do ensino médio. Assim, espera-se finalizar essa etapa em sete meses.

A abordagem individual dos adolescentes que apresentarem algum transtorno mental também será realizada pela médica e pela psicóloga. Será reservado um horário semanal para o atendimento desses casos. Entretanto, é difícil delimitar um prazo para realização dos

atendimentos, visto que o número de consultas e o tempo das mesmas vai depender da necessidade e da evolução de cada paciente.

Quanto às reuniões com os pais, estas serão realizadas com os pais de cada turma, anteriormente à abordagem dos adolescentes. As reuniões também serão mensais, devendo ser finalizada em 7 meses. Nesse caso, a partir de questionamentos feitos aos adolescentes atendidos, será possível obter parâmetros da efetividade dessa ação.

Será necessário realizar uma capacitação para os ACS a fim de estarem preparados para, durante as visitas domiciliares, identificar famílias vulneráveis e abordar práticas educativas saudáveis no ambiente familiar. Pretende-se cumprir a capacitação em um mês.

Como há uma boa articulação entre a escola e a equipe de saúde, serão realizadas reuniões com os profissionais da educação durante todo o plano de ação, nas quais será reforçada a necessidade de estimular os alunos a participarem de atividades extracurriculares.

Planeja-se apresentar o plano de ação e sua justificativa para os políticos também no primeiro mês de projeto, para que os mesmos se conscientizem da necessidade de implementação de políticas públicas que visem a melhoria da situação socioeconômica da população, políticas que combatam a violência comunitária, políticas que invistam em esporte e cultura e políticas que visem a melhoria dos serviços de saúde.

Quadro 9: plano operativo

Operações	Resultados	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
Acesso à informação	Fazer com que os jovens conheçam os principais transtornos mentais e procurem ajuda caso se identifiquem com algum transtorno.	Realização de palestras e oficinas na escola	Médica da equipe e psicóloga do NASF	7 meses
Capacidade de lidar com frustrações	Fazer com que os adolescentes desenvolvam	Realização de atendimentos médico e	Médica da equipe e psicóloga do	Indeterminado

	estratégias para prevenir situações de estresse e lidar com as mesmas quando ocorrerem.	psicológico	NASF	
Ambiente/estrutura familiar	Prevenir a violência doméstica, fazer com que os pais apoiem e acolham seus filhos e saibam ajuda-los a lidar com as dificuldades	Reuniões com os pais. Visitas domiciliares realizadas pelos ACS visando o estímulo a uma boa relação familiar e a abordagem a práticas educativas saudáveis e alternativas à punição física.	Médica da equipe, psicóloga do NASF ACS	7 meses Trabalho contínuo
Ambiente escolar	Diminuir os problemas emocionais dos adolescentes	Orientar os professores a promover atividades de lazer na escola e estimular os alunos a participarem de atividades extracurriculares. Capacitar os professores a identificar alunos de risco ou com suspeita de distúrbios emocionais.	Professores	Ação contínua
Melhoria das	Fazer com que os	Mostrar o plano de	Médica da equipe	Apresentar o

condições socioeconômicas	políticos locais se conscientizem da necessidade de implementar medidas para a melhoria das condições socioeconômicas da população.	intervenção aos políticos locais	e psicóloga do NASF	plano de ação em 01 mês
----------------------------------	---	----------------------------------	---------------------	-------------------------

Fonte: autoria própria (2019).

10º passo: gestão do plano

Este passo é essencial para o processo de planejamento, uma vez que monitora a realização das operações e a adequada utilização dos recursos, evidenciando os ajustes necessários (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

A monitorização do plano será feita principalmente pela médica da equipe através da observação e avaliação das atividades descritas. Para isso, serão realizadas reuniões frequentes com os profissionais da educação, avaliação dos registros dos atendimentos médico e psicológico e das visitas domiciliares.

O resultado esperado, em última análise, é a promoção à saúde mental. Além disso, espera-se que os adolescentes com problemas mentais procurem por ajuda precocemente para prevenir transtornos psiquiátricos no futuro.

7 RESULTADOS

Quadro 10: Acompanhamento das ações

Operação	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Acesso à informação	Médica da equipe e psicóloga do NASF	7 meses	Finalizado	Foram realizadas palestras e dinâmicas com todos os adolescentes da escola local, como planejado.	
Capacidade de lidar com frustrações	Médica da equipe e psicóloga do NASF	Indeterminado	Em andamento	O tempo de tratamento realizado com os adolescentes selecionados varia de acordo com o caso. Alguns adolescentes já receberam alta, outros continuam em acompanhamento psicológico ou psiquiátrico.	Indefinido
Ambiente/estrutura familiar	Médica da equipe, psicóloga do NASF ACS	7 meses Trabalho contínuo	Finalizado Em andamento	As palestras foram realizadas para os pais pela médica e pela psicóloga da equipe. Mas a abordagem à saúde mental dos filhos deve ser feita	

				continuamente tanto pelo médico quanto pelos ACS.	
Ambiente escolar	Professores	Ação contínua	Em andamento	Os professores devem estimular a prática de atividades extracurriculares benéficas continuamente, bem como estarem aptos a identificarem alunos com possíveis transtornos mentais.	Indefinido
Melhoria das condições socioeconômicas	Médica da equipe e psicóloga do NASF	Apresentar o plano de ação em 01 mês	Ação ainda em discussão com os gestores.	O plano de ação foi apresentado aos gestores, mas é necessária maior sensibilização dos mesmos, pois nenhuma medida foi tomada por parte destes até o momento.	03 meses

Fonte: autoria própria (2020).

A figura 2 é o registro da ação realizada na EEJAP juntamente com alunos do 6º ano do ensino fundamental. Foram desenvolvidas palestras sobre temas relacionados à saúde mental dos adolescentes.

Figura 2- Atividades da Atenção Primária de Saúde promovida na Escola Estadual José de Assis Pinto (EEJAP) com alunos do 6º ano do ensino fundamental.



Fonte: Autoria própria (2019). Identificação da direita para a esquerda da foto: diretora da EEJAP, médica da ESF 3 de São Miguel do Anta e psicóloga do NASF juntamente com os alunos do 6º ano do ensino fundamental.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como citado anteriormente, são muitos os problemas encontrados em nossa área de abrangência e muitos desafios para melhorar o processo de trabalho. Entretanto, não dispomos de recursos para resolver todos e, por isso, devemos planejar uma ação multiprofissional juntamente com os gestores municipais para estabelecermos prioridades nos investimentos à saúde.

No presente trabalho, optamos por abordar um problema até então pouco discutido, mas cada vez mais prevalente, que é a saúde mental dos nossos adolescentes, e elaborar possíveis estratégias de intervenção.

Para promover saúde mental e prevenir transtornos, é necessário intervir no âmbito individual e familiar. É nesse contexto que possuímos certa governabilidade e tivemos a pretensão de atuar. Entretanto, também são necessárias ações no âmbito social, no qual não temos capacidade de governo. É preciso a implementação de políticas públicas que melhorem a oferta de emprego e conseqüentemente a situação socioeconômica da população, políticas que combatam a violência e que invistam em saúde, esporte e cultura.

9 REFERÊNCIAS

ABREU, S.; MIRANDA, A. A. V.; MURTA, S. G. Programas Preventivos Brasileiros: Quem Faz e como É Feita a Prevenção em Saúde Mental? **Psico-USF**, Bragança Paulista v. 21, n. 1, p. 163-177. Jan./abr. 2016.

ASSIS, S. G. *et al.* Situação de crianças e adolescentes brasileiros em relação à saúde mental e à violência. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 14, n. 2, p. 349-361, 2009.

AZEVEDO, A.; MATOS, A. P. Ideação suicida e sintomatologia depressiva em adolescentes. **Psicologia, saúde e doenças**, v. 15, n. 1, p. 180- 191, 2014.

BENNET, K. *et al.* A Youth Suicide Prevention Plan for Canada: A Systematic Review of Reviews. *The Canadian Journal of Psychiatry* v. 60, n. 6. Jun 2015.

BRASIL. Biblioteca Virtual em Saúde. **Descritores em Ciências da Saúde**. Brasília, [online], 2016a.(BRASIL. Ministério da Saúde. **Descritores em Ciências da Saúde** (DeCS). Brasília, [online] 2017. Disponível em: <http://decs.bvs.br/homepage.htm>). Acesso em: 15 jun. 2019.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE Cidades**, Brasília, [online], 2016b. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/sao-miguel-do-anta/panorama>. Acesso em: 15 jun. 2019.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA H. P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. Nescon/UFMG. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento_e_avaliacao_das_acoes_de_saude_2/3>. Acesso em: 15 jun. 2019.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. Elaboração do plano de ação. In: CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2ª ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 118p.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento, avaliação e programação das ações em saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2017. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca>. Acesso em: 15 jun. 2019.

CORRÊA, E. J. ; VASCONCELOS, M. ; SOUZA, S. L.. **Iniciação à metodologia: Trabalho de Conclusão de Curso**. Belo Horizonte: Nescon /UFMG, 2017. Disponível em<<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca>>. Acesso em: 15 jun. 2019.

COSTELLO, E. J.; MAUGHAN, B. Annual Research Review: Optimal outcomes of child and adolescent mental illness. **J ChildPsycholPsychiatry**, v. 56, n. 3, p. 324–341. Mar 2015.

COUTO, M. C. V.; DELGADO, P. G. G. Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais. **Psic. Clin.**, Rio de Janeiro v. 27, n.1, p. 17-40, 2015.

DRAY, J. *et al.* Effectiveness of a pragmatic school-based universal intervention targeting student resilience protective factors in reducing mental health problems in adolescents. **Journal of Adolescence**, v. 57, p 74-89. Jun 2017.

ENCICLOPÉDIA dos Municípios Brasileiros. Rio de Janeiro. v. 27. 1959.

FARIAS, A. C.; CORDEIRO, M. L. Transtornos do humor em crianças e adolescentes: atualização para pediatras. **Jornal de Pediatria**, v. 87, n. 5, 2011.

FRANCO, G. R.; RODRIGUES, M. C. Programas de Intervenção na Adolescência: Considerações sobre o Desenvolvimento Positivo do Jovem. **Temas em Psicologia**, v. 22, n. 4, p. 677-690, 2014.

FREIRE, T. *et al.* Interventions for youth depression: from symptom reduction to well-being and optimal functioning. **Journal of Behavior, Health & Social Issues**, v. 6, n. 2, p. 9- 19. Nov-2014 / abr-2015.

HETRICK, S. E. *et al.* Intervenciones basadas en la terapia cognitivo conductual (TCC), la TCC de tercera generación y la terapia interpersonal (TIP) para la prevención de la depresión en niños y adolescentes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 8. 2016.

IBGE. Instituto Brasileiro de geografia e Estatística. Cidades Minas Gerais. 2017. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/sao-miguel-do-anta/panorama>>. Acesso em 15 jun. 2019.

IORFINO, F. *et al.* The underlying neurobiology of key functional domains in young people with mood and anxiety disorders: a systematic review. **BMC Psychiatry**, v.23, n.16, p.156, 2016.

JAI K. D. M. D. Interventions for Adolescent Mental Health: An Overview of Systematic Reviews. **Journal of Adolescent Health**, v. 59, n. 4, p. 49-60. Oct 2016.

JONES, R. B. *et al.* Psychoeducational interventions in adolescent depression: A systematic review. **Patient Education and Counseling**, v. 101, n. 5, p. 804-816. May 2018.

KURINGE, E. *et al.* Prevalence and correlates of depression and anxiety symptoms among out-of-school adolescent girls and young women in Tanzania: A cross-sectional study. **Plos One**, v. 16, n. 14. Aug 2019.

LA BARRA, F. M. Epidemiología de trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes: Estudios de prevalência. **Rev Chil Neuro-Psiquiatv.**, 47, n. 4,p. 303-314, 2009.

LOPES, C. S. *et al.* ERICA: prevalência de transtornos mentais comuns em adolescentes brasileiros. **Rev Saúde Pública**, v.50 (supl 1):14s, 2016.

MELTON, T. H. *et al.* Comorbid Anxiety and Depressive Symptoms in Children and Adolescents: A Systematic Review and Analysis. **J Psychiatr Pract.**, v.22, n. 2, p. 84–98. Mar 2016.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENEZES, T. T. MELO, V. J. O pediatra e a percepção dos transtornos mentais na infância e adolescência. **Adolescência e Saúde**, v.7, n.3. Jul 2010.

MOHAMMADI, A. *et al.* Unified Protocol for Transdiagnostic Prevention of Depression and Anxiety in Iranian Adolescents: Protocol Development and Initial Outcome Data. **Iran J Psychiatry**, v. 14, n. 2, p. 171-178, 2019.

PATIAS, N. D.; SILVA, D. G.; DELL'AGLIO, D. D. Exposição de Adolescentes à Violência em Diferentes Contextos: Relações com a Saúde Mental. **Temas em Psicologia**, v. 24, n. 1, p. 205-218, 2016.

PINTO, A. C. S. *et al.* Fatores de risco associados a problemas de saúde mental em adolescentes: revisão integrativa. **Rev Esc Enferm USP**, v. 48, n. 3, p. 555-564. 2014.

POLANCZYK, V. G. *et al.* Annual Research Review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. **Journal of child Psychology and Psychiatry**, v.56, n. 3, p. 345-365, 2015.

RESENDE, C. *et al.* Depressão nos adolescentes- mito ou realidade? **Nascer e crescer. Revista de Pediatria do Centro Hospitalar do Porto**, v. 22, n.3, 2013.

SAKURAMOTO, S. M.; SQUASSONI, C. E.; MATSUKURA, T. S. Apoio social, estilo parental e a saúde mental de crianças e adolescentes. **O Mundo da Saúde**, São Paulo v. 38, n. 2, p. 169-17, 2014.

SÃO MIGUEL DO ANTA (MG). Prefeitura Municipal, 2019. Disponível em: <<http://saomigueldoanta.mg.gov.br/>>. Acesso em 15 jun. 2019.

THIENGO, D. L.; CAVALCANTE, M. T.; LOVISI, G. M. Prevalência de transtornos mentais entre crianças e adolescentes e fatores associados: uma revisão sistemática. **J Bras Psiquiatr**, v. 63, n.4, p. 360-372, 2014.

TURNER, S. *et al.* Self-medication with alcohol or drugs for mood and anxiety disorders: A narrative review of the epidemiological literature. **Depress Anxiety**, v. 35, p. 851–860, 2018.

VALLENGE CONSULTORIA, PROJETOS E OBRAS. **Plano municipal de saneamento básico São Miguel do Anta- MG**. Relatório final. Disponível em: <http://www.vallenge.com.br/sites/default/files/upload/arquivos/produtos/PMSB_Sao_Miguel_do_Anta.pdf>. Acesso em 07 fev. 2020.

WERNER-SEIDLER, A. *et al.* School-based depression and anxiety prevention programs for young people: A systematic review and meta-analysis. **Clinical Psychology Review**, v. 51, p. 30-47. Feb 2017.

WONG, N. *et al.* Preventing anxiety and depression in adolescents: A randomised controlled trial of two school based Internet-delivered cognitive behavioural therapy programmes. **Internet Interventions**, v.1, n. 2, p. 90-94. Apr 2014.

YAP, M. B. H. *et al.* Medium-Term Effects of a Tailored Web-Based Parenting Intervention to Reduce Adolescent Risk of Depression and Anxiety: 12-Month Findings From a Randomized Controlled Trial. **Journal of medical internet research**, v. 21, n. 8, 2019.