

**UNIVERSIDADE FEDERAL MINAS GERAIS**

**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ESTRATÉGIA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**ANTONIO MARTINEZ GONZALEZ**

**PLANO DE AÇÕES NA PROMOÇÃO E PREVENÇÃO DE  
TRANSTORNOS EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À  
SAÚDE**

**CONTAGEM - MINAS GERAIS**

**2015**

**ANTONIO MARTINEZ GONZALEZ**

**PLANO DE AÇÕES NA PROMOÇÃO E PREVENÇÃO DE  
TRANSTORNOS EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À  
SAÚDE**

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

Orientadora: Profa. Dra. Palmira de Fátima Bonolo

**CONTAGEM - MINAS GERAIS**

**2015**

**ANTONIO MARTINEZ GONZALEZ**

**PLANO DE AÇÕES NA PROMOÇÃO E PREVENÇÃO DE  
TRANSTORNOS EM SAUDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMARIA À  
SAUDE**

**Banca Examinadora**

Prof<sup>a</sup>. Dra. Palmira de Fátima Bonolo

Prof<sup>a</sup>. Patrícia da C. Parreiras (CPqRR/FIOCRUZ)

Aprovado em Belo Horizonte: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## RESUMO

O presente trabalho objetiva uma revisão das principais causas que influenciam negativamente no acompanhamento dos transtornos mentais na Atenção Primária à Saúde (APS). Foi realizado um levantamento de literatura sobre o tema com o objetivo refletir sobre a demanda de pacientes vivendo com algum tipo de transtorno mental, acolhendo e proporcionando novas alternativas ao tratamento. O caminho metodológico foi a revisão de literatura da prevalência dos transtornos mentais comuns atendidos na APS de acordo com a reforma psiquiátrica e com a desinstitucionalização dos pacientes psiquiátricos. A assistência em saúde mental no Brasil tem passado por um processo de mudanças, movido principalmente pela reforma psiquiátrica. É fundamental para a integralidade do serviço prestado que a atenção básica estabeleça uma interface com as ações de saúde mental.

**Palavras chaves:** Atenção Primária à Saúde. Transtornos Mentais. Desinstitucionalização.

## **ABSTRACT**

This paper aims to review the main causes that negatively influence the monitoring of mental disorders in Primary Health Care (PHC). A literature survey was conducted on the subject in order to reflect on the number of patients living with mental disorder, monitoring and providing new alternatives to treatment. The methodological approach was a literature review of the prevalence of common mental disorders attended in PHC according to the psychiatric reform and the deinstitutionalization of psychiatric patients. The mental health care in Brazil has been undergoing a process of change, driven mainly by the psychiatric reform and is a key to the integrity of care and to establish an interface between Primary Health Services and Mental Health Services. It is essential for comprehensive care that Primary Health Care established an interface with the Mental Health Services.

**Keywords:** Primary Health Care. Mental Disorders. Deinstitutionalization.

## **LISTA DE ABREVIATURAS/SIGLAS**

APS - Atenção Primária à Saúde

AVE - Acidente Vascular Encefálico

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

DM - Diabetes Mellitus

DSM - Doenças da Saúde Mental

DSOMA - Doenças do Sistema Osteomusculoarticular

ESF - Estratégia Saúde da Família

HAS - Hipertensão arterial sistêmica

MS - Ministério da Saúde

MTSM - Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

NAPS - Núcleo de Apoio Psicossocial

NASF - Núcleo de Apoio a Saúde da Família

OMS - Organização Mundial da Saúde

PES - Planejamento Estratégico Situacional

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica da Saúde

## SUMÁRIO

|       |  |    |
|-------|--|----|
| 1     | <b>INTRODUÇÃO</b>  | 8  |
| 2     | <b>JUSTIFICATIVA</b>   | 10 |
| 3     | <b>OBJETIVOS</b>   | 12 |
| 3.1   | <b>Objetivo geral</b>  | 12 |
| 3.2   | <b>Objetivos específicos</b>   | 12 |
| 4     | <b>METODOLOGIA</b>   | 13 |
| 4.1   | <b>Cenários de Intervenção</b>   | 13 |
| 4.2   | <b>Planejamento Estratégico Situacional</b>  | 13 |
| 5     | <b>REVISÃO</b>   | 15 |
| 5.1   | <b>História das Doenças em Saúde Mental</b>  | 15 |
| 5.2   | <b>Evolução das Doenças em Saúde Mental no Brasil</b>  | 15 |
| 5.2.1 | <b>A Reforma Psiquiátrica no Brasil, política de Saúde Mental do SUS, o processo de Reforma Psiquiátrica</b> | 16 |
| 5.2.2 | <b>A Reforma Psiquiátrica depois da lei Nacional (2001 -2005)</b>  | 18 |
| 5.2.3 | <b>A III Conferência Nacional de Saúde Mental e a participação de usuários e familiares</b>                  | 19 |
| 5.2.4 | <b>O processo de desinstitucionalização</b>  | 19 |
| 5.3   | <b>Classificação das Doenças em Saúde Mental</b>   | 19 |
| 5.4   | <b>A importância da Atenção Básica na promoção, prevenção das doenças em Saúde Mental</b>                    | 20 |
| 6     | <b>PROPOSTA DE INTERVENÇÃO</b>   | 23 |
| 7     | <b>CONCLUSÕES</b>  | 29 |
| 8     | <b>REFERENCIAS</b>   | 30 |

## 1- INTRODUÇÃO

Mundialmente as pessoas com transtornos mentais são cada vez mais prevalentes, principalmente nos países em desenvolvimento, devido a problemas persistentes como os associados à pobreza (falta de moradia, urbanização não ordenada, baixa escolaridade), inapropriadas condições laborais, transição demográfica, conflitos sociais, dentre outros. Os transtornos mentais constituem hoje uma causa muito frequente de incapacidade, perda de anos de vida saudáveis, sofrimento e morte por suicídio (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2002).

Na Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica dentro dos Sistemas Locais de Saúde (novembro de 1990, Caracas, Venezuela), se pronunciou a Declaração de Caracas, na qual se declarou a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos por sistemas baseados na comunidade. O principal desafio era a capacitação do pessoal descentralizado na rede de serviços de atenção primária, incluído os hospitais gerais, os líderes comunitários, sociedade e a família (DECLARAÇÃO DE CARACAS, 1996).

No Brasil, essas ideias foram incorporadas e vinculadas pelo movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Apesar do debate lançado naquele momento, dados que permitiam conhecer o nível de execução das ações da saúde mental na rede básica ainda eram muito incipientes (BRASIL, 2004).

Contagem, município brasileiro do estado de Minas Gerais, situa-se na região central, é o município com a terceira maior população do estado, com 63.7961 habitantes. Com o tempo, os limites geográficos do município perderam-se em virtude do seu crescimento horizontal em direção à capital, ocasionando uma intensa conturbação com Belo Horizonte. Contagem integra a Região Metropolitana de Belo Horizonte, sendo um dos mais importantes municípios dessa aglomeração urbana, principalmente pelo seu grande parque industrial, com uma extensão territorial de 19.5268 km<sup>2</sup> e uma densidade populacional de 3.090 habitantes/ km<sup>2</sup> (IBGE, 2014).

O distrito sanitário da Ressaca em Contagem, área de atuação do autor desse trabalho, tem uma população de 96.118 habitantes, atendida por 17 unidades de



saúde e 25 equipes do Programa Saúde da Família, promovendo trabalhos de prevenção à saúde na região. (IBGE, 2014).

A Equipe de Saúde 36, da Unidade Básica de Saúde (UBS) Othon Avelar Gervasio, Vila Pérola, com uma população adscrita de 3.052 habitantes, 1.703 do sexo feminino e 1.349 masculinos, 998 famílias, considerado uma área de alto risco por elevado índice de violência (SIAB, 2014).

Os principais problemas encontrados no diagnóstico situacional na equipe da Saúde da Família 36, usando o método de coleta de informações pela Estimativa Rápida Participativa foram: elevada prevalência das doenças de saúde mental; Elevada prevalência de doenças crônicas não transmissíveis; Pouca cultura sanitária da população. (SIAB e AUTORES, 2014).

## 2- JUSTIFICATIVA

A saúde mental envolve a capacidade de um indivíduo em estabelecer relações harmoniosas com os outros e em participar de mudanças em seu ambiente físico e social e, assim, contribuir de forma construtiva. Problemas de saúde mental (ansiedade, depressão, transtornos do humor, afetivos e neurovegetativos) no distrito Ressaca tem uma prevalência de 20,5% na área de abrangência. Miranda et al (2006) relatam que os transtornos mentais representam cinco das dez principais causas de incapacidade, representando quase um terço do total de incapacidade global. Este fato é um tributo elevado que reflete em sofrimento, incapacidade e prejuízos econômicos (MIRANDA et al, 2006).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) reconhece a necessidade urgente de tomar medidas para reduzir os encargos que representam transtornos mentais em todo o mundo e melhorar a capacidade para lidar com um problema que se agrava a cada dia. Na ausência de ações estratégicas e sistemáticas, coloca-se em perigo de vida e compromete a saúde de milhões de pessoas, bem como o desenvolvimento econômico e social dos países ao redor do mundo (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2002).

O Brasil não escapa desta situação e é por isso que o Ministério da Saúde (MS) faz grandes esforços para manter a qualidade de vida destes pacientes. Essa constatação é de importância para o planejamento e implantação de políticas da saúde pública que visem tanto a prevenção quanto a recuperação. Apesar de este tema ser bem estudado em outros países (LIMA et al, 1999; AMARANTE et al, 2003), no Brasil, ainda é muito pequeno o número de investigações epidemiológicas de base populacional, especialmente na área da saúde mental. Entretanto, nas últimas décadas, isto se vem modificando.

Em Porto Alegre e São Paulo, cerca de 50% dos pacientes que procuraram os serviços primários de saúde eram considerados indivíduos com distúrbios mentais não psicóticos (COUTINHO et al, 1999). Dados considerados similares a estudos realizados em outros países, onde a prevalência desses transtornos varia de 9% a 52% em Santiago, Chile (PATEL et al, 1999).

Com este trabalho pretende-se identificar as principais causas da elevada prevalência das doenças da saúde mental e com a elaboração de plano de ações lograrem modificações dos modos e estilos de vida e com ele brindar uma vida mais saudável a pacientes, familiares e comunidade no geral.

### **3- OBJETIVOS**

#### **3.1. Objetivo Geral**

- Elaborar um plano de ação para promoção e prevenção das doenças da saúde mental.

#### **3.2. Objetivos Específicos**

- Realizar revisão de literatura sobre o tema Saúde Mental e Atenção Primária
- Propor ações de promoção e prevenção em Saúde Mental na Atenção Primária/Estratégia de Saúde da Família

## **4- METODOLOGIA**

Um projeto deve apresentar uma definição precisa de seus objetivos e limites, levando em consideração não só os recursos e meios disponíveis para executá-lo, como o tempo que se conta para apresentar seus resultados. Determinado o tema, é necessário então delimitá-lo. Planejar é primordial antes da elaboração do projeto de pesquisa: procura-se ter o objetivo do trabalho de forma clara, para tanto é necessário um conhecimento prévio do assunto; buscar informações prévias sobre dados disponíveis, em quantidade e qualidade; fazer um levantamento bibliográfico dos títulos iguais ou próximos ao de sua pesquisa e fazer uma leitura seletiva, para separar o que deve ser lido, ou não, em função da proposta do trabalho (METODOLOGIA CIENTÍFICA, 2009).

### **4.1 Cenários de intervenção**

A intervenção será desenvolvida na Equipe de Saúde 36, da Unidade Básica de Saúde (UBS) Othon Avelar Gervasio, Vila Pérola, com uma população adscrita de 3.052 habitantes, 1.703 do sexo feminino e 1.349 do sexo masculino, 998 famílias, considerado uma área de alto risco por elevado índice de violência (SIAB, 2014).

O Sistema do distrito sanitário a Ressaca em Contagem, MG, tem capacidade instalada para realização da atenção primária e secundária, tem uma população de 96.118 habitantes, atendida por 17 unidades de saúde e 25 equipes da Estratégia Saúde da Família, promovendo trabalhos de prevenção e o cuidado à saúde na região (IBGE, 2014).

A proposta será desenvolvida na área de abrangência da Equipe de Saúde 36 onde problemas de saúde mental (ansiedade, depressão, transtornos do humor, afetivos e neurovegetativos, entre outros) tem uma prevalência de 20,5%. Os dados foram coletados no período de janeiro de 2014 a maio 2014.

### **4.2 Planejamento Estratégico Situacional (PES)**

O Planejamento Estratégico Situacional (PES) é um processo de elaboração da estratégia, na qual se define a relação entre a organização, ambiente interno e externo, bem como os objetivos organizacionais, com a definição de estratégias

alternativas (CAMPOS e SANTOS, 2010). PES é um processo que antecede e preside a ação para criar o futuro, pretende (por acreditar ser possível) apenas influir na realidade. O PES caracterizado por quatro momentos que contituem uma dinamica permanente e dialética:

Momento Explicativo: busca-se conhecer a situação atual, procurando identificar, priorizar e analisar seus problemas.

Momento Normativo: é quando são formuladas soluções para o enfrentamento dos problemas identificados, procurando e analisando o momento da elaboração da reposta da solução.

Momento Estratégico: busca-se analisar e construir viabilidade para a proposta da solução elaborando e formulando estratégias para alcançar os objetivos traçados.

Momento operacional: momento de execução do plano, devem ser definidos e implementados, o modelo de gestão e os instrumentos para o acompanhamento e avaliação do plano.

Para a elaboração do trabalho também foi utilizado o texto de (CORRÊA e SOUZA, 2013).

## **5- REVISÃO**

### **5.1- Histórias das doenças em saúde mental**

Desde que as pessoas se reconhecem como tal existe a percepção de comportamento normal e desviante. Esses comportamentos desviantes receberam vários nomes e classificações. Para os antigos, alguns desses comportamentos eram vistos como sinais de deuses, tanto positivos quanto negativos. Com a influência do cristianismo na cultura ocidental, esses mesmos comportamentos passaram a ser vistos como sendo negativos e influenciados por demônios (ADNET, 2012).

Como a Igreja tinha bastante influência na sociedade, as pessoas com comportamentos negativos eram abandonadas por estarem possuídas ou eram levadas a igrejas para serem exorcizadas. Ao final da idade média e início do renascimento, pessoas que apresentavam esses comportamentos eram deixadas de lado pela sociedade. Eles eram chamados de loucos e muitas vezes trancados com criminosos para afastar suas influências das pessoas ditas normais (DE ASSIS, 2010).

Com o tempo começou-se a perceber que estas pessoas não possuíam somente comportamento desviante, mas apresentavam sintomas claros que eram comuns a outros indivíduos, então ao invés de trancados em cadeias eram trancados nos manicômios para serem estudados e tratados. Neste ponto, passou-se a reconhecer a loucura como doença mental (DE ASSIS, 2010).

É importante salientar que a psiquiatria foi a última das especialidades médicas a ser aceita como tal. O primeiro grande passo para o progresso científico da psiquiatria ocorreu apenas no século XVIII, com os estudos do médico francês Philippe Pinel, o qual instituiu reformas humanitárias para o cuidado com os doentes mentais. No século XIX, Dorothea Dix lutou por melhoras nas condições das instituições que abrigavam doentes mentais. O médico alemão Emil Kraepelin foi o primeiro a subdividir as psicoses em dois grupos: A psicose maníaco-depressiva e a esquizofrenia. O caminho do grande desenvolvimento científico do século XIX, a medicina se firmou como ciência (DE ASSIS, 2010).

Paralelamente a ascendência e apogeu, a psiquiatria continuou a seguir seu rumo no sentido de seu firme e irreversível lugar entre as especialidades médicas, seguindo o modelo das ciências naturais. Hoje a psiquiatria já habita seu próprio território no mundo da medicina: a ciência psiquiátrica. As mudanças apontam para a necessidade da reversão de modelos assistenciais voltadas para a atenção integral às pessoas que apresentam algum tipo de transtorno psiquiátrico (ABRAM et al, 2003).

## **5.2- Evoluções das doenças da saúde mental no Brasil**

### **5.2.1. A Reforma Psiquiátrica no Brasil: política de Saúde Mental do SUS, o processo de Reforma Psiquiátrica**

O início do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil foi contemporâneo a eclosão do “movimento sanitário”, nos anos 70, em favor da mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, defesa da saúde coletiva, equidade na oferta dos serviços, e protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado (BRASIL, 2005).

A Reforma Psiquiátrica é um processo político e social complexo com três aspectos. Primeiro como um movimento social; em segundo lugar, como uma estratégia para a prestação de serviços que enfatiza a acessibilidade e a responsabilidade pela saúde mental de toda a população; e em terceiro lugar, ênfase sobre os principais transtornos psiquiátricos e tratamento fora das instituições. O objetivo principal é de incentivar a participação e modificar o ambiente social para o apoio e ajuda aos transtornos mentais através da criação de associações de pacientes, famílias, grupos, autoajuda, etc (BRASIL, 2005).

Os principais componentes da história da Reforma Psiquiátrica no Brasil são descritos - Histórico da Reforma:

(I) Crítica do modelo hospitalocêntrico: o ano de 1978 costuma ser identificado como o de início efetivo do movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos em nosso país. A experiência italiana de desinstitucionalização em psiquiatria e sua crítica radical ao manicômio foi inspiradora. O II Congresso Nacional do Movimento



de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), (BAURU, SP, 1987), adotou o lema “Por uma sociedade sem manicômios”. Neste mesmo ano, é realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental (Rio de Janeiro). Neste período, é de especial importância o surgimento do primeiro centro de atenção psicossocial (CAPS) no Brasil na cidade de SP (1987). Em 1989 houve uma intervenção da Secretaria Municipal de Saúde de Santos (SP) em um hospital psiquiátrico, a Casa de Saúde Anchieta, local de maus-tratos e mortes de pacientes. É esta intervenção, com repercussão nacional, que demonstrou de forma inequívoca a possibilidade de construção de uma rede de cuidados efetivamente substitutiva ao hospital psiquiátrico.

Neste período, são implantados, no município de Santos, Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) que funcionam 24 horas, e criadas cooperativas, residências para os egressos do hospital e associações. A experiência do município de Santos passa a ser um marco no processo de Reforma Psiquiátrica brasileira. Trata-se da primeira demonstração, com grande repercussão, de que a Reforma Psiquiátrica, não era apenas uma retórica, era possível e exequível. Também no ano de 1989, dá entrada no Congresso Nacional o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado (PT/MG), que propõe a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país. É o início das lutas do movimento da Reforma Psiquiátrica nos campos legislativos e normativos. Com a Constituição de 1988, é criado o SUS, formado pela articulação entre as gestões federal, estadual e municipal, sob o poder de controle social, exercido através dos Conselhos Comunitários de Saúde que incorpora a Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2005).

(II) Começa a implantação da rede extra-hospitalar (1992-2000). A partir do ano de 1992, os movimentos sociais, inspirados pelo Projeto de Lei Paulo Delgado, conseguem aprovar em vários estados brasileiros as primeiras leis que determinam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental. É na década de 90, marcada pelo compromisso firmado pelo Brasil na assinatura da Declaração de Caracas e pela realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, que passam a entrar em vigor no país as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros CAPS, NAPS e Hospitais-dia, e as

primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos. Neste período, o processo de expansão dos CAPS e NAPS é descontinuado (BRASIL, 2005).

As novas normatizações do Ministério da Saúde de 1992, embora regulamentassem os novos serviços de atenção diária, não instituíam uma linha específica de financiamento para os CAPS e NAPS. Do mesmo modo, as normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos não previam mecanismos sistemáticos para a redução de leitos. Ao final deste período, o país tem em funcionamento 208 CAPS, entretanto, cerca de 90% dos recursos do Ministério da Saúde para a Saúde Mental ainda são destinados aos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2005).

#### 5.2.2 A Reforma Psiquiátrica depois da lei Nacional (2001 -2005)

É somente no ano de 2001, após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, que a Lei Paulo Delgado é sancionada no país. A aprovação, no entanto, é de um substitutivo do Projeto de Lei original, que traz modificações importantes no texto normativo. Assim, a Lei Federal 10.216 redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, mas não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios.

Ainda assim a promulgação da lei 10.216 impõe novo impulso e novo ritmo para o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil. É nesse contexto na realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, que a política de saúde mental do governo federal, alinhada com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, passa a consolidar-se, ganhando maior sustentação e visibilidade. Neste mesmo período, o processo de desinstitucionalização de pessoas longamente internadas é impulsionado, com a criação do Programa “De Volta para Casa”. Uma política de recursos humanos para a Reforma Psiquiátrica é construída, e é traçada a política para a questão do álcool e de outras drogas. Realiza-se, em 2004 o primeiro Congresso Brasileiro de Centros de Atenção Psicossocial, em São Paulo, reunindo dois mil trabalhadores e usuários de CAPS (BRASIL, 2003).

O período seguinte (a partir de 2005) caracteriza-se por dois movimentos simultâneos: a construção de uma rede de atenção à saúde mental substitutiva ao

modelo centrado na internação hospitalar, por um lado, e a fiscalização e redução progressiva e programada dos leitos psiquiátricos existentes, por outro. É neste período que a Reforma Psiquiátrica se consolida como política oficial do governo federal. Passam a existir no país 689 Centros de Atenção Psicossocial e, ao final de 2004, os recursos gastos com os hospitais psiquiátricos passam a representar cerca de 60% do total dos recursos do Ministério da Saúde para a saúde mental (BRASIL, 2005).

### 5.2.3 A III Conferência Nacional de Saúde Mental e a participação de usuários e familiares.

Merece destaque a realização, ao final do ano de 2001, em Brasília, como sendo o dispositivo fundamental de participação e de controle social, a III Conferência convocada logo após a promulgação da lei 10.216. Desta forma, a III Conferência consolida a Reforma Psiquiátrica como política de governo, confere aos CAPS o valor estratégico para a mudança do modelo de assistência, defende a construção de uma política de saúde mental para os usuários de álcool e outras drogas, e estabelece o controle social como a garantia do avanço da Reforma Psiquiátrica no Brasil (BRASIL, 2005). É a III Conferência Nacional de Saúde Mental, com ampla participação dos movimentos sociais, de usuários e de seus familiares, que fornece os substratos políticos e teóricos para a política de saúde mental no Brasil (BRASIL, 2001).

### 5.2.4 O processo de desinstitucionalização.

A redução dos leitos em hospitais psiquiátricos e a desinstitucionalização de pessoas com longo histórico de internação passa a tornar-se política pública no Brasil a partir dos anos 90, e ganha grande impulso em 2002 com uma série de normatizações do Ministério da Saúde, que instituem mecanismos claros, eficazes e seguros para a redução de leitos psiquiátricos a partir de grandes hospitais. Para avaliar o ritmo da redução de leitos em todo o Brasil, no entanto, é preciso considerar o processo histórico de implantação dos hospitais psiquiátricos nos estados, assim como a penetração das diretrizes da Reforma Psiquiátrica em cada região brasileira, uma vez que o processo de desinstitucionalização pressupõe transformações culturais e subjetivas na sociedade e depende sempre da pauta das três esferas de governo (BRASIL, 2005).

### 5.3- Classificações dos transtornos mentais

Saúde mental significa a existência de capacidade de equilibrar, sentimento, desejos, ambições, ideias no dia a dia do indivíduo, capacidade de encarar e aceitar a realidade da vida é ajustamento pessoal (BRAZ, 2005).

Transtorno mental, fatores de influência:

- Fatores físicos ou biológicos
- Fatores ambientais
- Fatores emocionais ou psicológicos

Saúde mental e doenças mentais e suas peculiaridades:

- As doenças mentais apresentam características incomuns a outras especialidades médicas.
- O diagnóstico psiquiátrico se baseia mais nos sintomas, informações subjetivas do que em sinais palpáveis.
- Sintomas psiquiátricos comuns como depressão e ansiedade coexistem com freqüência.
- A maioria das doenças psiquiátricas não pode ser confirmada por exames laboratoriais ou anatomopatológicos.

Classificação médica da doença mental segundo:

- Transtornos mentais orgânicos são causados por lesões físicas no cérebro, como, por exemplo: doenças cerebrais, senilidade e traumatismo.
- Transtornos causados por uso e dependência de substâncias psicoativa.
- Transtornos psicóticos são muito graves, os pacientes perdem contato com a realidade e são incapazes de controlar seu pensamento e seu comportamento, exemplo: a esquizofrenia.
- Transtornos afetivos ou do humor são aqueles que envolvem estado de espírito e emoções anormais, exemplo: depressão, mania.
- Transtornos da ansiedade envolvendo estados de ansiedade crônicos e extremos que não podem ser explicados como, por exemplo: fobias.
- Transtornos (psicossomáticos), ex: dor decorrente de fatores psicológicos.
- Transtornos dissociativos, o indivíduo se dissocia da realidade para evitar estresse e responsabilidade como, por exemplo: amnésia.
- Transtorno da personalidade ocorre quando, um indivíduo desenvolve padrões de comportamento anormais como, por exemplo: antissocial.
- Transtornos psicosssexuais, comportamento sexual anormal.

#### **5.4- Importâncias da atenção básica na promoção e prevenção das doenças da saúde mental**

Prevenção é definida principalmente como proteção contra os riscos e ameaças ao meio ambiente, o que significa inevitavelmente a parceria de instituições de saúde, as comunidades e a outros setores. Na primeira conferência internacional de promoção da saúde, ressaltou-se que seria necessário facilitar o processo de mobilizar as pessoas para aumentar seu controle e melhoria sobre a saúde, para alcançar um adequado estado de bem estar físico, mental e social, para ser capaz de identificar, satisfazer suas aspirações, suas necessidades e de mudar ou adaptar-se ao meio ambiente (CANADA, 1986). Para realmente conseguir isso, é essencial compreender que o desenvolvimento da saúde não pode ser reduzido à luta contra a doença e práticas clínicas tradicionais.

A prevenção primária, que consiste na eliminação dos fatores que causam a doença ou contribui para seu desenvolvimento; prevenção secundária, visando a identificação precoce de doenças e o estabelecimento do tratamento adequado que evita a cronicidade e o aparecimento da deficiência; prevenção terciária, que tenta prevenir ou reduzir as perdas geradas pelas doenças mentais e suas deficiências secundárias (incluído o conceito de reabilitação), para que as pessoas com doença mental crônica alcancem o nível mais alto de função social (LEAVELL & CLARK, 1965).

Segundo Murta (2009), professora da Universidade de Brasília, na prevenção primária, o psicólogo trabalha com a comunidade em ações dirigidas para a população em geral ou para segmentos específicos, sendo que as intervenções preventivas requerem um bom conhecimento sobre os fatores individuais e ambientais que podem representar um risco ou proteger a saúde mental. Além disso, é necessário verificar se a intervenção atende as necessidades e está de acordo com as características da comunidade.

Nos últimos anos, a saúde mental torna-se política de saúde, especialmente considerando o valor das práticas de prevenção. Essas foram definidas principalmente como aquelas atividades que permitem que as pessoas têm estilos de vida saudáveis e comunidades com capacidade para criar e consolidar ambientes

nos quais se promove a saúde e reduz o risco de doença. Prevenção envolve o desenvolvimento de ações antecipadas. Os esforços para antecipar eventos, a fim de promover o bem-estar do ser humano, evitando assim situações indesejáveis, são conhecidos pelo nome de prevenção (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 2001).

Prevenir é trabalhar com causas reais ou hipotéticas que se deixasse passar agora para tratá-lo depois significaria um grande custo em dinheiro, sofrimento e na expectativa de vida (TOPF, 2009). Prevenção no campo da saúde implica uma concepção científica do trabalho, não é apenas uma maneira de fazer, é uma forma de pensar. É também uma maneira de organizar e agir, essencial na concepção de um sistema de saúde. Um sistema de saúde é mais eficaz na medida que previne mais do que cura.

É difícil pensar em prevenção, sem pensar na estrutura essencial de uma alteração do sistema de saúde, mas sobretudo nas mudanças dos modos de pensar dos modelos teóricos de poder, vigilância em saúde, filosóficas e sistemas de crenças tão fortemente enraizada nos profissionais que trabalham no campo da saúde e com disciplinas científicas em que baseiam suas ações. Estas mudanças, que na nossa opinião referem em geral princípios da prevenção nas ações de saúde foram as que conduziram as tarefas de prevenção por uma estrada bem canalizada (CALVIÑO, 1996; MURTA, 2009).

## 6- PROPOSTAS DE INTERVENÇÃO

O plano de ação tem como objetivo a aplicação do método do Planejamento Estratégico Situacional considerando a sua construção como uma caminhada na qual cada passo dado refere-se a um conjunto de atividades que precisam ser conhecidas e elaboradas para que, ao final, seja possível o desenho do plano como um todo (CAMPOS, FARIAS E SANTOS, 2010).

A elaboração do Plano de Ação é uma forma de enfrentar os problemas da equipe de forma mais sistematizada, menos improvisada e por isso, com mais chances de sucesso.

Passos para a elaboração de um plano de ação: definição do problema, priorização do problema, descrição dos problemas selecionados, explicação dos problemas selecionados, seleção de nós críticos, desenho das operações, identificação dos recursos críticos, análise da viabilidade e gestão do plano (CAMPOS, FARIAS E SANTOS, 2010).

Partindo-se do referencial teórico construído por meio da revisão da literatura e da análise dos dados do diagnóstico da saúde onde o principal problema identificado na área de abrangência da equipe 36, UBS Othon Avelar Gervasio, Vila Perola, foi a elevada prevalência das doenças da saúde mental.

Na metodologia do PES, identificar as causas do problema quer dizer identificar os “nós críticos do problema”. A identificação das causas é fundamental porque para enfrentar um problema devem-se atacar suas causas. Na seleção dos nós críticos decide-se sobre quais causas devemos atuar, ou seja, aquelas consideradas mais importantes na origem do problema (CAMPOS, FARIAS E SANTOS, 2010).

O nó crítico também traz a ideia de algo sobre o qual eu posso intervir, ou seja, está dentro do meu espaço de governabilidade. Nó crítico é um tipo de causa que quando “atacada” é capaz de impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo.

Os nós críticos identificados: pouca importância e desconhecimento dos gestores da saúde na implementação da medicina familiar comunitária onde seus principais objetivos se logram com a promoção e prevenção; Pouco ou nenhum conhecimento

da importância das doenças da saúde mental dos integrantes da equipe e sua repercussão no indivíduo, família e sociedade; Desmotivação dos integrantes da equipe de saúde, devido a intenso trabalho, não planejamento das atividades e prioridade da demanda espontânea nas consultas; Pouca cultura sanitária da população e materiais educativos insuficientes para realizar promoção da saúde em doenças da saúde mental. Essas foram deficiências similares apontadas em outros estudos as quais dificultam a implementação de uma adequada prevenção (CALVIÑO, 1996).

As ações relativas a cada nó crítico serão detalhadas nos Quadros de 1 a 4:

Quadro 1: Pouca importância e desconhecimento dos gestores da saúde, da implementação da medicina familiar comunitária onde seus principais objetivos se logram com a promoção e prevenção.

Quadro 2: Pouco ou nenhum conhecimento da importância das doenças da saúde mental dos integrantes da equipe e sua repercussão no indivíduo, família e sociedade.

Quadro 3: Desmotivação dos integrantes da equipe de saúde, devido a intenso trabalho, não planejamento das atividades e prioridade da demanda espontânea nas consultas.

Quadro 4: Pouca cultura sanitária da população e materiais educativos insuficiente para realizar promoção da saúde em doenças da saúde mental.



Quadro 1 – Operações sobre a “Pouca importância e desconhecimento dos gestores da saúde sobre a implementação da medicina familiar comunitária” na qual seus principais objetivos se logram com a promoção e prevenção, UBS Othon Avelar Gervasio, Vila Perola, Equipe da Saúde da Família nº 36, Ressaca, município Contagem, Minas Gerais.

|  |  |
|--|--|
| Nó crítico 1                                 | Pouca importância e desconhecimento dos gestores da saúde, da implementação da medicina familiar comunitária onde seus principais objetivos se logram com a promoção e prevenção.                          |
| Operação                                     | Capacitação dos gestores da saúde, da importância é implementação de ESF.  |
| Projeto                                      | Saber +<br>Elevar o nível de conhecimentos dos gestores para uma melhor avaliação e planejamento das estratégias da saúde familiar.  |
| Resultados esperados                         | Incrementar os níveis de conhecimento dos gestores de saúde sobre as ESF.  |
| Produtos esperados                           | Capacitação Contínua dos gerentes das UBS  |
| Atores sociais/<br>responsabilidades         | Gestores da Unidade Básica da Saúde  |
| Recursos necessários                         | Cognitivo: Informação de estratégias a realizar.<br>Político: Traçar estratégias e programas para enfrentar a problemática.<br>Organizacional: Melhorar níveis de conhecimento, modificar formas de atuar. |
| Recursos críticos                            | Cognitivo, político e organizacional.  |
| Controle dos recursos críticos / Viabilidade | Secretaria da Saúde<br>Coordenadora do Distrito Sanitário  |
| Ação estratégica de motivação                | Desfavorável   |
| Responsáveis:                                | Prefeitura,<br>Secretaria de Saúde   |
| Cronograma / Prazo                           | Anual  |
| Gestão, acompanhamento e avaliação           | Controle Sistemático e avaliação do cumprimento das atividades planejadas no quanto ao cumprimento das Estratégias da Saúde da Família no (Bom; Regular ou Ruim)   |

Quadro 2 – Operações sobre “Pouco ou nenhum conhecimento da importância das doenças da saúde mental dos integrantes da equipe e sua repercussão no indivíduo, família e sociedade”, UBS Othon Avelar Gervasio, Vila Pérola, Equipe de Saúde da Família nº 36, Ressaca, município Contagem, Minas Gerais.

|  |  |
|--|--|
| Nó crítico 2                                 | Pouco ou nenhum conhecimento da importância das doenças da saúde mental dos integrantes da equipe e sua repercussão no indivíduo, família e sociedade.   |
| Operação                                     | Capacitação do pessoal da equipe para uma melhor promoção, prevenção e controle à pacientes, familiares e comunidade no geral.   |
| Projeto                                      | Cuidar melhor:<br>Elevar os níveis de conhecimento da equipe sobre a doença da Saúde Mental e sua acompanhamento   |
| Resultados esperados                         | Profissionais capacitados das DSM, para um diagnóstico e tratamento oportuno.  |
| Produtos esperados                           | Capacitação continua da equipe sobre a importância das DSM.  |
| Atores sociais/<br>responsabilidades         | Médico e Enfermeiro  |
| Recursos necessários                         | Cognitivos: Profissionais habilitados para realizar a supervisão da equipe.<br>Políticos: Definição da referencia técnica que fará supervisão do trabalho das ESF.<br>Financeiro: Financiamento da campanha de capacitação |
| Recursos críticos                            | Cognitivos, políticos, financeiro.   |
| Controle dos recursos críticos / Viabilidade | Gerente da Unidade   |
| Ação estratégica de motivação                | Favorável  |
| Responsáveis:                                | Médico, Enfermeiro   |
| Cronograma / Prazo                           | Semestral  |
| Gestão, acompanhamento e avaliação           | Controle Sistemático e avaliação do cumprimento das atividades planejadas no quanto ao cumprimento das Estratégias da Saúde da Família no (Bom; Regular ou Ruim)   |

Quadro 3 – Operações sobre a “Desmotivação dos integrantes da equipe de saúde, devido a intenso trabalho, não planejamento das atividades e prioridade da demanda espontânea nas consultas”, da UBS Othon Avelar Gervasio, Vila Perola, Equipe da Saúde da Família nº 36, Ressaca, município Contagem, Minas Gerais.

|  |   |
|--|---|
| Nó crítico 3                                 | Desmotivação dos integrantes da equipe de saúde, devido a intenso trabalho, não planejamento das atividades e prioridade da demanda espontânea nas consultas.   |
| Operação                                     | Incluir na rotina do trabalho as normas preconizadas, pelo Ministério da Saúde  |
| Projeto                                      | Linha de cuidado<br>Conhecer e implementar as estratégias da saúde da família segundo as normas preconizadas pelo Ministério<br>Atendendo as demandas da população da área da abrangência norteando a população da importância das consultas agendadas. |
| Resultados esperados                         | Realizar atividades que garantam 100% do atendimento  |
| Produtos esperados                           | Capacitação de pessoal, protocolos implantados, gestão da linha de cuidados implantados.  |
| Atores sociais/<br>responsabilidades         | Gestores das unidades<br>Medico, Enfermeiro   |
| Recursos necessários                         | Cognitivos: Elaboração do manual e capacitação<br>Político: Adesão dos profissionais<br>Organizacional: Adequação da demanda  |
| Recursos críticos                            | Cognitivos, Político, Organizacional.   |
| Controle dos recursos críticos / Viabilidade | Gerentes da Unidade   |
| Ação estratégica de motivação                | Favorável   |
| Responsáveis:                                | Medico<br>Enfermeiro  |
| Cronograma / Prazo                           | Semestral   |
| Gestão, acompanhamento e avaliação           | Controle Sistemático e avaliação do cumprimento das atividades planejadas no quanto ao cumprimento das Estratégias da Saúde da Família no (Bom; Regular ou Ruim)  |

Quadro 4 – Operações sobre a “Pouca cultura sanitária da população e materiais educativos insuficientes para realizar promoção da saúde em doenças da saúde mental”, UBS Othon Avelar Gervasio, Vila Perola, Equipe da Saúde da Família nº 36, Ressaca, município Contagem, Minas Gerais.

|  |  |
|--|--|
| Nó crítico 4                                 | Pouca cultura sanitária da população e materiais educativos insuficientes para realizar promoção da saúde em doenças da saúde mental.                            |
| Operação                                     | Aumentar o nível de informação e material educativo  |
| Projeto                                      | Saber + Campanha educativa; capacitação dos Agentes Comunitários da Saúde, programa da saúde escolar.  |
| Resultados esperados                         | População mais informada a respeito da doença  |
| Produtos esperados                           | Elevar os conhecimentos da população em geral sobre manejo, acompanhamento e reabilitação dos pacientes doentes.   |
| Atores sociais/ responsabilidades            | Equipe da Saúde  |
| Recursos necessários                         | Cognitivos: informação sobre o tema<br>Político: parceria com setor educativo e mobilização social   |
| Recursos críticos                            | Cognitivos, Político   |
| Controle dos recursos críticos / Viabilidade | Gerente da Unidade   |
| Ação estratégica de motivação                | Favorável  |
| Responsáveis:                                | Secretaria de Saúde,<br>Equipe de ESF,<br>Educação   |
| Cronograma / Prazo                           | Semestral  |
| Gestão, acompanhamento e avaliação           | Controle Sistemático e avaliação do cumprimento das atividades planejadas no quanto ao cumprimento das Estratégias da Saúde da Família no (Bom; Regular ou Ruim) |

## 7- CONCLUSÕES

O estudo possibilitou compreender melhor as principais causas que influem negativamente no acompanhamento dos transtornos mentais na atenção primária. A Saúde da Família serve como um importante articulador da Rede da Saúde Mental, no intuito de superar o modelo hospitalar, centrando o cuidado na família e não nos indivíduos doentes, trabalhando na vigilância a saúde e o enfoque de risco, desenvolvendo atividades que incluam a prevenção e a promoção da saúde mental.

A efetiva abordagem dos problemas da saúde mental pela equipe da atenção básica inclui uma escuta qualificada (acolhimento) e intervenções pertinentes neste nível de atenção. Ainda, é um marcador importante na prática cotidiana do conceito ampliado do processo saúde-doença. Dessa maneira, é possível potencializar a capacidade das equipes para sair da atuação tipo “queixa-doença” e gerar competência para articular recursos comunitários e intersetoriais. O conhecimento do contexto sociocultural e dos recursos da comunidade e da família são condições necessárias para o enfrentamento de questões que atropelam os problemas da ordem do biológico, como os transtornos mentais e aqueles derivados das situações da violência.

Este estudo configura-se numa ferramenta de grande importância para a sensibilização dos profissionais da saúde da atenção básica, para que se reflita sobre o processo de organização do trabalho em saúde, buscando um atendimento mais acolhedor e humanizado aos pacientes com transtornos mentais.

## REFERENCIAS

ABRAM, K.M.; TEPLIN, L.A.; McCLELLAND, G.M.; DULCAN, M.K. Comorbid psychiatric disorders in youth in juvenile detention. **Arch Gen Psychiatry**, V.60, N.11, P. 1097-1108, 2003. Disponível em: [www.intechopen.com/books/references/attention-deficit](http://www.intechopen.com/books/references/attention-deficit).

ADNET, E. **História da Psiquiatria**, 2012. Disponível em: [egolegal.blogspot.com/2012/04/historia-da-psiquiatria.html](http://egolegal.blogspot.com/2012/04/historia-da-psiquiatria.html).

AMARANTE, P.D.C. A clínica e a Reforma Psiquiátrica. **Arquivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2003. P. 45-66. Disponível em: [www.scielo.br/scielo.php](http://www.scielo.br/scielo.php).

BAURU, SP. Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental. **Congresso de Trabalhadores de Saúde, 1987**. Disponível em: [www.webartigos.com/index.php...](http://www.webartigos.com/index.php...)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa De Volta para Casa**. Brasília, 2003. Disponível em: [bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prog\\_volta\\_para\\_casa.Php](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prog_volta_para_casa.Php).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. **Ações Programáticas Estratégicas. Saúde Mental no SUS**: Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: [www.ccs.saude.gov.br/saude\\_mental/pdf/SM\\_Sus.pdf](http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/SM_Sus.pdf).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Política de saúde mental do SUS. Brasília, 2005. P 6-10. Disponível em: [bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15\\_anos\\_Caracas.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf).

BRASIL. Sistema Único de Saúde. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001**, 2002. Disponível em: [conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/saude\\_mental.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/saude_mental.pdf).

BRAZ, C.T. **Classificação dos Transtornos Mentais**. 2005. Disponível em: [www.conecsat.com.br/apostila/pos-graduacao/sau](http://www.conecsat.com.br/apostila/pos-graduacao/sau).

CALVIÑO, M. **Criatividade e comunicação na educação e promoção da saúde**. Versão escrita e revisada na Conferência pronunciada no XI Taller Internacional de Comunicação Social na Saúde, Havana, Cuba, 1996. Disponível em: [www.psicologia-online.com/colaboradores/barbara/prevencion/index.shtml](http://www.psicologia-online.com/colaboradores/barbara/prevencion/index.shtml).

CAMPOS, FARIA H. P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**, 2010. Disponível em: [www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0273.pdf](http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0273.pdf).

CANADA. Carta de Ottawa. **1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde Ottawa**, Canadá, 17-21 Novembro de 1986. Disponível em: [www.ptacs.pt/Document/Carta de Otawa.pdf](http://www.ptacs.pt/Document/Carta de Otawa.pdf) · Arquivo PDF.

CORRÊA, E.J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, S. L.. **Iniciação à metodologia**. 2013. Disponível em:

<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Modulo/3>.

COUTINHO, E.S.F.; ALMEIDA, F.N.; MARI, J.J. **Fatores de risco para morbidade psiquiátrica menor**, 1999. Disponível em:

[www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0047](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047).

DE ASSIS, P. **Historia das doenças mentais**, 2010. Disponível em:

[pablo.deassis.net.br/2010/02/uma-breve-historia-das-doencas-mentais](http://pablo.deassis.net.br/2010/02/uma-breve-historia-das-doencas-mentais).

**Declaração de Caracas**, 1996. Disponível em:

[bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao\\_caracas.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_caracas.pdf).

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **IBGE Cidades@**. Brasília [online], 2014. Disponível em:

<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>.

LEAVELL & CLARK. **A promoção da saúde e os níveis de prevenção**, 1965.

Disponível em: [www.unasus.unifesp.br/biblioteca\\_virtual/esf/2/unidades\\_conteudos/](http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/)

LIMA, M.S.; SOARES, B.G.O.; MARI, J.J. Saúde e doença mental em Pelotas, RS: dados de um estudo populacional. **Rev. Psiq. Clín. Brasil**, 1999; V. 26, Nº 5. Artigo Original. Disponível em: [hcnet.usp.br/ipq/revista/vol26/n5/index.html](http://hcnet.usp.br/ipq/revista/vol26/n5/index.html).

METODOLOGIA CIENTIFICA PARA TCC. **Editora Coopmed**, 2009. Disponível em:

[www.trajanocamargo.com.br/wp-content/uploads/2...](http://www.trajanocamargo.com.br/wp-content/uploads/2...)

MIRANDA, R.O.; APOLINAIRE, P.J.J. A saúde mental e fatores de risco relevantes. **Rev. Cubana Gen. Med. Integr.** V 19, Nº.4, p.1, 2006. Disponível em:

[www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/bmn/nov-dic\\_2006.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/bmn/nov-dic_2006.pdf)

MURTA, S.G. Universidade de Brasília. **Prevenção primária em saúde no Estudos de Psicologia da adolescencia**, 2009. V 14. Nº 3. p 181-189. Disponível em: [www.scielo.br/pdf/epsic/v14n3/a01v14n3.pdf](http://www.scielo.br/pdf/epsic/v14n3/a01v14n3.pdf) - Arquivo PDF.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Relatório Mundial**, 2002 [on line]. Disponível em: <http://www.who.int/knowledge/publications/icccportuguese.pdf>.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Saúde Mental: nova concepção, nova esperança**, 2001. Disponível em:

<http://www.abebe.org.br/wp-content/uploads/oms2001.pdf>.

PATEL, V.; ARAYA, R.; LIMA, M.; LUDERMIR, A.; TODD, C. Women, poverty and common mental disorders in four restructuring societies. **Soc. Sci. Med.** 1999 Dec. V 49. Nº 11. P 1461-71. Disponível em: [www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2011000300005&script=sci](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2011000300005&script=sci).

TOPF, J. **A prevenção da saúde**, 2009. Disponível em:

[www.psicologia-online.com/colaboradores/barbara/prevencion/index.shtml](http://www.psicologia-online.com/colaboradores/barbara/prevencion/index.shtml).