

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU EM  
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM GESTÃO DE  
POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A SAÚDE  
ESCOLA FIOCRUZ DE  
GOVERNO FUNDAÇÃO  
OSWALDO CRUZ

Jaqueline Mendes Nardelli  
Jéssica Felícia Rocha do Amaral  
Natália de David Klavdianos

SAÚDE MENTAL E A PANDEMIA COVID-19: Monitoramento dos registros de  
CIDs e CIAPs relacionados à ansiedade e depressão na Atenção Primária da Região  
de Saúde Oeste do Distrito Federal

Brasília - 2021

Jaqueline Mendes Nardelli  
Jéssica Felícia Rocha do Amaral  
Natália de David Klavdianos

SAÚDE MENTAL E A PANDEMIA COVID-19: Monitoramento dos registros de CIDs e CIAPs relacionados à ansiedade e depressão na Atenção Primária da Região de Saúde Oeste do Distrito Federal

Trabalho de Conclusão de Programa apresentado à Escola Fiocruz de Governo como requisito parcial para obtenção do título de especialista em Gestão de Políticas Públicas para Saúde. (Área de concentração Saúde Coletiva).

Orientador: Prof. (a) Mestre (a) João Paulo Almeida Brito da Silva

Brasília

2021

N223s

Nardelli, Jaqueline Mendes

Saúde mental e a pandemia de Covid-19: monitoramento dos registros de CIDs e CIAPs relacionados à ansiedade e depressão na Atenção Primária da Região de Saúde Oeste do Distrito Federal / Jaqueline Mendes Nardelli, Jéssica Felícia Rocha do Amaral, Natália de David Klavdianos. – Brasília : Fiocruz, 2021.  
42 p.: il.

Orientador: João Paulo Almeida Brito da Silva

Trabalho de Conclusão de Curso (Residência Multiprofissional em Gestão de Políticas Públicas para a Saúde) – Fundação Oswaldo Cruz. Escola de Governo Fiocruz Brasília, 2021.

1. Saúde Mental. 2. Monitoramento Epidemiológico. 3. Infecções por Coronavirus. 4. Pandemia. I. Nardelli, Jaqueline Mendes. II. Amaral, Jéssica Felícia Rocha do. III. Klavdianos, Natália de David. IV. Silva, João Paulo Almeida Brito da. V. Título.

CDD 303.485:616.8527

Catálogo na fonte: Aline Santos Jacob/CRB1-2639

Jaqueline Mendes Nardelli  
Jéssica Felícia Rocha do Amaral  
Natália de David Klavdianos

**SAÚDE MENTAL E A PANDEMIA COVID-19: Monitoramento dos registros de CIDs e CIAPs relacionados à ansiedade e depressão na Atenção Primária da Região de Saúde Oeste do Distrito Federal**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado à Escola de Governo Fiocruz  
como requisito para obtenção do título de  
Especialista em Gestão de Políticas  
Públicas para a Saúde

Aprovado em 22/02/2021.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Especialista Sara França Mendes (Secretaria de Saúde do Distrito Federal – SES/DF)

---

Mestre Henrique Bezerra Permínio (Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz Brasília)

---

Professor Mestre João Paulo Almeida Brito da Silva (Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz Brasília)

## **RESUMO**

Para além das consequências fisiológicas do COVID-19, a pandemia de COVID-19 tem impactos também na saúde mental da população. No Distrito Federal, a Região Oeste de Saúde é uma das que mais apresentou casos da doença, além de parcela expressiva de sua população se encontrar em situação de vulnerabilidade socioeconômica. Neste sentido, o objetivo deste trabalho foi monitorar quais são as consequências da pandemia nos atendimentos em saúde mental na Atenção Básica do Sistema Único de Saúde (AB-SUS), uma vez que é ela a porta de entrada da população para os serviços de saúde. Para isso, foi realizada extração dos relatórios de atendimento individual por Unidade Básica de Saúde da Região Oeste do sistema e-SUS AB. Os resultados mostram que houve aumento expressivo de registro de atendimentos gerais e de atendimentos relacionados à ansiedade e depressão no período da pandemia, comparado ao mesmo período de 2019. As análises apontam para a importância do monitoramento em políticas públicas de saúde mental, especialmente em períodos de crise, como o atual.

Palavras-Chave: 1. Saúde Mental. 2. Monitoramento. 3. Pandemia covid-19.

## **ABSTRACT**

Beyond its physiological consequences, the COVID-19 pandemic also has impacts on the population's mental health. In the Federal District, the West Region of Health is one of the areas with more cases of the disease, and an expressive portion of its inhabitants are in a state of socioeconomical vulnerability. In this sense, the aim of this study was to monitor which are the consequences of the pandemic for mental health services in Basic Attention on the Universal Health System, since this is the gateway for health services for the population. Therefore, individual consultations records were extracted from the e-SUS AB system. Results show that there was an expressive increase in general consultations and in consultations related to depression and anxiety during the pandemic's peak. The analysis points out to the importance of monitoring mental health public policies, especially during moments of crisis, such as the present one.

Key words: 1. Mental Health. 2. Monitoring. 3. COVID-19 pandemic.

## **RESUMEN**

Además de las consecuencias fisiológicas del COVID-19, la pandemia también tiene un impacto en la salud mental de la población. En el Distrito Federal, la Región de Salud Oeste es una de las que presenta más casos de la enfermedad, además de que una parte importante de su población se encuentra en situación de vulnerabilidad socioeconómica. En este sentido, el objetivo de este trabajo fue monitorear cuáles son las consecuencias de la pandemia en la atención de salud mental en la Atención Primaria del Sistema Único de Salud (AB-SUS), ya que el es la puerta de entrada de la población a los servicios de salud. Para ello, los informes de atención individual fueron extraídos por Unidades Básicas de Salud de la Región Oeste del sistema e-SUS AB. Los resultados muestran que hubo un aumento significativo en el registro de visitas generales y visitas relacionadas con la ansiedad y la depresión durante el período pandémico, en comparación con el mismo período en 2019. Los análisis apuntan a la importancia del monitoreo en las políticas públicas de salud mental, especialmente en periodos de crisis, como la actual.

Palabras Clave: 1. Salud Mental. 2. Seguimiento. 3. Pandemia covid-19.

## LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1 – Comparação do número total de atendimentos realizados pelas Unidades Básicas de Saúde que operacionalizam o e-SUS on-line na Região de Saúde Oeste em 2019 e 2020 nas semanas de 1 a 24. Brasília, 2020. 17
- Gráfico 2 – Distribuição do número total de atendimentos, número de registros CIDs de COVID-19, realizados pelas Unidades Básicas de Saúde que operacionalizam o e-SUS on-line na Região de Saúde Oeste em 2020 nas semanas de 1 a 24. Brasília, 2020. 18
- Gráfico 3 – Distribuição do número de registros de CIDs de COVID-19, realizados pelas Unidades Básicas de Saúde que operacionalizam o e-SUS on-line na Região de Saúde Oeste em 2020 nas semanas de 1 a 24. Brasília, 2020. 19
- Gráfico 4 – Comparação do número total de registros de CIDs e CIAPs psicológicos pelas Unidades Básicas de Saúde que operacionalizam o e-SUS on-line na Região de Saúde Oeste em 2019 e 2020 nas semanas de 1 a 24. Brasília, 2020. 20
- Gráfico 5 – Comparação do número total de registros de CIDs e CIAPs psicológicos estratificados, lançados nas Unidades Básicas de Saúde que operacionalizam o e-SUS on-line na Região de Saúde Oeste em 2019 e 2020 no total das 24 semanas. Brasília, 2020. 21



## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	1
REVISÃO DE LITERATURA	4
Depressão e ansiedade no contexto da Atenção Primária à Saúde	4
Atenção Primária em Saúde e a Região de Saúde Oeste do Distrito Federal	6
Sistema de Informação da Atenção Primária à Saúde e Classificações Internacionais das Doenças (CID-10) e da Atenção Básica (CIAP-2)	9
Monitoramento como função gestora na Atenção Primária em Saúde	10
JUSTIFICATIVA	12
OBJETIVOS	13
Geral:	13
Específicos:	13
MÉTODO	14
Procedimentos	14
Instrumentos	15
Análise de dados	15
RESULTADOS	16
DISCUSSÃO	17
CONSIDERAÇÕES FINAIS	23
REFERÊNCIAS	24

## **REFLEXÕES COLETIVAS**

O coletivo que compõe este trabalho é formado por uma sanitarista, uma enfermeira e uma psicóloga. As ideias foram construídas para além de uma afinidade de amizade e do envolvimento do campo de atuação da prática do segundo ano da residência. O interesse partiu de um ponto em comum, reunir os conhecimentos e vivências dos níveis mais centrais ao nível mais local da gestão, para um envolvimento de monitoramento e avaliação em saúde mental. Cada local de atuação das residentes - Diretoria de Saúde Mental, Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde e Superintendência da Região de Saúde Oeste – e as atividades realizadas nos mesmos serviram para complementar as reflexões e análises feitas, para assim produzir um estudo que abrangesse as diferentes facetas da gestão em saúde.

## **REFLEXÕES INDIVIDUAIS**

Alguns pontos foram considerados no decorrer da construção deste trabalho. Uma primeira observação diz respeito a importância da temática, sobretudo enquanto moradora da Região estudada, e ainda, vulnerável às necessidades em saúde mental escolhidas para o estudo. Durante a pandemia, acredito que não só para mim, mas num coletivo, senti na pele suas consequências, vis-à-vis toda a conjuntura política, social e sanitária que estávamos e ainda estamos vivendo. Acredito que essa ponderação fez o estudo ter um peso maior aos demais estudados durante a minha carreira acadêmica. Uma segunda reflexão diz respeito ao olhar da minha formação enquanto bacharel em Saúde Coletiva ao estudo como um todo, mas sobretudo mais relacionado ao tema monitoramento e avaliação. Acredito que o M&A são ferramentas não só importantes, mas necessárias à tomada de decisão informada em evidência, e por isso é minimamente dificultosa a Gestão de políticas Públicas sem essas ferramentas. Ainda destaco aqui o rico processo da residência como um todo, que pode possibilitar vivências, práticas, trocas, aprendizados, ensinamentos, mudanças na forma de pensar acadêmica e outros muitos ganhos ao longo do percurso prático-ensino. Jaqueline Mendes Nardelli, Sanitarista.

A formação da Residência em Gestão de Políticas Públicas para a Saúde, esclarece um mundo da gestão por muitas vezes desconhecido pelos profissionais da saúde assistenciais, desde a organização dos serviços locais com a implementação de fluxos até o financiamento e a política que fundamenta as ações, estão englobados nesta dinâmica da gestão. A visão e o ensino multiprofissional são ricos em trocas de saberes que nos tira da zona de conforto da nossa formação,

trazendo um conjunto amplo que favorece na escolha da melhor decisão que irá beneficiar o usuário. Mais do que em outros momentos, esse histórico da Pandemia de Covid-19 evidenciou que a gestão e sua estrutura política, logística e dinâmica é o grande maestro que rege a assistência, se ela falhar a assistência também falha se ela acertar a assistência também acerta. Afirmo, defendo e trabalho desde o início da pandemia com uma gestão que também é linha de frente, tão essencial quanto o profissional que atende o usuário na ponta, pois ela ordena como, quando e as ações e condições necessárias para que esse atendimento seja universal, integral, equânime e seguro. Sou moradora do Entorno do Distrito Federal, da cidade de Águas Lindas de Goiás, que fica próximo a região de saúde estuda, e demanda seus serviços de saúde, e durante o segundo ano inteiro da prática na residência estive na Diretoria de Atenção Primária da Região, o que me proporcionou maior interesse em estudar, monitorar as ações em saúde desenvolvidas, pois estava no dia a dia das intervenções e tomada de decisões. Jéssica Felícia Rocha do Amaral, Enfermeira.

Durante o curso da Residência em Gestão de Políticas Públicas para a Saúde o Sistema Único de Saúde nos foi apresentado sob uma ótica até então inédita. Para além da compreensão de como são desenvolvidas políticas públicas para a saúde, a vivência em campo nos permitiu atuar e observar na prática quais são os principais desafios enfrentados por pacientes, profissionais da saúde e gestores. A partir desta experiência foi possível compreender como diferentes áreas de conhecimento contribuem para a elaboração, implantação, monitoramento e avaliação das mesmas. Esta percepção da pluralidade de áreas de atuação e interdisciplinaridade presentes no SUS se fez presente neste trabalho. Apesar da escolha do tema se referir à saúde mental, torna-se claro a partir das análises realizadas que as intervenções necessárias para a melhorias destes serviços – e de qualquer outro - vão muito além de ações de psicólogos, psiquiatras ou outros profissionais envolvidos diretamente com o acolhimento da população. A elaboração e execução de toda política pública eficaz e oportuna se inicia com uma gestão que priorize o monitoramento de dados e avaliação dos mesmos de maneira contínua e em momentos adequados, como é o caso da pandemia em curso atualmente. Natália de David Klavdianos, Psicóloga.

## INTRODUÇÃO

O COVID-19 e a pandemia por ele causada têm gerado impactos físicos e também na saúde mental de indivíduos em todo o planeta. Apenas no Brasil, o número de casos confirmados já ultrapassa 9.550.000 e o de mortes 232.000, atualizados no dia 9 de fevereiro de 2021. Para além de sintomas físicos que podem perdurar por semanas ou meses e da mortalidade da doença, suas consequências sociais e psicológicas podem afetar a saúde mental agora e no futuro.

Órgãos de saúde de diversos países já registram preocupações referentes aos impactos na saúde mental da população devido às repercussões sociais, econômicas e físicas da pandemia (HOLMES et al., 2020; YAO, CHEN & XU, 2020). Estes estudos fazem um alerta para o surgimento ou agravamento de casos de transtorno mental, como ansiedade, depressão, ideação suicida, entre outros, especialmente em grupos mais vulneráveis, como os de baixa classe socioeconômica, pessoas em tratamento psiquiátrico, idosos e indivíduos considerados grupo de risco para o COVID-19, por exemplo.

Os impactos da pandemia são sentidos nos sistemas de saúde de cada país, pois devido a sua extensão, intensidade e velocidade tende a sobrecarregar em um curto espaço de tempo a maioria dos serviços de saúde. Os serviços de saúde mental do Brasil e do Distrito Federal (DF) também sofreram mudanças em seu gerenciamento, orientações e rotinas. Mais especificamente no DF, a Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) modificou seus fluxos e orientações para responder à pandemia. Em 2020 a SES-DF publicou referências técnicas para auxiliar nessas mudanças e orientar população e profissionais de saúde a lidar com este novo cenário.

O documento ressalta possíveis impactos da pandemia a indivíduos, como medo de morrer, medo de perder alguém ou de ser infectado, frustração, ansiedade, alterações no sono, desesperança, preocupações em perder a fonte de renda e de não conseguir obter alimentos e outros itens de necessidade básica, risco de deterioração de doenças clínicas e transtornos mentais previamente existentes e o risco de adoecimento de profissionais da saúde. Além disso, as consequências da pandemia também podem ter efeitos a longo prazo em famílias e comunidades, tais quais: deterioração de redes sociais e econômicas, estresse prolongado causado pela insegurança relativa à manutenção do emprego e moradia, desconfiança voltada ao governo e as

informações provenientes de órgãos oficiais de saúde, além do desenvolvimento ou recaídas de transtornos mentais devido a dificuldades de se acessar os serviços de saúde neste período crítico.

Todos estes fatores podem acabar sobrecarregando os serviços de saúde mental da região. A Organização Mundial de Saúde (OMS, 1946), define saúde mental como um estado de bem-estar no qual o indivíduo se sente capaz de utilizar suas próprias habilidades para se recuperar do estresse do dia a dia, ser produtivo e contribuir com sua comunidade. Devido aos serviços, atores e aspectos que esta definição abrange, a promoção de um estado de bem-estar e o manejo de crises de saúde mental em meio a uma pandemia é ainda mais complexo que o habitual.

Por tanto se faz necessário que haja no sistema de saúde mudanças na sua fragmentação que vão ocorrer através da implantação de redes de atenção a saúde que Mendes, (2010), define como:

“As redes de atenção à saúde são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde - prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada -, e com responsabilidades sanitárias e econômicas por esta população.” (MENDES, 2010, p. 2300).

Atualmente, no DF, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que oferece serviços de apoio à saúde mental, é composta pelos serviços de: Atenção Básica em Saúde (Unidade Básica de Saúde, Consultório na Rua, NASF-AB e Centros de Convivência e Cultura); Atenção Psicossocial (Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); Atenção de Urgência e Emergência (SAMU 192, Sala de Estabilização, UPA 24 horas, Portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro em Hospital Geral); Atenção Hospitalar (Leitos de psiquiatria em hospital geral, Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral).

O vasto número de unidades e serviços de apoio à saúde mental requer a realização de atividades de avaliação e monitoramento recorrentes dos resultados produzidos pelos mesmos. Estes resultados se traduzem em indicadores de saúde, e sua análise auxilia na elaboração de planos de ação para melhorar os serviços prestados à população. O monitoramento e avaliação em saúde são ferramentas que orientam a tomada de decisão, possibilitando o aprimoramento da gestão em saúde (CRUZ & REIS, 2009). Em momentos de crise, como a pandemia por COVID-19, tomadas

de decisão devem ser realizadas rapidamente e a pressão sobre serviços e profissionais da saúde está agravada, o que torna ainda mais relevante a qualidade dos dados que embasam os gestores.

Assim, a possibilidade de maior sobrecarga à RAPS no momento da pandemia faz surgir a pergunta: a demanda por serviços de saúde mental aumentou durante a pandemia? Quais as principais demandas deste tipo para a Atenção Primária em Saúde? Há monitoramento suficiente para informar gestores das lacunas, potenciais e a atual conjuntura da saúde mental da população no momento da pandemia?

Para responder a esta indagação, o presente estudo buscou monitorar quais foram os principais transtornos psicológicos a emergirem durante a pandemia. Por motivos de viabilidade, esta análise não pôde ser feita para todo o território e tampouco para todos os serviços da RAPS. Portanto, foi escolhida para o estudo a Atenção Primária em Saúde (APS) da Região de Saúde Oeste.

## **REVISÃO DE LITERATURA**

### **Pandemia e seus impacto comportamentais nos indivíduos**

A pandemia COVID-19 representa uma enorme crise de saúde pública global. Como a crise requer mudanças de comportamento em grande proporção, ela conseqüentemente impõe cargas psicológicas significativas aos indivíduos. Historicamente, as pessoas tendem a perceber e responder às ameaças e riscos durante uma pandemia (BAVEL et al, 2020). Essas respostas geram conseqüências para a tomada de decisões e as relações entre grupos.

As conseqüências nas relações entre grupos podem desencadear intolerância contra grupos externos, atitudes punitivas e violência (BAVEL et al, 2020). Há ainda, o sentimento emergente de identidade compartilhada e preocupação com os outros, que surge da experiência de estar em um desastre. Este pode ser aproveitado dirigindo-se ao público em termos coletivos e retornando à "nós" ao agirmos para o bem comum. Por outro lado, o senso de identidade compartilhada pode ser prejudicado pela representação de outras pessoas como concorrentes. Isso pode ser exemplificado com imagens de prateleiras vazias e histórias de pânico de compra, que sugerem que os outros estão apenas cuidando de si mesmos, despertando o desejo de fazer o mesmo (BAVEL et al, 2020).

Outro ponto potencialmente perigoso à saúde mental da população durante uma pandemia são: notícias falsas e desinformações sobre a COVID-19, que podem ser compartilhadas amplamente nas redes sociais (BAVEL et al, 2020). Um relatório recente da Organização Mundial da Saúde declarou que "a comunicação em saúde é vista como relevância para praticamente todos os aspectos da saúde e do bem-estar, incluindo prevenção de doenças, promoção da saúde e qualidade de vida" (RIMAL & LANPINSKI, 2009).

### **Depressão e ansiedade no contexto da Atenção Primária à Saúde**

Em um modelo de atenção pensado em uma Rede de Atenção à Saúde (RAS), a APS apresenta função prioritária e ordenadora. Ela funciona como porta de entrada e tem função estruturante no sistema, com população e território adscritos, fazendo-se mais próxima geograficamente usuários (TRAPÉ, 2015). A política específica para saúde mental na APS ainda tem grandes desafios desde o início do processo de reforma psiquiátrica. Ampliaram os serviços substitutivos dos hospitais psiquiátricos, mas as políticas específicas para saúde mental na APS

ainda são incipientes. A falta de capacitação também leva a ações normatizadoras e hospitalocêntricas.

Algumas estratégias foram traçadas buscando superar a fragmentação do cuidado em saúde mental. O Núcleo de Apoio à Saúde da Família, formado por equipe multidisciplinar com a indicação de um profissional de saúde mental, atua apoiando as ESF, com o objetivo de fortalecer a APS na coordenação assistencial, organizando o cuidado de forma longitudinal (TRAPÉ, 2015).

Segundo o Caderno de Atenção Básica n.34 do Ministério da Saúde, os trabalhadores da APS sabem que muitos usuários buscam o serviço de saúde em razão de sofrimento mental, geralmente com queixas de tristeza e/ou ansiedade. Também é frequente que os profissionais identifiquem nos usuários tristeza e/ou ansiedade importantes, ainda que não haja queixa explícita nesse sentido (BRASIL, 2013).

Dados epidemiológicos levantados em (BRASIL, 2013), mostram que pesquisas realizadas no Brasil e no mundo, cerca de uma em cada quatro pessoas que procuram a APS têm algum transtorno mental segundo a CID-10. E ainda, se incluirmos aqueles que têm sofrimentos pouco abaixo do limiar diagnóstico, essa proporção chega a ser uma pessoa para cada duas que procuram os serviços de APS.

O termo *depressão*, na linguagem corrente, tem sido aplicado para caracterizar tanto um estado afetivo normal (a tristeza), quanto um sintoma, uma síndrome e uma (ou várias) doença(s). Como *sintoma*, a depressão pode surgir nos diversos quadros clínicos, entre eles: transtorno de estresse pós-traumático, demência, esquizofrenia, alcoolismo, doenças clínicas, etc. Pode ainda ocorrer como resposta a situações estressantes, ou a circunstâncias sociais e econômicas adversas (DEL PORTO, 1999).

Quando *síndrome*, inclui não apenas alterações do humor, mas também outros aspectos, incluindo alterações cognitivas, psicomotoras e vegetativas (sono, apetite). E ainda, enquanto doença, a depressão tem sido classificada de várias formas, entre os quadros mencionados na literatura atual encontram-se: transtorno depressivo maior, melancolia, distímia, depressão integrante do transtorno bipolar tipos I e II, depressão como parte da ciclotímia, entre outros (DEL PORTO, 1999).



Já a ansiedade pode ser definida como um afeto desagradável de inquietação, juntamente de uma série de queixas somáticas que, para alguns pacientes, são mais facilmente percebidas do que as manifestações psíquicas. As queixas mais frequentemente relatadas são divididas entre: Autonômicas - taquicardia, vasoconstrição, sudorese, aumento do peristaltismo, taquipnéia, piloereção, midríase; Musculares - dores, contraturas, tremores; Cenestésicas - parestesias, calafrios, adormecimentos; Respiratórias - sensação de afogamento e sufocação; Psíquicas - tensão, nervosismo, mal-estar indefinido, apreensão, insegurança, dificuldade de concentração, sensação de "estar no limite", despersonalização e desrealização (FIGUEIREDO, 2000).

Clinicamente, estudos apontam (FIGUEIREDO, 2000) que quando os sintomas de ansiedade ou depressão são as queixas principais, o diagnóstico é realizado corretamente em 95% dos casos. Entretanto, quando os pacientes enfatizam os sintomas somáticos, o índice de acerto cai para 48%.

### **Atenção Primária em Saúde e a Região de Saúde Oeste do Distrito Federal**

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi definido pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado mediante a criação das leis 8.080/90 e 8.142/90, conhecidas como Leis Orgânicas de Saúde. Esse sistema apoia-se na concepção de um modelo que atenda às necessidades de saúde da população, resgatando o compromisso do Estado para com a saúde da população, visando seu bem estar físico e social. Preconiza-se nesse sistema um conjunto de ações e serviços de saúde prestados pelo governo federal, estadual e municipal e mantidas pelo poder público (POLIGNANO, 2000).

A Atenção Primária em Saúde, ou Atenção Básica, caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde que abrangem a promoção da saúde, prevenção de agravos, o diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. Dessa forma pode ser considerado o nível de atenção do SUS que garante a entrada do usuário para o serviço, fornecendo atenção à pessoa não apenas direcionando os cuidados de saúde para a enfermidade e levando em consideração que o cuidado em saúde é dado o mais próximo de onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo um processo de atenção continuada. (STARFIELD, 2002).

Considerando que a AB tem como um de seus princípios possibilitar o primeiro acesso ao usuário, isso inclui aqueles que demandam um cuidado em saúde mental. Pode-se dizer, conforme

o Caderno de Atenção Básica nº34 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013), que o cuidado em saúde mental na AB é bastante estratégico pela facilidade de acesso das equipes aos usuários e vice-versa. Por isso, é comum que os profissionais de saúde se encontrem a todo o momento com pacientes em situação de sofrimento psíquico.

As experiências internacionais de enfrentamento da pandemia que centraram o cuidado no âmbito hospitalar fracassaram o que mostrou a necessidade de se ter uma abordagem territorializada, comunitária e domiciliar através da ativação de uma APS integral, forte utilizando-se de todas as suas potencialidades. A continuidade das ações desenvolvidas pela APS deve ser preservada o que exige uma reorganização dos serviços, incorporando novas estratégias, para que não haja a quebra do vínculo com o usuário. (MEDINA et al, 2020)

A Secretaria de Saúde do Distrito Federal, pela peculiaridade do DF cumpre prerrogativas de Secretaria Estadual e Municipal de Saúde, abrangendo ações inerentes às duas esferas de gestão, desde a execução direta de ações e serviços de saúde à regulação, controle e avaliação. Segundo a Carteira de Serviços da APS (BRASIL, 2020), em relação a estrutura Regional, o Distrito Federal é dividido em sete Regiões de Saúde, sendo elas: Central, Centro-Sul, Norte, Sul, Leste, Oeste e Sudoeste.

O território da Região de Saúde Oeste é composto pelas Regiões Administrativas RA-IV Brazlândia, RA-IX Ceilândia e RA-XXXII Sol Nascente/ Pôr do Sol. Conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e o Censo Demográfico de 2015 a 2018 da Companhia de Planejamento do Distrito Federal (DISTRITO FEDERAL, 2018), Brazlândia foi instituída pela Lei 4.545 de 10/12/1964 e dispõe de uma área de 474km<sup>2</sup>. Segundo dados de 2018, a população total de Brazlândia é de 51.816, sendo destes 24.478 homens e 27.338 mulheres. Além disso, 54,70% do total de habitantes se autodeclararam da cor parda, 39,71% da cor branca, 5,51% da cor preta e 0,063% indígena. A renda média mensal domiciliar no ano de 2018 foi de R \$3.357,40 correspondente a 3,47 salários-mínimos por domicílio e R \$1.129,10 per capita. Já o coeficiente de Gini, instrumento que demonstra o grau de concentração de renda em determinado grupo variando numericamente de 0 a 1 onde menor/pior, em 2018 foi de 0,444. Quanto ao abastecimento de água: 99,4% dos domicílios tinham acesso à rede geral da Companhia de Saneamento Ambiental do Distrito Federal (CAESB), verificou-se que: 99,6% dos domicílios estavam ligados à rede geral de esgotamento sanitário, 100% declararam possuir conexão de energia elétrica: à rede geral da

Companhia Energética de Brasília (CEB). Sobre o recolhimento de lixo, 99,8% afirmaram ter coleta direta, sendo 47,4% seletiva e 91,6% não seletiva.

Ceilândia foi instituída pela Lei 049 de 25/10/1989 e dispõe de uma área de 230.3km<sup>2</sup>. Segundo dados de 2018, Ceilândia tem o total de 479.713 habitantes, sendo 231.174 homens e 248.539 mulheres. Além disso, do total de habitantes, 57,96% se autodeclararam da cor parda, 36,6% branca, 5,31% negra, 0,063% amarela e 0,024% indígena. A renda média mensal domiciliar no ano de 2018 foi de R\$3.085,35 correspondente a 3,23 salários-mínimos por domicílio e R\$1.125,10. per capita. Já o coeficiente de Gini no ano de 2018 foi de 0,418 (DISTRITO FEDERAL, 2018). Quanto ao abastecimento de água: 99,5% dos domicílios tinham acesso à rede geral da Companhia de Saneamento Ambiental do Distrito Federal (CAESB), verificou-se que: 91,3% dos domicílios estavam ligados à rede geral de esgotamento sanitário, da CAESB; ; 8,5% declararam ter fossa séptica; 4,2% tinham fossa rudimentar; 99% declararam possuir conexão de energia elétrica ligadas à rede geral da Companhia Energética de Brasília (CEB); e 1,2% utilizavam gambiarra. Sobre o recolhimento de lixo, 99,3% afirmaram ter coleta direta, sendo 43,8% seletiva e 85,8% não seletiva, 1,3% informaram jogar em local impróprio.

Sol Nascente/Pôr do Sol foi instituída pela Lei Complementar 958 de 20/12/2019 e dispõe de uma área de 40.49km<sup>2</sup>. Os dados referentes à população ainda fazem parte do total referente à Ceilândia, uma vez que a última pesquisa realizada pela CODEPLAN é anterior à Lei que institui a Região Administrativa (DISTRITO FEDERAL, 2018).

A Região de Saúde Oeste conta com 27 (vinte e sete), Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo 18 (dezoito) em Ceilândia e 9 (nove) em Brazlândia, que comportam 98 (noventa e oito) equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), sendo 18 (dezoito) destas não consistidas. O que gera uma cobertura real de 40,23 %. Além disso, a Região dispõe de 6 (seis) Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), destes 1 (um) encontram-se em transição e uma Equipe de Consultório na Rua. (Gerência de Planejamento Monitoramento e Avaliação em Saúde. Dados referentes a julho de 2020).

O território é um componente fundamental na organização dos serviços da AB, pois é a partir dele que se estabelecem limites geográficos e de cobertura populacional que ficam sob a responsabilidade clínica e sanitária das ESF. Contudo, é importante mencionar que a noção geográfica de território, enquanto espaço físico com limites precisos, não é suficiente para

desempenhar a sociodinâmica que as pessoas e os grupos estabelecem entre si. A noção de território-vivo, de Milton Santos, considera as relações sociais e as dinâmicas de poder que configuram os territórios como lugares que tomam uma conotação também subjetiva. São territórios que se configuram a partir das possibilidades, agenciamentos e relações que as pessoas e grupos estabelecem entre si. Isto implica considerar não apenas as dimensões subjetivas daqueles que são cuidados, mas também a subjetividade dos trabalhadores de Saúde, já que a principal ferramenta de trabalho em saúde mental é a relação (BRASIL, 2013).

### **Sistema de Informação da Atenção Primária à Saúde e Classificações Internacionais das Doenças (CID-10) e da Atenção Básica (CIAP-2)**

O e-SUS AB (e-SUS AB) é uma estratégia do Departamento de Saúde da Família para reestruturar as informações da Atenção Primária em nível nacional, conforme Portal da Secretaria de Atenção Primária. Esta faz referência ao processo de informatização qualificada do SUS em busca de um SUS eletrônico, para ampliar a qualidade no atendimento à população, (DATASUS, 2020).

A ferramenta permite que as Unidades Básicas de Saúde (UBS) mantenham prontuários eletrônicos com os dados de seus usuários e seus registros clínicos, bem como a alimentação direta aos sistemas de informação oficiais da saúde, o que reduz a carga de trabalho dos profissionais da APS na coleta, na inserção, gestão e no uso das informações para suas ações de planejamento, monitoramento e avaliação, (DATASUS, 2020).

Segundo dados do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), a CID-10 foi qualificada para padronizar e catalogar as doenças e problemas relacionados à saúde, dispondo como referência a Nomenclatura Internacional de Doenças, estabelecida pela Organização Mundial de Saúde. A organização dos arquivos e sua implementação para disseminação eletrônica no Brasil foi realizada pelo DATASUS, possibilitando registros de Morbidade Hospitalar e Ambulatorial entre os sistemas que lidam com morbidade. Essa classificação possibilita padronização auxiliando a busca de informações diagnósticas para finalidades gerais, (DATASUS, 2020).

A CID-10 fornece uma nomenclatura amplamente reconhecida de doenças e problemas de saúde, própria para atenção primária, mas sozinha não é o instrumento mais apropriado para uma classificação de atenção primária. Faz-se necessária a utilização juntamente com a CIAP, como

princípio ordenador, uma vez que a CID-10 constitui o caminho para uma boa base de dados informatizada de cada paciente, tornando possível a troca de dados com especialistas e hospitais. Já a CIAP oferece uma rubrica específica para a Atenção Primária (WONCA, 2009).

Assim, no trabalho clínico da APS onde é característico o enfrentamento das enfermidades no seu aspecto mais complexo, desde o começo até o final, e em suas diversas manifestações, o profissional de saúde não terá dificuldade para registrar apropriadamente o “motivo da consulta”, que é o primeiro e mais importante momento vindo da queixa do paciente. Isso porque a CIAP inclui uma filosofia que ajuda a impregnar de qualidade e de ciência o trabalho clínico diário. Possibilitando ao profissional assinalar os problemas que geram a pobreza em uma família, o agente comunitário de saúde registrar as carências de sua habitação; a enfermeira fazer constar o retardo de crescimento de um dos filhos dessa família, dentre outras importantes descrições no cuidado do usuário da APS (WONCA, 2009).

A CID-10 é estruturada de forma a permitir aos profissionais de saúde interpretar os problemas do paciente como um mal-estar, uma doença ou uma lesão. Já a classificação dos Motivos da consulta (MC), por sua vez, desempenha-se em elementos da perspectiva do paciente (WONCA, 2009). E foi assim que a Classificação de Motivos da consulta deu origem à CIAP. Os MC têm normalmente um ou vários problemas subjacentes que, ao fim da consulta, o profissional terá identificado e que poderão não condizer às razões iniciais que levaram o usuário a procurar o serviço de saúde. Essa distinção é fundamental visto que uma das missões da APS é evitar as desnecessárias cascatas diagnósticas e terapêuticas que a falsa rotulação da doença provoca.

## **Monitoramento como função gestora na Atenção Primária em Saúde**

O Monitoramento é uma ferramenta em potencial para melhor orientar a tomada de decisão, o que, por sua vez, possibilita o aprimoramento da qualidade da gestão em saúde. Ele corresponde à prática da vigilância em saúde e é compreendido como a “elaboração e análise de mensurações rotineiras, através das quais seja possível detectar mudanças no ambiente ou no estado de saúde de comunidades” (CRUZ & REIS, 2011).

Com o propósito de diferenciar a monitoramento da vigilância, Waldman (WALDMAN, 1998) a define como a “coleta de dados, análise regular dos dados e ampla disseminação dos dados a todos que deles necessitem”. O que marca a diferença em relação à concepção anterior é a evidência da disseminação do dado como etapa fundamental e necessária para a orientação da mudança, por meio da tomada de decisão.

O monitoramento é a “análise continuada dos sistemas de informação, acompanhando procedimentos, produtos e situações de saúde”, isto é, uma explicitação sobre o acompanhamento dos efeitos do processo, dos resultados e do impacto de uma intervenção ou acontecimento, como o caso de uma sindemia ou pandemia, podendo gerar hipóteses plausíveis sobre as diferenças observadas (CRUZ & REIS, 2011).

## **JUSTIFICATIVA**

Algumas consequências desta pandemia, como o isolamento social, medo de infecção, de perda de pessoas próximas e insegurança econômica podem aumentar as taxas de ansiedade, depressão, suicídio, dentre outros problemas de saúde mental, além de afetar de maneira ainda mais intensa grupos vulneráveis, como o de pessoas com transtornos mentais e em situação de vulnerabilidade socioeconômica (HOLMES et al., 2020). A piora dos estados de saúde mental da população tem sido uma das principais preocupações de governos em todo o mundo durante a pandemia, e o desenho de estratégias de prevenção e mitigação desta crise são temas de estudo dos principais órgãos de saúde mundiais (YAO, CHEN & XU, 2020).

O Brasil é um dos países com maiores índices de mortes e infectados pela COVID-19 segundo o Painel Coronavírus (2021), e, portanto, se torna prioritário o estudo destes índices na atual conjuntura para maior compreensão do fenômeno e de como melhor intervir neste cenário. Neste contexto, é possível que com o aumento da aderência ao isolamento social e também das taxas de infecção e mortes pelo COVID-19, também tenha ocorrido aumento da procura por serviços de saúde mental na rede pública de saúde. Em contextos de crises de saúde, como a vivida atualmente, existe uma tendência de que o medo causado pela doença intensifique mais especificamente sentimentos de ansiedade e piore os sintomas de pessoas que já possuem quadros de distúrbios psiquiátricos, como depressão, aumentando a demanda para tratamento destes transtornos (ORNELL, SCHUCH, SORDI & KESSLER, 2020). Por esta razão o presente estudo focou-se nestes dois principais distúrbios psicológicos que tendem a emergir ou se agravar em períodos de crises: distúrbios de ansiedade e de depressão.

## **OBJETIVOS**

### **Geral:**

Monitorar os registros de CIDs e CIAPs informados no e-SUS AB relacionados à saúde mental no período da pandemia COVID-19 na Atenção Primária da Região de Saúde Oeste do Distrito Federal.

### **Específicos:**

Monitorar os registros dos CIDs e CIAPs da COVID-19 em paralelo ao CIDs de saúde mental relacionados à depressão e ansiedade, comparando os anos de 2019 e 2020 informados no Sistema de informação e-SUS na Atenção Primária da Região de Saúde Oeste do DF;

Monitorar o registro do total de atendimentos no e-SUS AB na Região de Saúde Oeste do DF, comparando os anos de 2019 e 2020;

Levantar desafios e potencialidades do monitoramento em Saúde Mental na Atenção Primária na Região de Saúde Oeste do Distrito Federal.



## **MÉTODO**

### **Procedimentos**

O presente trabalho é um estudo descritivo, que detalha e compara a quantidade de atendimentos, bem como a quantidade de inserção de CIDs e CIAPs relacionados a este estudo, realizados pela Atenção Primária na Região de Saúde Oeste do DF nos períodos das semanas numeradas de 1 a 24. Para atingir os objetivos, foram extraídos do sistema e-SUS AB relatórios de atendimento individual por Unidade Básica de Saúde da Região Oeste do DF. A extração dos relatórios de atendimentos individuais pelo Sistema de Informação e-SUS AB foi iniciada no dia 30 de março do ano de 2020 de forma contínua e semanal, correspondente aos anos de 2019 e 2020. O período em monitoramento e análise corresponde a data de 30/03/2020 a 13/09/2020 e 31/03/2019 a 14/09/2019 o que equivale a 6 (seis) meses, ou seja, 24 (vinte e quatro) semanas. Foram analisadas as Unidades Básicas de Saúde de Brazlândia e Ceilândia, que compõem a Atenção Primária à Saúde da Região de Saúde Oeste do DF.

Os registros extraídos de CIDs e CIAPs foram relativos à transtornos psicológicos que costumam se intensificar durante crises de saúde, segundo a literatura (ORNELL, SCHUCH, SORDI & KESSLER, 2020), sendo os CIAPs: P01 - Sensação de ansiedade/Nervosismo/Tensão; P03 - Tristeza/Sensação de depressão; P74 - Distúrbio ansioso/Estado de ansiedade; P76 - Perturbações depressivas, e os CIDs: F338 - Outros transtornos depressivos; F41 - Outros transtornos ansiosos; F32 - Episódio depressivo; F411 - Ansiedade generalizada; F412 - Transtorno misto ansioso e depressivo. Já para o ano de 2020, foram extraídos além dos registros já citados, também registros individuais de atendimento relativos aos CIDs relacionados a COVID-19, sendo eles: CID – B342 Infecção por Coronavírus de Localização não Especificada; CID - B972 Coronavírus como causa de doenças não especificadas por outros capítulos e CID – U071 Infecção pelo COVID-19. Os registros de CIAPs podem ser inseridos no sistema de informação e-SUS AB por qualquer profissional de nível superior, já os CIDs só podem ser inseridos pelo profissional médico.

Importante ressaltar que foram extraídos relatórios das UBS que utilizam o e-SUS AB on-line, uma vez que os relatórios inseridos no e-SUS off-line são compilados mensalmente e não semanalmente, sendo retirado da análises os dados das UBS 06 e 08 de Brazlândia que operam

neste sistema. E ainda, a UBS 04 de Ceilândia no ano de 2019 no período estudado encontrava-se desativada e por este motivo não foi considerada para a análise deste ano.

### **Instrumentos**

Após os dados serem extraídos foram elaboradas tabelas, especificando o número total de registros de atendimentos por cada CID e CIAP em cada UBS e por ano, com o intuito de reunir os dados do número total de atendimentos por CID específico realizados por toda a Região Oeste. Utilizou-se o programa Excel para realizar as análises estatísticas descritivas de modo a comparar os números de atendimentos de cada CID nos anos de 2019 e 2020. Foram gerados gráficos a partir das análises para apresentar os resultados.

### **Análise de dados**

Foram somados os registros de atendimentos de cada UBS para se chegar ao número total de registros de atendimentos da Atenção Primária de toda a Região Oeste. Foram realizadas quatro análises de comparação, resultando em gráficos de barras. A primeira comparou o número total de atendimentos de todas as UBS da Região Oeste nos anos de 2019 e 2020, nos períodos especificados. A segunda análise comparou o número total de atendimentos de todas as Unidades Básicas de Saúde da Região Oeste no ano de 2020 com o número de registros dos CIDs de COVID-19. A terceira análise refere-se ao número total de atendimentos por transtornos psicológicos selecionados para este trabalho em 2019 e 2020, em toda a Região Oeste. E a quarta análise comparou o número de atendimentos por CID e CIAP psicológico em 2019 e 2020.

## RESULTADOS

Os dados que serão apresentados a seguir são resultados da extração realizada no e-SUS AB referentes aos anos de 2019 e 2020, conforme descrito no método deste estudo. A Tabela 1 faz referência às semanas das quais os relatórios foram extraídos, estando as mesmas descritas com detalhamento de datas para os anos de 2019 e 2020. O estudo tem seu início no final de março, e as semanas 12, 13, 14 e 15, que correspondem ao pico da pandemia em 2020, ocorrem da segunda semana de junho até a segunda semana de julho. O estudo, no entanto, analisou o período até a segunda semana de setembro.

**Tabela 1** – Referência do período das semanas estudadas em 2019 e 2020. Brasília, 2020.

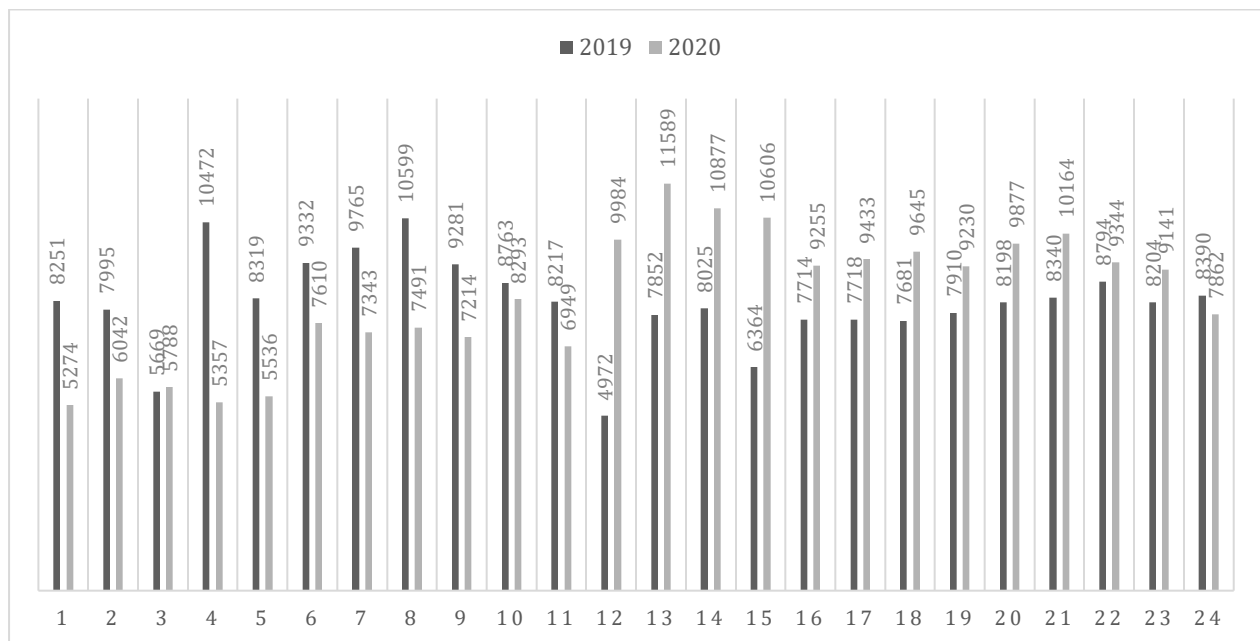
Semanas	2019	2020
1	31-03-2019 A 06-04-2019	30-03-2020 A 05-04-2020
2	07-04-2019 A 13-04-2019	06-04-2020 A 12-04-2020
3	14-04-2019 A 20-04-2019	13-04-2020 A 19-04-2020
4	21-04-2019 A 27-04-2019	20-04-2020 A 26-04-2020
5	28-04-2019 A 04-05-2019	27-04-2020 A 03-05-2020
6	05-05-2019 A 11-05-2019	04-05-2020 A 10-05-2020
7	12-05-2019 A 18-05-2019	11-05-2020 A 17-05-2020
8	19-05-2019 A 25-05-2019	18-05-2020 A 24-05-2020
9	26-05-2019 A 01-06-2019	25-05-2020 A 31-05-2020
10	02-06-2019 A 08-06-2019	01-06-2020 A 07-06-2020
11	09-06-2019 A 15-06-2019	08-06-2020 A 14-06-2020
12	16-06-2019 A 22-06-2019	15-06-2020 A 21-06-2020
13	23-06-2019 A 29-06-2019	22-06-2020 A 28-06-2020
14	30-06-2019 A 06-07-2019	29-06-2020 A 05-07-2020
15	07-07-2019 A 13-07-2019	06-07-2020 A 12-07-2020
16	14-07-2019 A 20-07-2019	13-07-2020 A 19-07-2020
17	21-07-2019 A 27-07-2019	20-07-2020 A 26-07-2020
18	28-07-2019 A 03-08-2019	27-07-2020 A 02-08-2020
19	04-08-2019 A 10-08-2019	03-08-2020 A 09-08-2020
20	11-08-2019 A 17-08-2019	10-08-2020 A 16-08-2020
21	18-08-2019 A 24-08-2019	17-08-2020 A 23-08-2020
22	25-08-2019 A 31-08-2019	24-08-2020 A 30-08-2020
23	01-09-2019 A 07-09-2019	31-08-2020 A 06-09-2020
24	08-09-2019 A 14-09-2019	07-09-2020 A 13-09-2020

Fonte: Relatório de Atendimento Individual e-SUS AB.

O Gráfico 1 apresenta a comparação do número total de atendimentos analisados nas UBS que utilizam o e-SUS on-line na Região de Saúde Oeste do DF nos anos de 2019 e 2020. O número de atendimentos em 2020 foi menor quando comparado ao ano de 2019 até a décima segunda

semana, coincidindo com o início da pandemia. O gráfico mostra ainda que a partir da décima segunda semana até a vigésima terceira, o número de atendimentos semanais em 2020 ultrapassou o de 2019. Os registros de atendimentos no período entre as semanas epidemiológicas 12 e 15, quando houve maior número de registros de casos de COVID-19, aumentaram em 58,2% em 2020. apresenta a comparação do número total de atendimentos analisados nas UBS que utilizam o e-SUS on-line na Região de Saúde Oeste do DF nos anos de 2019 e 2020. O número de atendimentos em 2020 foi menor quando comparado ao ano de 2019 até a décima segunda semana, coincidindo com o início da pandemia.

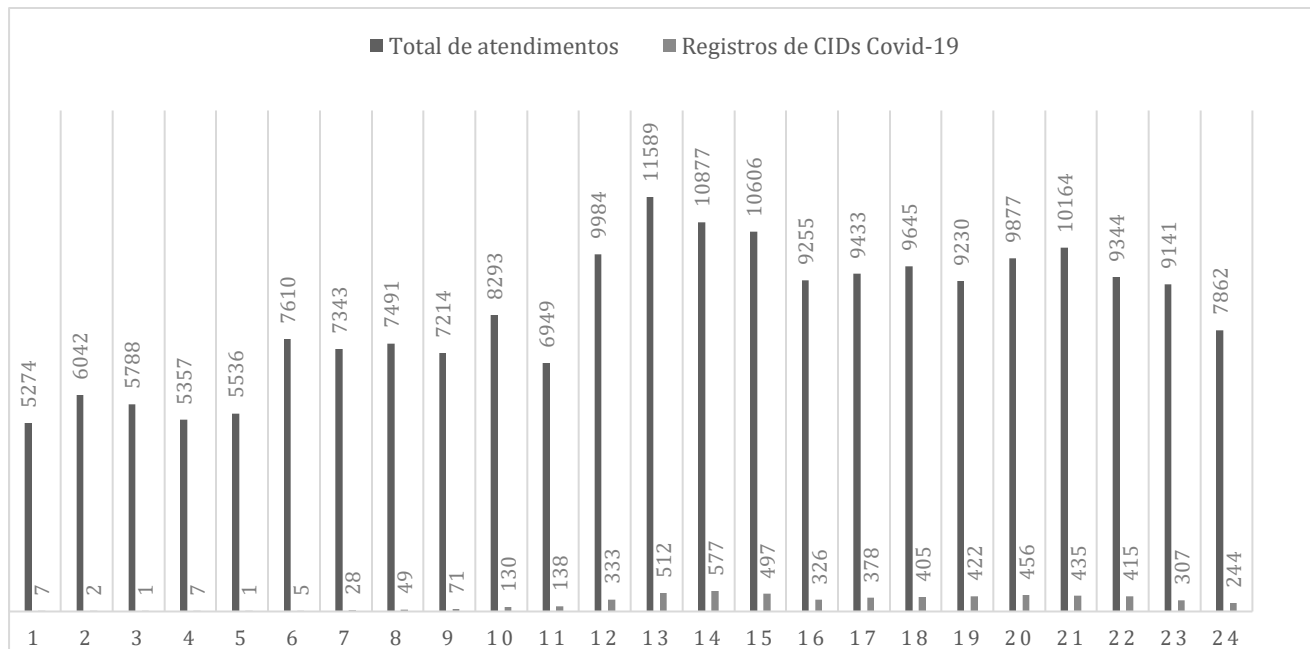
**Gráfico 1** – Comparação do número total de atendimentos realizados pelas Unidades Básicas de Saúde que operacionalizam o e-SUS on-line na Região de Saúde Oeste em 2019 e 2020 nas semanas de 1 a 24. Brasília, 2020.



Fonte: Relatório de Atendimento Individual e-SUS AB.

O Gráfico 2 expõe os dados de distribuição do número total de atendimentos e o número de registros de CIDs de COVID-19. Os resultados apontam que houve aumento no número de atendimentos gerais ao mesmo tempo em que aumentaram os registros dos CIDs de COVID-19. Esse aumento foi superior entre as semanas epidemiológicas 12 e 15, o que coincide com o pico da pandemia no DF.

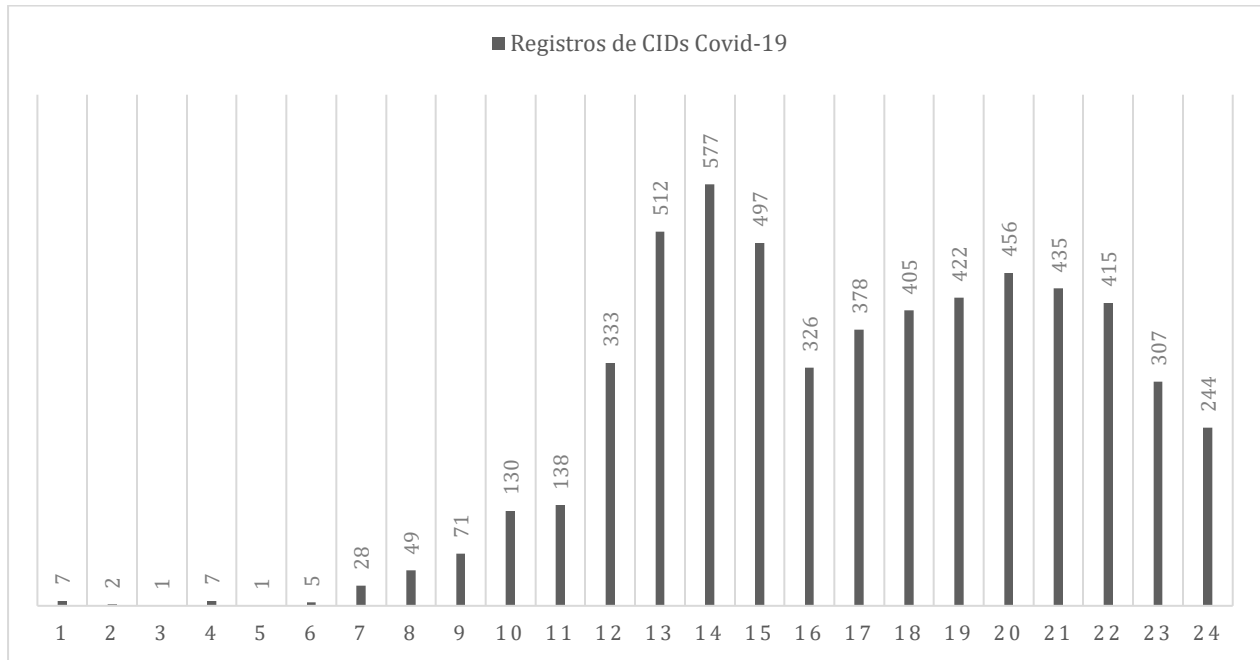
**Gráfico 2** – Distribuição do número total de atendimentos, número de registros CIDs de COVID-19, realizados pelas Unidades Básicas de Saúde que operacionalizam o e-SUS on-line na Região de Saúde Oeste em 2020 nas semanas de 1 a 24. Brasília, 2020.



Fonte: Relatório de Atendimento Individual e-SUS AB.

O Gráfico 3 se refere à distribuição do número de registros de CIDs de COVID-19, realizados pelas UBS que operacionalizam o e-SUS on-line na Região de Saúde Oeste em 2020. É possível visualizar o comportamento da pandemia na Região e a distribuição dos casos, assim como seu pico, destacado na semana 14.

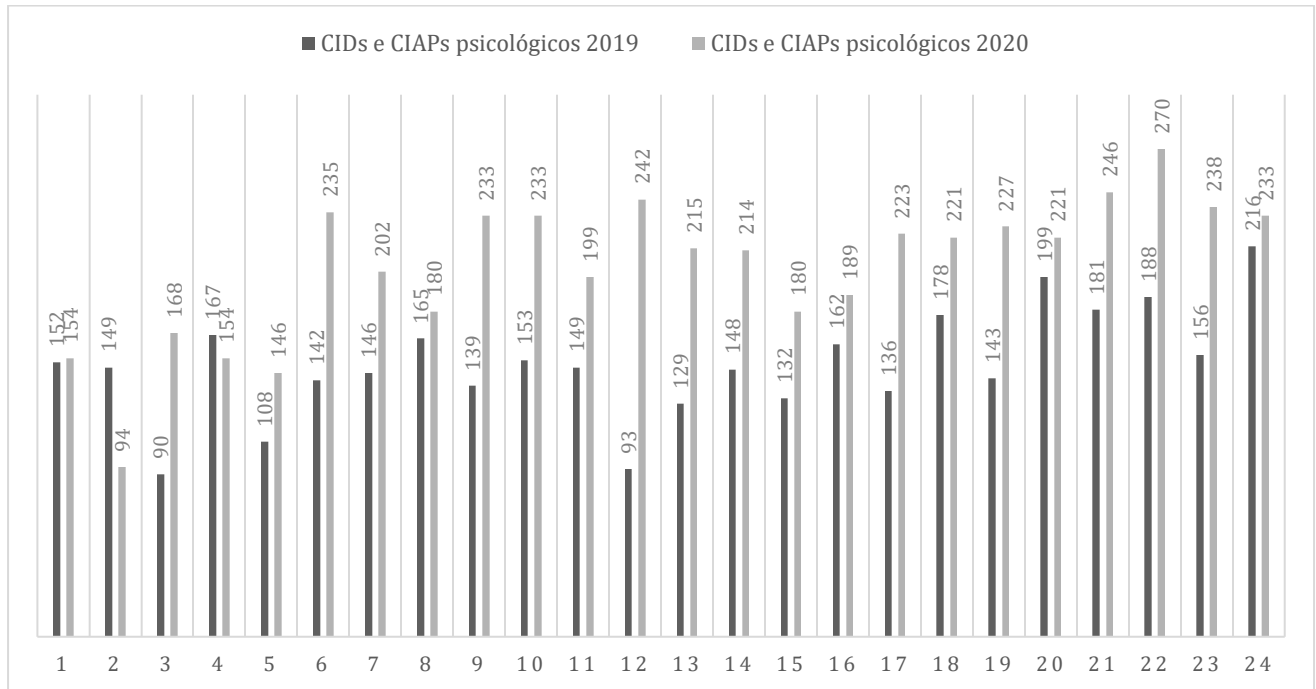
**Gráfico 3** – Distribuição do número de registros de CIDs de COVID-19, realizados pelas Unidades Básicas de Saúde que operacionalizam o e-SUS on-line na Região de Saúde Oeste em 2020 nas semanas de 1 a 24. Brasília, 2020.



Fonte: Relatório de Atendimento Individual e-SUS AB.

O Gráfico 4 apresenta a comparação do número total de registros de CIDs e CIAPs psicológicos em 2019 e 2020, nas semanas de 1 a 24. Seus resultados mostram que em 2020 houve um aumento no número de atendimentos relativos aos CIDs psicológicos citados no método do estudo, em 22 das 24 semanas epidemiológicas analisadas, quando comparadas às mesmas semanas de 2019. O gráfico aponta ainda que em 2020 a média de atendimentos mensais na Região de Saúde Oeste foi de 204,8 atendimentos, enquanto no mesmo período de 2019 a média foi de 150,8 atendimentos mensais, destacando um aumento de 35,8% nos atendimentos por demandas psicológicas em 2020.

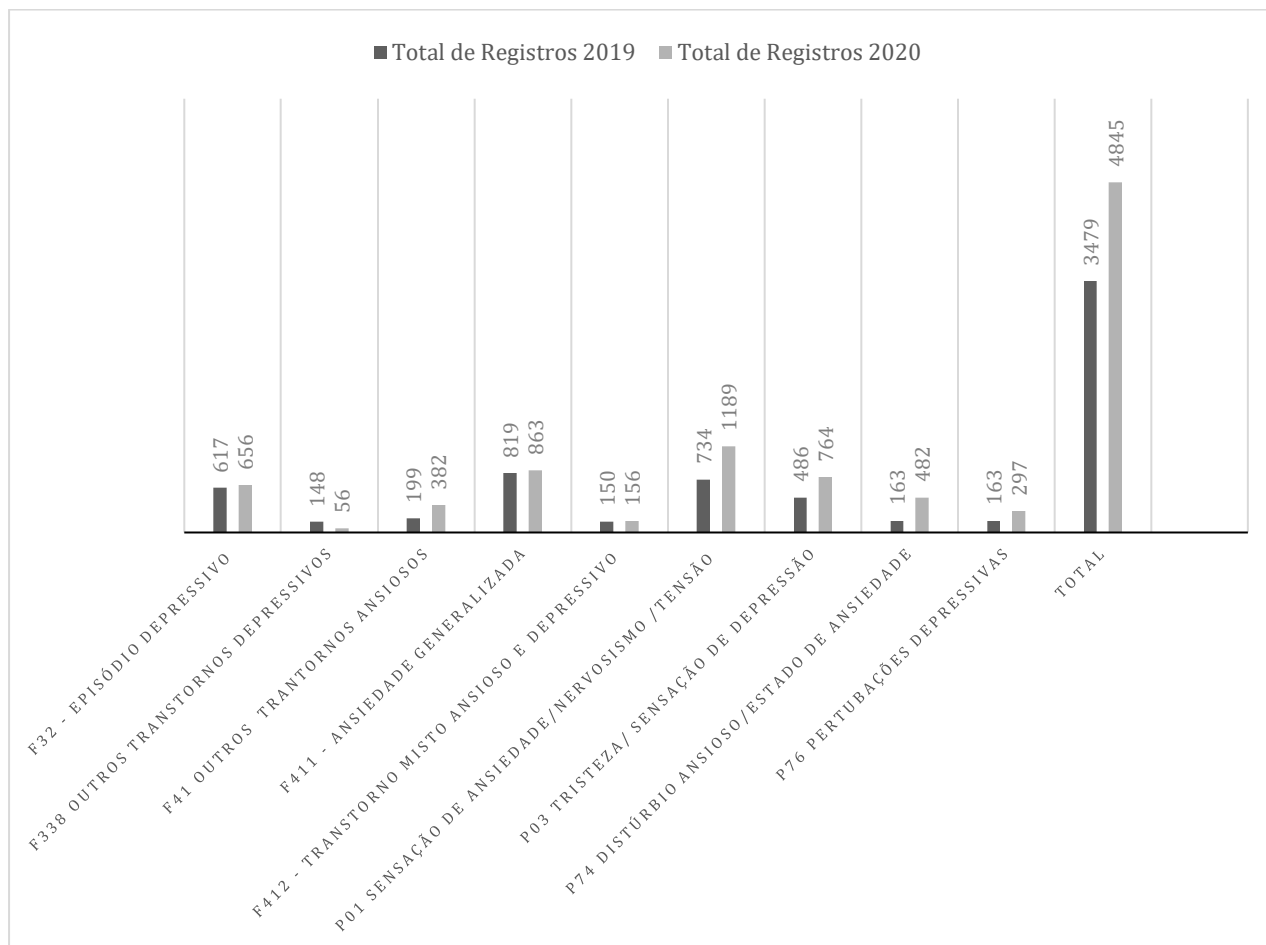
**Gráfico 4** – Comparação do número total de registros de CIDs e CIAPs psicológicos pelas Unidades Básicas de Saúde que operacionalizam o e-SUS on-line na Região de Saúde Oeste em 2019 e 2020 nas semanas de 1 a 24. Brasília, 2020.



Fonte: Relatório de Atendimento Individual e-SUS AB.

O Gráfico 5 apresenta o comparativo do número total de registros de CIDs e CIAPs psicológicos estratificados e escolhidos para análise, em 2019 e 2020, onde vemos um aumento de 39,27% nesse tipo de registro em 2020. O gráfico aponta que, com exceção do distúrbio "Outros transtornos ansiosos", em 2020 houve aumento do número de registros para demandas psicológicas para todos os transtornos analisados, quando comparado com 2019. No entanto, destacam-se os aumentos relativos aos CIDs: "Distúrbio ansioso/Estado de ansiedade", com aumento de 195,7% de 2019 para 2020; "Sensação de ansiedade/Nervosismo/Tensão", que sofreu aumento de 61,9%; e "Tristeza/Sensação de depressão", com aumento de 57,2% em 2020. Quando comparados os valores somados de registros para todos os transtornos analisados, este número aumentou em 37,4% de 2019 para 2020.

**Gráfico 5** – Comparação do número total de registros de CIDs e CIAPs psicológicos estratificados, lançados nas Unidades Básicas de Saúde que operacionalizam o e-SUS on-line na Região de Saúde Oeste em 2019 e 2020 no total das 24 semanas. Brasília, 2020.



Fonte: Relatório de Atendimento Individual e-SUS AB.



## DISCUSSÃO

Os Gráficos 1 e 2 expõem as mudanças sofridas nos números totais de registros de atendimentos de 2019 para 2020 e o perfil de registros de atendimentos em 2020, respectivamente. Observa-se o aumento expressivo dos registros de atendimentos totais em 2020, quando os registros de COVID-19 e CIDs relacionados são acrescentados aos números.

É possível considerar que a principal porta de entrada para os casos sintomáticos da doença, não deixou de atender às demais demandas já procuradas no período, o que ocasionou um aumento significativo total de atendimentos. O gráfico ainda nos mostra que as UBS acolheram e atenderam pacientes com queixas relacionadas à COVID-19, seguindo orientações do Ministério da Saúde no período, a despeito do enfrentamento de uma crise inédita na saúde pública desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Sobretudo, considera-se que houve uma sobrecarga para a APS na Região em 2020, uma vez que as UBS não deixaram de desempenhar suas funções não relacionadas ao COVID-19, mostrando ainda mais registros de atendimentos que em 2019.

Apesar dos desafios existentes no SUS e das constantes críticas ao acesso ofertado, sobretudo pela APS, por parte da mídia. Torna-se claro, a partir dos gráficos apresentados, que não houve desassistência na APS, pelo contrário, ofereceu-se todos os serviços e recursos mesmo nos momentos mais críticos da pandemia. Importante mencionar que o SUS tem enfrentamentos significativos para continuar expandindo sua cobertura e melhorando seus serviços ao sofrer um subfinanciamento expressivo, a exemplo da EC 95/2016, além das tentativas de privatização de setores importantes da saúde e desmonte do sistema público (SANTOS, 2018). Além destes fatores, houve ainda falta de interesse do governo federal em suprir as necessidades da rede de saúde pública durante a pandemia, o que não facilitou o trabalho dos profissionais da APS.

Um dos vetores positivos que tem sustentado o SUS e que merece destaque é a atenção primária que tem cerca de 60% da população brasileira vinculada as equipes de Saúde da Família (PAIM, 2018), e num momento de crise sustenta o princípio da universalidade do acesso de forma referenciada e integral. Observando estes cenários e os dados apresentados neste estudo é notável que os registros de atendimentos de 2020 tenham sido superiores aos de 2019, mesmo que em crise.

Observa-se com os dados apresentados no Gráfico 3 que a onda prevista por epidemiologistas se concretizou. Conforme o Guia de Investigação de Surto e Epidemias do Ministério da Saúde (BRASIL, 2018), ao analisar uma curva epidêmica é possível notar se a causa

foi uma fonte comum ou transmitida de pessoa a pessoa. A curva mostra o período no qual as pessoas suscetíveis se expuseram ao fator de risco, podendo ser visualizados os períodos mínimo, mediano e máximo de incubação. No caso do Gráfico 3, a curva teve um aclave rápido e declive gradual e ainda não finalizado, o que indica uma fonte comum de infecção ou “fonte comum contínua”, quando a duração da exposição é prolongada.

Portanto a continuidade das ações, inclusive as de saúde mental, na APS devem continuar em tempos de pandemia, como sugere Medina et al (2020):

As atividades de rotina da APS precisam ser preservadas em tempos de pandemia, até porque as previsões apontam para um longo curso de convivência com o novo vírus, com alternância de maior e menor isolamento social, o que exige readequação de certos procedimentos e incorporação de outros para que a APS funcione cumprindo sua missão, incluindo novas formas de cuidado cotidiano à distância, evitando o risco de aprofundamento da exclusão do acesso e das desigualdades sociais. O uso de tecnologias de informação e comunicação, como WhatsApp e telefone, para a realização de teleconsulta, garante a oferta de ações de forma segura, de modo que não haja descontinuidade e agravamento das condições dos usuários em tratamento. (MEDINA ET AL, 2020).

A partir dos registros dispostos nos Gráficos 4 e 5 comparando o total de registros de CIDs e CIAPs psicológicos e estratificados, em 2019 e 2020, os números apontam para um aumento significativo na procura de serviços de saúde por demandas psicológicas. Verifica-se que a partir da sexta semana epidemiológica o número de registros por CIDs relacionados à saúde mental em 2020 supera o de 2019, padrão este que permanece até a última semana analisada. Este aumento de 35,8% em 2020 sugere que provavelmente a pandemia e suas consequências nos determinantes sociais, foram causais neste crescimento. Esta conclusão é fortalecida ao se observar o Gráfico 5, que aponta que os maiores aumentos de registros ocorreram para transtornos de ansiedade e depressão, identificados na literatura como os transtornos mentais mais frequentes durante uma pandemia (HONORATO et al., 2020; ORNELL, SCHUCH, SORDI & KESSLER, 2020).

Os sintomas que se apresentam em transtornos relacionados à ansiedade e depressão são diversos e variam de pessoa para pessoa, no entanto é possível indicar os principais sentimentos e sintomas que se manifestam, especificamente no contexto de uma pandemia, como: medo de contágio, de perder o trabalho e da morte, solidão, aumento do uso de álcool e drogas, insônia e facilidade em se irritar (HONORATO et al., 2020). Os autores ressaltam ainda que crianças

também estão suscetíveis a serem afetadas, e que indivíduos que já possuíam transtornos mentais podem ter seus sintomas agravados.

Além dos diretamente ligados aos transtornos de ansiedade e depressão, existem outras consequências não imediatas relacionadas aos mesmos. Com o início de mortes decorrentes da COVID-19 e a fadiga emocional fruto do prolongamento da pandemia e isolamento surgem complicações como perdas financeiras, violência doméstica, visto o agravamento de transtornos mentais que são fatores de risco para a violência, aumento do risco de suicídio, preocupação com o futuro incerto, *burnout* e adoecimento dos profissionais da saúde (HONORATO et al., 2020; THAKUR & JAIN, 2020).

Todos os fatores levantados afetam o sistema de saúde. As demandas psicológicas além de compreenderem causas diversas dentro do universo dos determinantes sociais, também possuem consequências multifacetadas e suas repercussões implicam em sobrecargas para os serviços de saúde, não apenas em atendimentos diretamente relacionados a transtornos de ansiedade e depressão, mas em diversas outras áreas e para profissionais de diferentes áreas. A APS é a porta de entrada da população para o SUS, além de ser ordenadora dentro do sistema, o que inclui as demandas de saúde mental (TRAPÉ, 2015). É, portanto, a APS um dos cenários mais sobrecarregados e afetados durante esse período.

A literatura aponta que cerca de uma em cada quatro pessoas que procuram a APS têm algum transtorno mental, podendo o número ser maior se forem incluídos aqueles que apresentam sofrimentos que não são diagnosticados (BRASIL, 2020). A necessidade de atendimentos que se ocupam de transtornos mentais é ainda maior no momento da pandemia, em vista das emoções negativas e ameaças que a mesma traz, como pode ser observado no aumento significativo dos gráficos 4 e 5.

Outro fator que pode ter acentuado as manifestações de transtornos de ansiedade e depressão é a vulnerabilidade da população do território estudado. Os dados sociodemográficos da Região Oeste relatados pela CODEPLAN em 2018 demonstram que os residentes de Brazlândia, Ceilândia e Sol Nascente possuem renda média domiciliar baixa, tornando-os mais vulneráveis às repercussões econômicas que são consequências da pandemia. No estudo “Avaliação da qualidade da estratégia saúde da família no Distrito Federal” as autoras, (SHIMIZU E RAMOS, 2018), caracterizaram o perfil dos usuários da APS entrevistados como sendo predominante mulheres,

com nível de escolaridade mediano, com baixa renda familiar, com emprego familiar não remunerado ou desempregado. Este fator pode agravar sentimentos de ansiedade e sintomas de depressão. Sendo assim, para além do acompanhamento dos dados de COVID-19 e respectivos, o monitoramento dos dados relacionados à saúde mental se tornam uma prioridade, tanto pelo excesso de demandas geradas para a APS, quanto pela vulnerabilidade da população.

## MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO EM SAÚDE MENTAL NA PANDEMIA

Segundo (CRUZ & REIS, 2011) e já mencionado no estudo, o monitoramento na saúde pública serve para verificar os resultados que estão sendo alcançados, conforme o planejado. O monitoramento e avaliação dos dados monitorados serão subsídios aos gestores, para que os mesmos possam julgar se o desempenho de serviços, pessoas e tecnologias, por exemplo, estão sendo eficazes e identificar falhas e espaços para desenvolvimento dos mesmos. Um processo contínuo de Monitoramento e Avaliação acaba por produzir bons indicadores, que por sua vez facilitam o processo. Desta forma, a qualidade dos dados analisados é determinante para um bom monitoramento e, conseqüentemente, uma boa avaliação do que está ocorrendo no território.

Trabalhar com dados consistentes é significativo para um bom monitoramento e avaliação de dados. Contudo, destaca-se no presente trabalho, que os dados disponíveis de registros no e-SUS AB aos quais foram extraídos e analisados, ainda não foram consolidados pelo Ministério da Saúde, o que proporciona uma visão menos precisa da realidade da Região, uma vez que estes podem sofrer alterações ao serem consolidados. Por outro lado, ainda são dados inseridos e informados pelos profissionais assistenciais das UBS estudadas, o que nos demonstra um dado estimativo ao que será consolidado pelo MS.

Embora ainda não estando validados, os dados permitem um monitoramento em tempo real, podendo orientar a tomada de decisões e planejamentos das ações das equipes e trabalhar de forma com que permita uma avaliação da região em que se possa medir, comparar, e emitir juízo de valor. Segundo Tanaka, (2011), a avaliação não se resume em mostrar as condições em que estamos, mas para aumentar a capacidade do gestor na mobilização dos recursos.

O viés representado pela dificuldade de comunicação entre Sistemas de Informação em Saúde, e ainda, a dificuldade cultural em se inserir informações assistenciais é considerável neste estudo. Sobretudo em situações como a presente crise, onde ocorrem mudanças constantes nas

demandas do território e nos processos de trabalho. Com isso, faz-se necessário maior atenção e recursos humanos para analisar o perfil de atendimentos e demandas ao inserir os dados analisados, de forma a suprir as necessidades do território sem que a população e profissionais tenham que sofrer excessivamente por falta de recursos, sejam eles físicos, humanos, sociais ou psicológicos.

Outro aspecto a ser abordado referente aos resultados exibidos nos gráficos é a multiplicidade de CIDs relacionados à ansiedade e depressão. O DATASUS oferece aos profissionais da APS diagnósticos do CID-10 para serem informados junto aos Motivos da Consulta para que as demandas trazidas pelos pacientes sejam detalhadas (WONCA, 2009). Apesar do intuito dessa ferramenta seja evitar excesso de rotulação de diagnósticos, as possibilidades de transtornos disponíveis para se classificar no sistema ainda são muitas, e quando se trata de monitoramento e avaliação, essa multiplicidade pode resultar em viés.

É possível observar esse aspecto no Gráfico 5, pois são diversos os diagnósticos referentes à ansiedade e depressão, o que pode causar dúvidas nos profissionais que estão realizando os atendimentos e a inserção desses dados ao sistema, uma vez que a maioria dos profissionais assistenciais da APS não são formados em Psicologia ou Psiquiatria (BRASIL, 2013). Dessa forma, é importante realizar matriciamento e capacitações contínuas em saúde mental aos profissionais assistenciais da APS. Nem sempre o matriciamento ofertado na APS para capacitar estes profissionais a lidarem com os diagnósticos em saúde mental é suficiente, pois esta é uma dimensão da saúde pública que costuma ser negligenciada, especialmente no Distrito Federal (ÁLVARES, 2012).

Não é apenas a Região de Saúde Oeste que possui uma parcela significativa de sua população em situação de vulnerabilidade e, portanto, exposta aos efeitos negativos da pandemia. Ainda assim, a cobertura e investimentos em saúde mental no DF e no Brasil ainda não são suficientes para suprir as demandas da população, chegando a ser escassa em alguns aspectos (ÁLVARES, 2012; TRAPÉ & CAMPOS, 2017). Contudo, para que exista cobertura e financiamento suficiente é indispensável que existam avaliações que apontam o custo-efetividade dos serviços existentes, por meio de monitoramento e avaliação dos mesmos e criação de indicadores de qualidade em saúde mental, o que ainda não foi completamente incorporado nos processos de gestão atuais (TRAPÉ & CAMPOS, 2017).



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na tentativa de se estudar, compreender e realizar o processo de monitoramento em saúde mental, em meio a uma pandemia, o presente trabalho pode contribuir para um melhor entendimento das demandas do território estudado. Existem mudanças no processo de gestão em saúde mental que podem ser feitas para que os desafios enfrentados pelo sistema de saúde sejam superados de maneira mais eficiente. Para que isso seja alcançado é preciso destinar maior atenção e financiamento para os processos de monitoramento e avaliação. Monitorar é o primeiro passo para que falhas ou potencialidades no cuidado em saúde sejam identificadas, exploradas e sanadas.

No estudo foi observado que mesmo não dispondo de todos os dados relativos a atendimentos em saúde mental na APS disponíveis ou validados, ainda assim, foi possível realizar uma leitura de mudanças expressivas que aconteceram nos registros durante a pandemia, pois os dados eram trabalhados em tempo real de acontecimento o que permite a visualização das alterações e auxilia na tomada de decisão. A saúde mental ainda é uma área negligenciada da saúde pública no Brasil, e estudos de monitoramento e avaliação contínuos e a longo prazo poderiam contribuir para diminuir o distanciamento entre o real e o ideal, transformando a organização e o cuidado em saúde mental.

O trabalho também chama atenção sobre a contribuição da atenção primária à saúde (APS), aqui considerada em sua concepção completa, no controle da atual pandemia. Para além das máscaras, álcool gel, isolamento social, testagens, vacinas e outras medidas, todas muito importantes, a maneira como se organiza o modelo assistencial deveria fazer parte de todas as recomendações relativas ao enfrentamento da atual situação. Esta já representava um dos grandes problemas sanitários que vários países vivenciaram e vivenciam, inclusive o Brasil.

Por isso, falar de uma APS adequada, deve incluir obrigatoriamente: (a) responsabilização, em termos transversais e longitudinais, incidindo sobre pessoas, famílias e comunidade; (b) processos diferenciados de trabalho, que dizem respeito a equipes multiprofissionais, acompanhamento domiciliar, abordagem epidemiológica, acolhimento e utilização de indicadores de satisfação; (c) intervenções baseadas em evidências clínicas, epidemiológicas, sociais, financeiras; (d) atuação proativa, em termos de identificação e vínculo da clientela, além de coordenação do processos de atenção como um todo; (e) gestão da saúde em termos populacionais.

A partir disso, recomenda-se maior apoio matricial em saúde mental (acolhimento, estudo de caso, Projeto Terapêutico Singular TPS) e qualificações aos profissionais de saúde do segmento de referência da APS. Faz-se necessário também, a continuidade desse apoio matricial com novas ferramentas no manejo de casos emblemáticos no território ou em serviços de acolhimento psicossocial, com interface do Consultório na Rua quando necessário, para o acompanhamento de pacientes com sintomas psiquiátricos.

Também é recomendado maior orientações aos profissionais de saúde e a respeito do uso adequado do Equipamento de Proteção Individual (EPI). Esse apoio às ESF e ao NASF-AB diante do contexto pandêmico pode proporcionar aos profissionais de saúde mais segurança, e esta pode ser multiplicada aos usuários que se encontram em momentos de insegurança, como visto ao longo do estudo. Reconhecer a importância de compartilhar saberes no sentido do uso dos EPIs e de equipamentos que conferem proteção com uso adequado, previne a contaminação e reduz o risco de acidentes no trabalho.

Investigar possível presença de sintomas de estresse e ansiedade dos profissionais da UBS, além de ofertar escuta acolhedora e orientação psicológica para os profissionais da ESF ativos que se encontram na linha de frente no período de pandemia também pode auxiliar na oferta de um serviço com maior qualidade e segurança. Assim como, ampliar a troca de informações, no auxílio diagnóstico e terapêutico, entre psiquiatras da rede (CAPS) e médicos da Atenção Básica, garantindo e fortalecendo a continuidade do cuidado em saúde mental, como medida de promoção e prevenção à saúde.

Por fim, destaca-se que o trabalho realizado apresenta um recorte específico de uma Região de Saúde do DF em momentos sindêmicos ou pandêmicos, e, portanto, não se pretende com isso generalizar os resultados encontrados para todo o Distrito Federal. Espera-se, contudo, que o presente estudo possa contribuir para futuras pesquisas no campo da gestão pública em saúde, especificamente na área de saúde mental.



## REFERÊNCIAS

1. ÁLVARES, J. C. Percepção dos agentes comunitários de saúde sobre as práticas de saúde mental na unidade básica de saúde da família do Paranoá no Distrito Federal. 2012. Dissertação (Mestrado)—Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde.
2. BAVEL, Jay J. Van et al. Using social and behavioural science to support COVID-19 pandemic response. 2020. Disponível em:<Using social and behavioural science to support COVID-19 pandemic response | Nature Human Behaviour>. Acesso em: out, 2020.
3. BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Cadernos de Atenção Básica, n. 34 Saúde Mental. 176p. Brasília. 2013. Disponível em:<cadernos\_atencao\_basica\_34\_saude\_mental.pdf>. Acesso em: dez, 2020.
4. BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Guia para Investigações de Surtos ou Epidemias – Brasília : Ministério da Saúde, 2018. Disponível:<guia-investigacao-surtos-epidemias-web.pdf (saude.gov.br)> Acesso em: fev, 2021.
5. BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Saúde da Família. Carteira de serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS): versão profissionais de saúde e gestores – Brasília. 2020. Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carteira\_servicos\_atencao\_primaria\_saude.pdf> . Acesso em: Dez, 2020.
6. BRASIL. Painel Coronavírus. Coronavírus Brasil, 2021. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em: Fev. de 2021.
7. CRUZ, Marly Marques. REIS, Ana Cristina. Monitoramento & Avaliação como uma das funções gestoras do Sistema Único de Saúde. 2011.
8. DEL PORTO, José Alberto. Conceito e Diagnóstico. Rev. Bras. Psiquiatr. vol.21 s.1 São Paulo. May, 1999. Disponível em:<www.scielo.br/pdf/rbp/v21s1/v21s1a03.pdf>. Acesso em: Jan, 2021.
9. DISTRITO FEDERAL, Governo do Distrito Federal, Companhia de Planejamento do DF. Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios. 2018. Disponível em:<codeplan.df.gov.br/pdad-2018> Acesso em: Jan, 2021.
10. FIGUEIREDO, Maria Silvia Lopes. Transtornos Ansiosos e Transtornos Depressivos – aspectos diagnósticos. Rev. SPAGESP v.1 n.1. Ribeirão Preto, Brasil. 2000. Disponível em:<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S1677-29702000000100013&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em:: fev. 2021.

11. HOLMES, E. A., *et al.* Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science. *Lancet Psychiatry*, v.7, p.547-560, Abr. 2020. doi: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30168-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30168-1).
12. HONORATO, E., *et al.* Waves of Mental Health Demands During the COVID-19 Pandemic. *Research, Society and Development*, v.9, n.8, 2020. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/341413887\\_Waves\\_of\\_Mental\\_Health\\_Demands\\_During\\_the\\_COVID-19\\_Pandemic](https://www.researchgate.net/publication/341413887_Waves_of_Mental_Health_Demands_During_the_COVID-19_Pandemic).
13. MEDINA, Maria Guadalupe ET AL. Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer?. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. v. 36, n. 8 [Acessado 10 Dezembro 2020], e00149720. Disponível em: . ISSN 1678- 4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00149720>.
14. MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2010, vol.15, n.5, pp.2297-2305. ISSN 1678-4561. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005>.
15. OMS, Organização Mundial da Saúde. Constituição da Organização Mundial da Saúde. 1946.
16. ORNELL, F., SCHUCH, J. B., SORDI, A. G, & KESSLER, F. H. Pandemia de medo e COVID-19: impacto na saúde mental e possíveis estratégias. *Revista Debates in Psychiatry*, 2020. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/340442412\\_Pandemia\\_de\\_medo\\_e\\_COVID-19\\_impacto\\_na\\_saude\\_mental\\_e\\_possiveis\\_estrategias](https://www.researchgate.net/publication/340442412_Pandemia_de_medo_e_COVID-19_impacto_na_saude_mental_e_possiveis_estrategias).
17. PAIM, Jairnilson Silva. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. *Ciência & Saúde Coletiva*[online]. 2018, v. 23, n. 6 [Acessado 10 Dezembro 2020], pp. 1723-1728. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018>.
18. POLIGNANO, M. V. História das políticas públicas de saúde no Brasil: uma pequena revisão. In: CURY, G.E. *et al.* *Cadernos do Internato Rural*. Depto de Medicina Preventiva e Social. Faculdade de Medicina de Minas Gerais: BH, Brasil. 2000.
19. RIMAL, R. N. LANPINSKI, M. K. Why health communication is important in public health. *Bull. World Health Organ.* 87, 247–247a. 2009.
20. SANTOS, N. R. SUS 30 anos: o início, a caminhada e o rumo. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.23, n.6, p.1729-1736, 2018. doi: 10.1590/1413-81232018236.06092018.
21. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. A saúde mental em meio à pandemia COVID-19. Brasília, 2020. Disponível em: [http://www.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/03/Mate%CC%81ria-Site\\_Sau%CC%81de-Mental-e-a-Pandemia-COVID-19-para-SESDF.pdf](http://www.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/03/Mate%CC%81ria-Site_Sau%CC%81de-Mental-e-a-Pandemia-COVID-19-para-SESDF.pdf).
22. SHIMIZU, Helena Eri; RAMOS, Maíra Catharina. Avaliação da qualidade da estratégia saúde da família no Distrito Federal. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, v. 72, n. 2, p. 367-374, abr. 2019 . Disponível em . acessos em 03 DEZ. 2020. Epub 18-Abr-2019. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0130>;

23. STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde; 2002. 726 p.
24. TANAKA, Oswaldo Yoshimi. Avaliação da Atenção Básica em Saúde: uma nova proposta. Saúde Soc. São Paulo, v.20, n.4, p.927-934, 2011;
25. THAKUR, V., & JAIN, A. COVID 2019-suicides: A global psychological pandemic. Brain, Behavior and Immunity, v.88, p.952-953, 2020. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7177120/>>.
26. TRAPÉ, Thiago Lavras. Rede de Atenção à Saúde Mental - Estudos comparados Brasil - Catalunha. Campinas, SP: [s.n], 2015.
27. TRAPÉ, T. L., & CAMPOS, R. O. Modelo de atenção à saúde mental do Brasil: análise do financiamento, governança e mecanismos de avaliação. Revista de Saúde Pública, v.51, 23 mar. 2017. doi: <<https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051006059>>.
28. WALDMAN, E. A. Usos da vigilância e da monitorização em saúde pública. Informe Epidemiológico do SUS, v. 7, n. 3, p. 7-26, 1998.
29. WONCA, World Organization of National Colleges, Academies, and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians. Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP 2). Consultoria, supervisão e revisão técnica da edição, Gustavo Diniz Ferreira Gusso. – 2. ed. – Florianópolis : Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 2009. Disponível em: <[Manual\\_CIAP.pdf \(campinas.sp.gov.br\)](#)> Acesso em: jan, 2021.
30. YAO, H., CHEN, J. & XU, Y. Patients with mental health disorders in the COVID-19 epidemic. Lancet Psychiatry, v.7, 2020. doi: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30168-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30168-1).