



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO  
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

GABRIELA DA SILVA DE FREITAS

AVALIAÇÃO, IDENTIFICAÇÃO E UTILIZAÇÃO DAS REDES DE APOIO À SAÚDE  
MENTAL ATRAVÉS DE AÇÕES EM TERRITÓRIO EM UMA UNIDADE DE SAÚDE  
BÁSICA

SÃO PAULO  
2020

GABRIELA DA SILVA DE FREITAS

AVALIAÇÃO, IDENTIFICAÇÃO E UTILIZAÇÃO DAS REDES DE APOIO À SAÚDE  
MENTAL ATRAVÉS DE AÇÕES EM TERRITÓRIO EM UMA UNIDADE DE SAÚDE  
BÁSICA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado  
ao Curso de Especialização em Saúde da  
Família da Universidade Federal de São Paulo  
para obtenção do título de Especialista em  
Saúde da Família

Orientação: ALINE FIORI DOS SANTOS FELTRIN

SÃO PAULO  
2020

**Resumo**

Iracemápolis é uma cidade de pequeno porte, localizada no interior de São Paulo, com população estimada em 23.264 pessoas, sendo 50,2% homens e 49,8% mulheres. Vivem em área urbana 97,9% da população, e na área rural: 2,1% da população. Iracemápolis é rodeada por Rio Claro, Limeira e Piracicaba – centros maiores e que servem de referência para a área da saúde. A cidade conta com três UBS, um pronto socorro, um centro de especialidades, serviço de fisioterapia e acupuntura e um CAPS. Há dois principais planos de saúde, porém suas sedes são em Limeira e com isso é comum muitos munícipes terem plano particular de saúde, mas utilizarem o SUS pela facilidade de acesso. Este projeto objetiva o desenvolvimento de ações em território durante o período de um ano para compreensão do quadro atual da saúde mental na região atendida por uma unidade de saúde na cidade de Iracemápolis, SP, visando reconhecimento do número de clientes que utilizam drogas psicotrópicas, controle no fornecimento de receitas, redução do tempo de espera para atendimento psicológico, reconhecimento da rede de apoio à saúde mental e o uso pleno de seus recursos.

**Palavra-chave**

Psicotrópicos. Perfil Epidemiológico. Doença Mental. Controle de Medicamentos e Entorpecentes. Antidepressivos. Ansiolíticos. Unidade Básica de Saúde. Acesso aos Serviços de Saúde.

## **PROBLEMA/SITUAÇÃO**

Iracemápolis é uma cidade de pequeno porte, localizada no interior de São Paulo, com população estimada em 23.264 pessoas, sendo 50,2% homens e 49,8% mulheres. Vivem em área urbana 97,9% da população, e na área rural: 2,1% da população. Iracemápolis é rodeada por Rio Claro, Limeira e Piracicaba – centros maiores e que servem de referência para a área da saúde. A cidade conta com três UBS, um pronto socorro, um centro de especialidades, serviço de fisioterapia e acupuntura e um CAPS. Há dois principais planos de saúde, porém suas sedes são em Limeira e com isso é comum muitos municípios terem plano particular de saúde, mas utilizarem o SUS pela facilidade de acesso.

Há na cidade uma Usina de cana-de-açúcar – Usina Iracema – que contrata boa parte da população da cidade, principalmente a masculina. Outra principal fonte de emprego é uma montadora de carros – Mercedes. Outro setor empregatício é o setor de serviços, principalmente nos supermercados. A cidade conta com um campo de futebol, praça pública e clube privado. Há um encontro da terceira idade feito em um centro de lazer, porém a frequência acaba sendo restringida às pessoas próximas ao local. Não há áreas de turismo e as opções de lazer são muito limitadas.

Atuo na UBS Angelina Platinetti Massari (APM), a unidade está na área leste da cidade, próxima a um supermercado, a delegacia, creche, escola de ensino fundamental I e ao campo de futebol. Ao seu redor não existem espaços seguros destinados ao exercício físico gratuito. A população que frequenta a UBS é predominantemente feminina, com forte presença de idosos. As principais comorbidades são HAS, DM-2, e distúrbios emocionais – ansiedade e depressão. Devido à sobrecarga do CAPS, alguns clientes psiquiátricos são atendidos e acompanhados na UBS, inclusive clientes com histórico de dependência química.

A situação atual das doenças psico-emocionais é problemática. Considerando a área atendida por minha unidade, o número de usuários que fazem uso de medicamentos controlados aumenta progressiva e descontroladamente. Embora o uso dessas substâncias seja maior na população idosa, há um número crescente e preocupante de adolescentes e adultos jovens, principalmente mulheres, fazendo uso de ansiolíticos e benzodiazepínicos. Em alguns casos, a instituição de tais medicações é precoce, muitas insônias leves, com duração de menos de uma semana, são tratadas exclusivamente com a introdução de benzodiazepínicos, da mesma forma, ansiedades leves e moderadas do dia a dia, conflitos familiares normais, ou desafios no emprego são a justificativa do cliente quando indagada a razão do início do uso de ansiolíticos. Nem sempre há no prontuário relato de terapia com psicólogo ou a introdução de atividade física antes da medicação. A provável razão para isso é a enorme fila de espera para frequentar o psicólogo – a espera pode chegar a um ano dependendo do caso, e a ausência de um ambiente seguro para realizar atividades físicas.

Ao realizar-se avaliação da área com foco em saúde mental, destacaram-se os seguintes problemas:

-Desconhecimento de quantos usuários utilizam medicação controlada

-Descontrole no fornecimento de receitas controladas

-Prolongado tempo de espera para consulta com psicólogo

-Ausência de espaço seguro para atividade física regular

-Não utilização de todos os serviços que auxiliam na saúde mental por desconhecimento médico e dos usuários

Tais problemas dificultam o manejo de tais pacientes, a falta de conhecimento da situação como um todo e de todos os instrumentos que podem ajudar em seu manejo muitas vezes limita, atrasa e até mesmo impede o atendimento e a formulação de uma proposta terapêutica adequada ao paciente. Não acredito na medicalização da dor (física ou mental) como única forma de tratamento e através desta lista de problemas é possível reconhecer e propor ações para melhorar a saúde do território pertencente à UBS APM.

## **ESTUDO DA LITERATURA**

A perspectiva dos objetivos e meios para abordar a saúde mental no Brasil passou por uma forte mudança na década de 1980. Antes deste tempo, acreditava-se que a saúde mental deveria ser o ramo da saúde que afastava o indivíduo da sociedade, para tratá-lo em particular, e só depois devolve-lo ao coletivo, teoria que deu origem aos manicômios e asilos como proposta terapêutica (AMARANTE,1995).

Também se entendia que o tratamento destes clientes deveria ser a base da medicalização muitas vezes exagerada, ou terapias radicais que poderiam causar mais dano do que benefício. Tais propostas terapêuticas eram aplicadas em local segregado, reforçando a ideia de que o doente mental não fazia parte da sociedade (BERNARDO,2011).

A partir de 1980 ocorre uma mudança no caráter segregacional da política de saúde mental, dá-se início a luta antimanicomial e a reintegração ao coletivo torna-se um dos objetivos a serem alcançados pela saúde mental (BRASIL, 1991, 1992). No ano de 2001, a partir da Lei Federal nº 10.216 (BRASIL, 2001a), também conhecida como Lei Paulo Delgado, há o fortalecimento desta volta ao coletivo (ao invés de segregação do coletivo) por meio da implantação e investimentos em novos serviços terapêuticos.

É interessante notar que as reformas de saúde mental ocorrem semelhantemente às reformas do modelo sanitário brasileiro. Com a discussão de novos modelos de saúde e a criação e implementação do SUS (Sistema Único de Saúde) – modelo que está firmemente alicerçado em três pilares: universalidade, integralidade e equidade, a discussão de saúde mental ganha um novo foco, pois esta deve ser agregada ao SUS e seus três pilares (CORDEIRO,2001). Considerando a equidade, o caráter segregacional e excludente do asilo não tem mais pertinência no novo sistema de saúde e também não acompanha as reformas de saúde mental propostas. Torna-se necessário então a criação de novos métodos terapêuticos para que a desinstitucionalização possa ocorrer (MELLO,1990).

A criação do SUS e seus princípios fundadores afetou diretamente a reforma em saúde mental brasileira. Da mesma forma que o SUS foi inspirado em modelos de saúde inglês e norte americano, mas se expandiu além deles, principalmente quanto à sua universalidade, o modelo de reforma de saúde mental brasileiro influenciado no modelo italiano se expandiu para que pudesse ser inserido dentro do Sistema Único de Saúde (FAVARET,2009).

É o começo da ideia de rede de saúde mental inserida no SUS, e com o passar do tempo outros serviços vão se integrando a esta rede, tais como: Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF AB), Unidade básica de saúde, Consultório na Rua, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Atenção Residencial de Caráter Transitório (Unidade de Acolhimento), Estratégia de Desinstitucionalização (Serviço Residencial Terapêutico / De volta pra casa), Atenção de Urgência e Emergência, Estratégias de Reabilitação Psicossocial e Assistência Social (Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda/ Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais) (COSTA,2015), centros de convivência, clubes de lazer, entre outros (LAPPANN BOTTI,2008).

O uso adequado desta rede de serviços de saúde mental só se torna possível com o reconhecimento de quais serviços estão nela disponíveis. Neste sentido, a Unidade de Atenção Primária de Saúde, na forma de Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de

Saúde da Família (USF) se tornam os centros coordenadores desta rede. Cabe a atenção primária reconhecer quais serviços podem ser oferecidos; articular a interação cliente/serviço; comunicar-se com os serviços especializados de saúde mental; encaminhar, quando pertinente, casos mais graves aos serviços especializados; ser resolutiva e acompanhar casos pertinentes à sua capacidade de cuidado (LAPPANN BOTTI,2008).

Esta última competência leva em conta que a atenção primária como porta de acesso ao cuidado, se responsabiliza pelo acompanhamento e tratamento da maior parte dos clientes com transtornos mentais (LINDEN,1999). Um estudo revelou que mais de 50% das receitas controladas são fornecidas por clínicos gerais, e apenas 13% são fornecidas por psiquiatras, o mesmo estudo também apresenta que 10% da população brasileira faz uso de benzodiazepínico, e na maioria das vezes o responsável pela prescrição é o clínico geral. O estudo também aponta que a principal droga utilizada é a fluoxetina (ANDRADE,2004). A escolha de tal medicamento pode estar relacionada ao fato de que o mesmo é uma das drogas disponíveis gratuitamente pelo SUS. De fato, a política que libera gratuitamente drogas psicotrópicas foi uma conquista para a reforma e a universalidade do cuidado em saúde mental (BERLINCK,2008).

A expansão da rede de saúde mental ainda está em processamento e fortalecimento. Muitas vezes a atenção à saúde mental ainda se segrega ao CAPS, tornando papel da unidade básica de saúde apenas encaminhar o cliente, independente da gravidade de seu quadro. Porém, a concepção de trabalho em rede entre a saúde mental e a atenção básica não é segregacional, e sim convergente. Isso implica que os casos competentes à atenção básica deverão ser tratados na mesma com o apoio do CAPS, quando necessário e o tratamento no CAPS deve ser apoiado pela rede de atenção básica (BERNARDO,2011).

No cenário atual, descartar a rede de atenção básica da rede de atenção à saúde mental não tem viabilidade. Porém, para que a rede de atenção básica possa atuar efetivamente, é necessário que a mesma reconheça e identifique os clientes que necessitam de apoio à sua saúde mental, caso contrário a construção de um projeto terapêutico singular será precária e deficiente, pois só tratamos aquilo que conhecemos (RIBEIRO,2011).

## **AÇÕES**

Com base na lista de problemas elaborada e nas recomendações encontradas na literatura a cerca da saúde mental, sugere-se as seguintes ações:

-Identificação dos clientes que fazem uso de medicação controlada e que pertencem ao território da UBS APM e fazem uso do SUS.

Este objetivo será conquistado através da análise do livro de dispensa de receitas da unidade. Tal documento tem a função de registrar as receitas fornecidas a população. Neste documento identifica-se nome, cadastro na UBS APM, medicação, data de realização da receita e data de retirada da receita. A análise foi feita com receitas realizadas no período de um ano, entre 04/12/2018 à 04/12/2019.

-Controle no fornecimento de receitas controladas

Foi negociado junto à farmácia da Unidade e corpo clínico, e informado aos pacientes através de cartaz informativo, que as receitas controladas serão dispensadas a cada dois meses, sendo especificada na receita a quantidade de medicação necessária para este período. Por exemplo, se um cliente faz uso de medicação controlada fluoxetina 20 mg, um comprimido a cada 12 horas, em sua receita estarão prescritos 120 comprimidos, quantidade suficiente para o período de dois meses.

No período de dois meses, a renovação da receita só ocorrerá com dez dias(ou menos) para acabar a medicação prescrita. É recomendado que a renovação seja solicitada com sete dias de antecedência em relação ao fim da medicação, e é contraindicado que a renovação seja solicitada no dia em que a medicação termina, devido ao risco do paciente ficar sem medicamento. Nos casos em que a medicação não é fornecida pelo SUS, o paciente, quando solicitado, recebe duas receitas datadas, cada uma com a quantidade de medicação equivalente 30 dias. Tal negociação foi firmada a partir de fevereiro de 2019.

-Redução do tempo de espera com consulta com psicóloga através da criação de grupos terapêuticos

Após constatar com os profissionais de psicologia que o tempo de espera para terapia superava um ano, nos reunimos e propomos grupos terapêuticos para reduzir o tempo de espera. O grupo é dividido em gênero, faixa etária e possível diagnóstico; a oferta do grupo é feita durante a consulta clínica, respeitando a autonomia e escolha do paciente quanto a terapia em grupo ou individual.

-Ausência de espaço seguro para atividade física regular

Considerando todos os dados literários que apontam as vantagens da atividade física para a saúde mental, procurar um local público seguro para realização de caminhadas e atividade física próximo à UBS APM que possa atender a população, principalmente os idosos.

-Identificação de todos os sistemas e centros públicos, dentro e fora da secretaria de saúde,



que possam dar suporte à terapia psico-emocional e contribuir para a construção de um projeto terapêutico singular eficaz.

Coletar informações com equipe de saúde mental, secretaria de saúde e assistente social. Com posse destas informações, repassar as descobertas aos clientes da UBS APM e assim poder construir um projeto terapêutico singular para estes clientes.

## **RESULTADOS ESPERADOS**

No período selecionado de um ano para este estudo, as ações foram tomadas gradativamente, gerando os seguintes resultados:

-Identificação dos clientes que fazem uso de medicação controlada e que pertencem ao território da UBS APM e fazem uso do SUS.

Após análise do livro de dispensa de receitas, foram identificados 298 pacientes que fazem uso de medicações controladas para tratamento de comorbidades psicoemocionais. Cento e noventa e quatro pacientes fazem uso de somente uma medicação controlada, 79 fazem uso de duas medicações controladas, 20 fazem uso de três medicações controladas, quatro fazem uso de quatro medicações controladas e um paciente faz uso de cinco medicações controladas.

Na tabela abaixo está a relação de drogas e número de clientes que a utilizam.

### **RELAÇÃO DE DROGAS E NÚMERO DE CLIENTES**

#### **BENZODIAZEPÍNICOS**

Clonazepam	117 clientes
Diazepam	38 clientes
Alprazolam	13 clientes
Nitrazepam	10 clientes
Bromazepam	9 clientes
Lorazepam	5 clientes
Clofazolam	4 clientes
Clobazam	1 cliente
Flunitrazepam	1 cliente
Flurazepam	1 cliente

#### **ANSIOLÍTICOS E ANTIDEPRESSIVOS**

Fluoxetina	53 clientes
Sertralina	47 clientes
Amitriptilina	28 clientes
Carbamazepina	14 clientes
Escitalopram	12 clientes
Nortriptilina	9 clientes
Venlafaxina	8 clientes
Levomepromazina	6 clientes
Paroxetina	6 clientes
Clorpromazina	5 clientes
Citalopram	4 clientes
Gabapentina	4 clientes
Quetiapina	4 clientes

Risperidona	4 clientes
Clomipramina	3 clientes
Duloxetina	3 clientes
Codeína	2 clientes
Donepezila	2 clientes
Tioridazina	2 clientes
Zolidem	2 clientes
Bupropiona	1 cliente
Imipramina	1 cliente
Lítio	1 cliente
Lamotrigina	1 cliente
Olanzapina	1 cliente
Topiramato	1 cliente

Fonte: Elaborado pelos autores

A principal combinação encontrada foi clonazepam e fluoxetina. Tais drogas são disponibilizadas gratuitamente pela farmácia da UBS, fato que explica sua prevalência em detrimento de outras medicações. No começo deste estudo, a Unidade tinha como dado oficial que apenas 77 pacientes faziam uso de medicação para transtornos psicoemocionais.

-Controle no fornecimento de receitas controladas

Inicialmente tal ação gerou conflito, pois os munícipes estavam acostumados a retirar a receita de uso controlado quando desejassem. Entretanto, com diálogo aberto entre corpo clínico e clientes, gradativamente este acordo foi firmado e ao fim do período de um ano já faz parte da rotina da UBS. Esta ação ajudou a trabalhar o controle do consumo da medicação, o retorno do paciente para acompanhamento e a fabricação de receitas em tempo oportuno, ao invés de emergencial.

Todo paciente que solicitava a receita antes do prazo, alegando que sua medicação havia acabado, era agendado para uma consulta o mais breve possível. Na consulta era discutida a medicação, o motivo de seu uso, o perigo de sobredosagem e técnicas alternativas não medicamentosas, para lidar com o quadro emocional ou mental enfrentado.

Também foi reforçado que no mínimo a cada seis meses o cliente deveria retornar para uma consulta de rotina, caso contrário sua receita não seria fornecida. Esta ação contou com o apoio da equipe de recepção responsável por receber os pedidos de receita. Embora alguns clientes não vejam a necessidade de comparecer a uma consulta de acompanhamento, o mesmo permite melhor conhecimento do paciente, sua história familiar, suas dores e sua forma de enfrenta-las. Há o relato de um paciente que precisou de quatro consultas até se sentir confortável o bastante para compartilhar seus pensamentos de auto-dano, inicialmente o mesmo não queria vir as consultas, porém agora está acompanhando não só com a equipe da UBS, como participando de terapia psicológica na unidade após alta encaminhada do CAPS.

Por fim, no começo do período estudado a rotina de solicitação de receitas era quase

emergencial, o cliente solicitava a receita no dia em que sua medicação acabava, gerando conflito entre cliente e corpo clínico, pois nem sempre há tempo de fazer todas as receitas solicitadas no dia. Esta rotina foi a mais difícil de quebrar, e ainda ao final do período estudado alguns pacientes exigem receitas feitas no mesmo dia, porém este é um número reduzido quando comprado ao início.

Foi colocado na sala de espera e na porta do consultório médico um cartaz com o seguinte recado: "Senhoras e senhores, informamos que as receitas controladas são feitas para um período de DOIS meses. Uma nova receita só será fornecida DEZ dias antes de acabar os dois meses. Lembrem de pedir sua receita com antecedência. Tenha um bom dia. Atenciosamente, Dra Gabriela Freitas"

As mesmas recomendações foram dadas oralmente por toda equipe (recepção, agentes de saúde, farmácia, enfermagem, médicos) para alcançar todos os clientes, e não apenas os alfabetizados.

#### -Criação de grupos terapêuticos

Na UBS APM há duas psicólogas que realizam atendimento semanal durante quatro horas cada uma, cada atendimento dura cerca de 40 minutos, resultando em 12 momentos de atendimento por dia. No começo do período estudado, havia um grupo infanto-juvenil e um grupo infantil, ao todo cerca de 18 pacientes eram atendidos por semana. Com a criação de grupos terapêuticos, este número se elevou para cerca de 30 pacientes atendidos semanalmente.

Além de reduzir a fila de espera, o grupo ampliou as possibilidades do projeto terapêutico singular ao contribuir com a redução do sentimento de solidão que muitas vezes era apresentado nas consultas. Ao fim do período estudado, a fila de espera para consulta com psicólogo foi de um ano para quatro meses - ainda não o ideal, mas uma melhoria.

As consultas individuais permanecem, e a escolha do grupo e da consulta individual é feita pelo cliente e orientada pelo psicólogo.

#### -Espaço seguro para atividade física regular

No período de um ano não foi possível identificar um local seguro para a realização de atividade física. Um pedido foi feito para a secretaria de saúde no começo deste período, assim como um pedido para um preparador físico eu orientasse as atividades físicas, mas até o momento esta ação não foi possível. Também terminou-se este período com o fechamento da única academia da região que, embora não acessível a todos por não ser gratuita, era um apoio ao tratamento não medicamentoso.

#### -Identificação de todos os sistemas e centros públicos que possam dar suporte à terapia psico-emocional

Ao fim de um ano foi identificado os seguintes centros de apoio na cidade de Iracemápolis:

#### CAPS

Este centro fornece auxílio aos casos mentais graves, aos casos de abuso de substâncias

químicas nocivas à saúde e quadros agudos de auto-dano e tentativa de suicídio. Muito utilizado e conhecido para rede, tem sido um forte e valioso apoio ao tratamento das doenças mentais.

#### CRAS

Realiza atividades de atendimento social. O CRAS de Iracemápolis promove atividades como artesanato, pintura, além de contar com uma psicóloga em sua equipe. Suas atividades auxiliam na integração do cliente com doença mental com a sociedade geral, seu apoio não era utilizado amplamente por desconhecimento de suas funções e projetos, porém esta realidade está mudando e cada vez mais o CRAS surge como um importante apoio à UBS.

#### CENTRO DE FISIOTERAPIA E ACUPUNTURA

Este centro, muito utilizado na prática clínica ortopédica, ganhou novo caráter de apoio no período de um ano. Ao identificar que alguns pacientes usavam benzodiazepínicos e ansiolíticos devido a dores crônicas que deprimiam seu humor, a oferta de fisioterapia e acupuntura resultou não na exclusão de tais medicamentos, mas sim numa melhora evidente da qualidade de vida dos clientes. Ambos os serviços são oferecidos gratuitamente e fazem parte da rede de saúde da cidade.

#### GRUPO DA TERCEIRA IDADE

Em trabalho de monografia, Barreto defendeu os benefícios dos Grupos da Terceira Idade e a diferença entre envelhecimento cronológico e psicológico. Ao trazer a teoria para a realidade, é possível observar que os idosos que fazem parte do grupo da cidade são mais felizes, enfrentam as dificuldades da vida com mais resiliência e utilizam menos medicamentos controlados. Embora esteja mais distante da região da UBS, a oferta do grupo foi feita continuamente no período de um ano e já faz parte do rol de opções para o projeto terapêutico singular do cliente com mais de 60 anos.

#### ESCOLA DE FUTEBOL

A cidade de Iracemápolis conta com uma escola de futebol para meninos e meninas. Embora haja taxa para inscrição e mensalidade, não sendo, portanto gratuito, é uma opção para clientes infante-juvenis que incentiva a prática de atividade física e fornece um grupo de apoio para esta faixa etária.

#### HORTA COMUNITÁRIA

É outra opção para integração social. A horta fornece uma função/trabalho ao cliente, que ainda pode gozar dos frutos literais de seu serviço. A horta comunitária é valiosa pois nem todos os pacientes gostam de atividades físicas ou se sentem confortáveis em grupos como a terceira idade ou grupos de artesanato. Ao sair de suas casas para cuidar do solo, a segregação que este paciente enfrenta – mesmo que auto-imposta, como vista nos casos depressivos – diminui, tornando mais próximo o objetivo da saúde mental – não segregar, mas sim aproximar.

#### EDUCAÇÃO DE JOVENS E ADULTOS (EJA)

Embora já conhecida há anos, a EJA como oferta terapêutica é um item valioso no processo de formação do projeto terapêutico singular. No período estudado, três clientes iniciaram seus estudos na EJA, sendo que um deles era considerado analfabeto funcional. Ao fim do período, a aquisição de novas habilidades intelectuais influenciou positivamente o estado emocional e mental destes clientes.

Ao término do período proposto neste estudo, pode-se concluir que a saúde mental é um tema dinâmico, que se aperfeiçoa e se remodela constantemente. A abordagem deste tema tem que ir além das quatro paredes de um consultório, não pode ser apenas um problema médico, pois sua resolução vai além da capacidade médica.

A abordagem de tal assunto também deve ser contínua, uma vez identificado os usuários, a proposta para o próximo período de um ano é oferecer os serviços acima reconhecidos e incentivar o desmame medicamentoso após oferecer novas estratégias para o usuário lidar com seu adoecimento psico-emocional. Além disso, intensificar o acompanhamento destes usuários agendando-os regularmente e, se possível, a criação de um grupo terapêutico que discuta e apresente técnicas seguras para o desmame. Por fim, para o próximo ano e para enriquecimento do projeto terapêutico singular, identificar e solicitar junto à secretaria de saúde do município uma área segura para atividade física dos usuários da unidade.

Se o objetivo é fornecer o melhor tratamento possível ao cliente dentro da rede de atenção primária, construindo um projeto terapêutico singular eficaz, é preciso conhecer a realidade em que a UBS está inserida, identificar suas fraquezas e pontos forte e todos os recursos que podem ser adicionados ao tratamento. Na construção do projeto terapêutico singular, é possível apresentar outras formas de terapia, além da medicamentosa, após reconhecer as opções fornecidas pelo município, fornecendo maiores opções para a construção do projeto terapêutico singular.

E se a saúde mental deixou de ser segregacional, a UBS também deve deixar de ser, pois quanto mais expandimos a rede de cuidado, mais clientes são alcançados. A unidade de saúde pode ser básica, mas o impacto que causa em sua população tem que ser transformador.

## REFERÊNCIAS

- AMARANTE P. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. *Cad Saude Publica* 1995; 11(3):491-494
- ANDRADE MF, Andrade RCG, Santos V. Prescrição de psicotrópicos: avaliação das informações contidas em receitas e notificações. *Rev. Bras. Cienc. Farm.* 2004; 40(4):471-479
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. In: *Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas*; 2005; Brasília, OPAS
- BERLINCK MT, Magtaz AC, Teixeira M. A reforma psiquiátrica brasileira: perspectivas e problemas. *Rev. latinoam. psicopatol. fundam.* 2008; 11(1):21-27
- BERNARDO, Marcia Hespanhol; GARBIN, Andréia De Conto. A atenção à saúde mental relacionada ao trabalho no SUS: desafios e possibilidades. *Rev. bras. saúde ocup.*, São Paulo , v. 36, n. 123, p. 103-117, June 2011
- CORDEIRO H. Descentralização, universalidade e equidade nas reformas de saúde. *Cien Saude Colet* 2001; 6(2):319-328
- COSTA PHA, Colugnati FAB, Ronzani TM. Avaliação de serviços em saúde mental no Brasil: revisão sistemática da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(10):3243-3253, 2015
- FAVARET Filho P, Oliveira PJ. A Universalização excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. *Planejamento e Políticas Públicas* 1990; 3:139-162
- LAPPANN BOTTI, Nadja Cristiane; Vieira Andrade, Wesley. A saúde mental na atenção básica - articulação entre os princípios do sus e da reforma psiquiátrica. *Cogitare Enfermagem*, Paraná, vol. 13, n. 3, p. 387-394, julho-setembro, 2008
- LINDEN M, Lecrubier Y, Bellantuono C, Benkert O, Kisely S, Simon G. The prescribing of psychotropic drugs by primary care physicians: an international collaborative study. *J Clin Psychopharmacol* 1999; 19(2):132-140
- MELLO MF, Kohn R, Mari JJ, Andrade LH, Almeida-Filho N, Blay SL, Viana MC, Mello AF. La epidemiologia de las enfermedades mentales en Brasil. In: Rodríguez JJ, Kohn R, Aguilar-Gaxiola S, organizadores. *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina*. Washington DC: Organización Panamericana de Saúde; 2009
- RIBEIRO, José Mendes; INGLEZ-DIAS, Aline. Políticas e inovação em atenção à saúde mental: limites ao descolamento do desempenho do SUS. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro , v. 16, n. 12, p. 4623-4634, Dec. 2011