

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

YANET TAMAYO PATTERSON

SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: COMO CUIDAR?

POLO UBERLÂNDIA – MG
2016

YANET TAMAYO PATTERSON

SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: COMO CUIDAR?

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

Orientadora: Prof^a. Ms^a. Márcia Araújo Barreto.

POLO UBERLÂNDIA – MG

2016

YANET TAMAYO PATTERSON

SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: COMO CUIDAR?

Banca examinadora:

Examinador 1: Prof^a. Ms^a. Márcia Araújo Barreto – Orientadora – Universidade Federal de Uberlândia-UFU.

Examinador 2: Prof^a. Dr^a. Regina Maura Rezende – Avaliadora – Universidade Federal do Triângulo Mineiro-UFTM.

Aprovado em Belo Horizonte, em 26 de Outubro de 2016.

DEDICATÓRIA

À minha família que está em Cuba pelo amor e companheirismo.

A minha equipe de trabalho UBS/UBSF Guarani

E a amiga brasileira incondicional Rosemary, Enfermeira por seu apoio e dedicação para comigo.

AGRADECIMENTOS

À minha família que está em Cuba pelo amor e companheirismo.

A minha equipe de trabalho UBS/UBSF Guarani

E a amiga brasileira incondicional Rosemary, Enfermeira por seu apoio e dedicação para comigo.

Desconfiai do mais trivial, na aparência singelo.
E examinai, sobretudo, o que parece habitual.
Suplicamos expressamente: não aceiteis o que é de hábito
como coisa natural, pois em tempo de desordem
sangrenta, de confusão organizada, de arbitrariedade
consciente, de humanidade desumanizada, nada deve
parecer natural nada deve parecer impossível de mudar.

(*Bertolt Brecht*, Nada é impossível de mudar)

RESUMO

Os Transtornos Mentais (TM) são uma das causas mais frequentes de procura das Unidades Básicas de Saúde e pela proximidade com famílias e comunidades, a Atenção Básica é ponto estratégico para o enfrentamento destes problemas. Este trabalho trata-se da elaboração de um Projeto de Intervenção (PI) com o objetivo de qualificar o cuidado em saúde mental fortalecendo a atenção básica como porta de entrada destas demandas em uma unidade de saúde da família no município de Uberlândia/MG. O método utilizado foi o Planejamento Estratégico Situacional (PES) iniciando-se pelo Diagnóstico Situacional, identificando-se os problemas seguidos da Revisão de Literatura, que permitiu descrever e explicar a gênese do problema, terminando com a Elaboração do PI. Foram propostas as operações: “Conhecer Melhor”, “Sem Estresse”, “Todos Juntos”, “Cuidar Melhor”. Com a implantação deste projeto espera-se melhorar a qualidade do cuidado dos pacientes com TM, onde o profissional capacitado seja capaz de ouvir o paciente de uma forma receptiva, atenciosa e solidária, e de desenvolver a corresponsabilização de usuários e profissionais da saúde na gestão do cuidado, promovendo uma maior efetividade e eficiência na resposta a essa demanda. Merece destaque a proposição da meditação (Atenção Plena) como potente ferramenta para redução e controle do estresse, trazendo benefícios tanto para os profissionais quanto para os usuários, capacitando-os para a autonomia da sua prática. Concluímos que para o êxito deste projeto, é necessário o constante apoio dos gestores de saúde no sentido de fortalecer a rede de assistência e qualificar o processo de trabalho. É imprescindível também que a equipe de saúde tenha empenho e motivação para atuar frente aos pacientes com transtornos mentais, e que possa ter assegurado a sua formação e atualização em Saúde Mental.

Palavras Chave: Atenção Primária à Saúde, Saúde Mental, Assistência Integral à Saúde

ABSTRACT

Mental Disorders (TM) is one of the most common reasons for seeking the Basic Health Units and the proximity to families and communities, the Primary Care is a strategic point for addressing these problems. This work it is the preparation of an Intervention Project (IP) in order to qualify the mental health care by strengthening primary care as the gateway of these demands in a family health unit in the city of Uberlandia/MG. The method used was the Situational Strategic Planning (PES) starting by Situational Diagnosis, identifying the problems followed the Literature Review, which allowed us to describe and explain the genesis of the problem, ending with the preparation of the IP. Operations were proposed: "Know Better", "No Stress", "All Together", "Best Care". With the implementation of this project is expected to improve the quality of care of patients with TM, where the trained professional will be able to listen to the patient a receptively, caring and solidarity, and to develop co-responsibility of users and health professionals in the management care, promoting greater effectiveness and efficiency in response to this demand. Noteworthy is the proposition of meditation (mindfulness) as a powerful tool to reduce and control stress, bringing benefits both for professionals and for users, enabling them to empower their practice. We conclude that for the success of this project, the constant support of health managers to strengthen the support network and qualify the work process is needed. It is also essential that the health team has commitment and motivation to act against patients with mental disorders, and that may have assured their training and update on Mental Health.

Keywords: Primary Health Care, Mental Health, Comprehensive Health Care

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- AACD - Associação de Assistência a Criança Deficiente
- ACS - Agente Comunitário de Saúde
- AB - Atenção Básica
- AMIHS - Ambulatório de Moléstias Infectocontagiosas Hebert de Souza
- APAE - Associação de Assistência a Criança Deficiente
- APS - Atenção Primária em Saúde
- BIREME - Biblioteca Regional de Medicina
- BVS - Biblioteca Virtual da Saúde
- CAPS - Centro de Atenção Psico Social
- CAD - Centro de Atenção ao Diabético
- CCC - Centro de Convivência e Cultura
- CEMEM - Centro de Medicina Nuclear
- CEREM - Centro de Reabilitação Municipal
- CEREST - Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
- CID-10 - Classificação Internacional de Agravos e Doenças 10ª Revisão
- CMSU - Conselho Municipal de Saúde de Uberlândia
- CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
- CRAS - Centro de Referência de Assistência Social
- CREAS - Centro de Referência Especializada de Assistência Social
- CTCR - Centro de Tratamento Cálculo Renal
- DMAE - Departamento Municipal de Água e Esgoto
- DSM-IV - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fourth Edition
- ESF - Estratégia Saúde da Família
- FUTEL - Fundação Uberlandense do Turismo, Esporte e Lazer
- HC-UFU - Hospital de Clínicas-Universidade Federal de Uberlândia
- HOBC - Hospital de Olhos do Brasil Central
- IB - Intervenções Breves
- IBGE - Instituto de Geografia e Estatística
- IDHM - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
- LILACS - Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
- MBSR - Mindfulness-based Stress Reduction

MS - Ministério da Saúde
MTC - Medicina Tradicional Chinesa
NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS - Organização Mundial da Saúde
ONG - Organização Não Governamental
PES - Planejamento Estratégico Situacional
PICS - Práticas Integrativas e Complementares
PNAB - Política Nacional de Atenção Básica
PNPIC - Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PNPS - Política Nacional de Promoção da Saúde
PNSM - Política Nacional de Saúde Mental
PMU - Prefeitura Municipal de Uberlândia
PTS - Projeto Terapêutico Singular
RAPS - Rede de Atenção Psicossocial
RAS - Redes de Atenção à Saúde
SCIELO - Scientific Electronic Library Online
SISAB - Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
SM - Saúde Mental
SUS - Sistema Único de Saúde
TC - Terapia Comunitária
TIP - Terapia Interpessoal Breve
TMC - Transtorno Mental
TMC - Transtorno Mental Comum
TSP - Terapia de Solução de Problemas
UAI - Unidade de Atendimento Integrado
UBS - Unidade Básica de Saúde
UBSF - Unidade Básica de Saúde da Família
UFMG - Universidade Federal de Minas Gerais
UFU - Universidade Federal de Uberlândia
UPA - Unidade de Pronto Atendimento
UTI - Unidade de Terapia Intensiva

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Mapa de Minas Gerais – Brasil.	15
Figura 2 - Distribuição territorial dos distritos do município de Uberlândia/MG em 2015	17
Figura 3 - Distribuição territorial dos setores sanitários da sede do município de Uberlândia/MG em 2015.	18
Figura 4 - Áreas de abrangência para atendimento em Atenção Básica no Setor Oeste de Uberlândia/MG em 2015.	24

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1 -Desenho das operações para os “nós críticos” do problema: “Alta prevalência de Transtornos Mentais” na população adstrita da Unidade Básica de Saúde da Família Guarani - Uberlândia/MG - 2015.68
- Quadro 2 -Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nós críticos” do problema: “Alta prevalência de Transtornos Mentais” na população adstrita da Unidade Básica de Saúde da Família Guarani - Uberlândia/MG - 2015. 71
- Quadro 3 -Propostas de ações para motivação dos atores e viabilização das operações para os “recursos críticos” do problema: “Alta prevalência de Transtornos Mentais” na população adstrita da Unidade Básica de Saúde da Família Guarani - Uberlândia/MG - 2015. 72
- Quadro 4 -Plano operativo para o enfrentamento do problema: “Alta prevalência de Transtornos Mentais” na população adstrita da Unidade Básica de Saúde da Família Guarani - Uberlândia/MG - 2015. 73
- Quadro 5 -Gestão do plano das ações para o enfrentamento do problema: “Alta prevalência de Transtornos Mentais” na população adstrita da Unidade Básica de Saúde da Família Guarani - Uberlândia/MG - 2015.75

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -Distribuição da População da área de abrangência da UBSF Guarani segundo o sexo e faixa etária - Uberlândia/MG – 2015.	25
Tabela 2 -Distribuição das famílias da área de abrangência da UBSF Guarani segundo o Abastecimento de Água, Saneamento e Destino do Lixo - Uberlândia/MG -2015.	26
Tabela 3 -Alguns indicadores de cobertura referente a área de atuação da UBSF Guarani - Uberlândia/MG - 2015.	30
Tabela 4 -Morbidade referida pela população da área de abrangência da UBSF Guarani - Uberlândia/MG - 2015.	30
Tabela 5 -Mortalidade da população da área de abrangência da UBSF Guarani - Uberlândia/MG - 2015.	31

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	15
1.1. Identificação e histórico do município	15
1.2. Descrição do município	17
1.2.1. <i>Aspectos Geográficos</i>	17
1.2.2. <i>Aspectos Socioeconômicos</i>	18
1.2.3. <i>Aspectos Demográficos</i>	19
1.3. Sistema local de saúde	20
1.4. Unidade Básica de Saúde da Família	24
2. JUSTIFICATIVA	32
3. OBJETIVOS	33
4. METODOLOGIA	34
5. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	36
6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	64
6.1. Identificação dos problemas	64
6.2. Priorização dos problemas	64
6.3. Descrição do problema selecionado	64
6.4. Explicação do problema	65
6.5. Seleção dos “nós críticos”	66
6.6. Desenho das operações	68
6.7. Identificação dos recursos críticos	70
6.8. Análise de viabilidade do plano	71
6.9. Elaboração do plano operativo	73
6.10. Gestão do plano	75
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	77
REFERÊNCIAS	79

1. INTRODUÇÃO

Os transtornos mentais são uma das causas mais frequentes de procura das Unidades Básicas de Saúde e pela proximidade com as famílias e a comunidade, a equipe da atenção básica é ponto estratégico para o enfrentamento destes problemas.

Contudo, nem sempre a atenção básica apresenta condições para dar conta dessa importante tarefa. Muitas vezes, a falta de recursos de pessoal e a falta de capacitação acabam por prejudicar o desenvolvimento de uma ação integral pelas equipes.

Na área de atuação da Unidade Básica de Saúde (UBSF) Guarani no município de Uberlândia/MG é alta a prevalência de problemas de saúde mental e tem gerado na equipe da unidade a necessidade de rever seu processo de atendimento aos pacientes com transtorno mental.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013) as práticas em saúde mental na Atenção Básica podem e devem ser realizadas por todos os profissionais de Saúde e o entendimento do território e a relação de vínculo da equipe de Saúde com os usuários é o que unifica o objetivo dos profissionais para o cuidado em saúde mental.

Portanto, para uma maior aproximação do tema e do entendimento sobre quais intervenções podem contribuir para a melhoria do cuidado em saúde mental, é necessário refletir sobre o que já se realiza cotidianamente e o que o território tem a oferecer como recurso aos profissionais de Saúde para contribuir no manejo dessas questões.

1.1. Identificação e histórico do município

O município de Uberlândia faz parte do Estado de Minas Gerais. Localiza-se no centro do triângulo mineiro (Figura 1) e cerca de 560 km da capital do estado Belo Horizonte. Seus municípios limítrofes são Araguari (37,7 Km), Indianópolis (62,3 Km), Monte Alegre de Minas (70,4 Km), Prata (84,5 Km),



Figura 1. Mapa de Minas Gerais – Brasil.
Fonte: BRASIL (2015b)

Tupaciguara (70,1Km), Uberaba (105 km) e Veríssimo (145 km) (BRASIL, 2015b; UBERLÂNDIA, 2013).

O prefeito eleito para gestão 2013-2016 é Gilmar Machado, tendo como secretário de saúde Dario Rodrigues dos Passos e como Coordenadora da Atenção Básica Elisa Toffoli Rodrigues e Coordenador da Atenção a Saúde Bucal Cassio Alves.

A história da ocupação da região de Uberlândia, no Triângulo Mineiro, também conhecido como Sertão da Farinha Podre, esteve intrinsecamente ligada ao ciclo do ouro no Brasil. Nos tempos da colônia, esta área do Triângulo, inclusive Uberlândia, não apresentou grandes quantidades de ouro. Por esta razão ficou como ponto de apoio aos núcleos minerários do Centro-Oeste, suprindo-os, também, de gêneros alimentícios. Com o declínio da mineração foi necessária motivação política para que a Província de Minas Gerais, detentora das terras do Triângulo Mineiro desde 1816, iniciasse a ocupação e colonização de suas áreas. Para isso, foram distribuídas sesmarias, aos interessados em fixação, em locais que careciam de completa infraestrutura. João Pereira da Rocha, em 1818, foi o primeiro a fixar-se, formando a Fazenda São Francisco, no local que, no século XVIII, serviu de caminho à exploração de terras em Goiás por Anhanguera I e seu filho Anhanguera II (NETWORKCITIES, 2015; UBERLÂNDIA, 2015a)..

Outras famílias se deslocaram motivadas pela distribuição de sesmarias. Assim foi o início de tudo. Com o tempo, a religiosidade do povo viu a necessidade de construção de uma Capela. Construída em um capão de mato, a Capela de Nossa Senhora do Carmo e São Sebastião deu origem ao arraial de Nossa Senhora do Carmo e São Sebastião da Barra de Uberabinha, em 1853. A partir do entorno da pequena Capela, a povoação ia se fixando ao passo que eram construídas casas e estabelecimentos comerciais, além de pequenas organizações político-administrativas (NETWORKCITIES, 2015; UBERLÂNDIA, 2015a).

Quatro anos depois promoveram a divisão e demarcação daquele Patrimônio perante o juiz municipal de Uberaba, em outubro de 1857, já denominado de Nossa Senhora do Carmo e São Sebastião da Barra de São Pedro de Uberabinha. Mais tarde simplesmente São Pedro do Uberabinha, que aos poucos foi se transformando num centro comercial muito expressivo e em agosto de 1888, inicialmente com 3 distritos: São Pedro do Uberabinha (sede), Martinópolis e Santa Maria. Desde

então incorporou os distritos de Tapuirama e Cruzeiro dos Peixotos sendo que Santa Maria passou a chamar-se Miraporanga e Martinópolis a chamar-se Martinésia, assim permanecendo até hoje (Figura 2) (NETWORKCITIES, 2015; UBERLÂNDIA, 2015a).

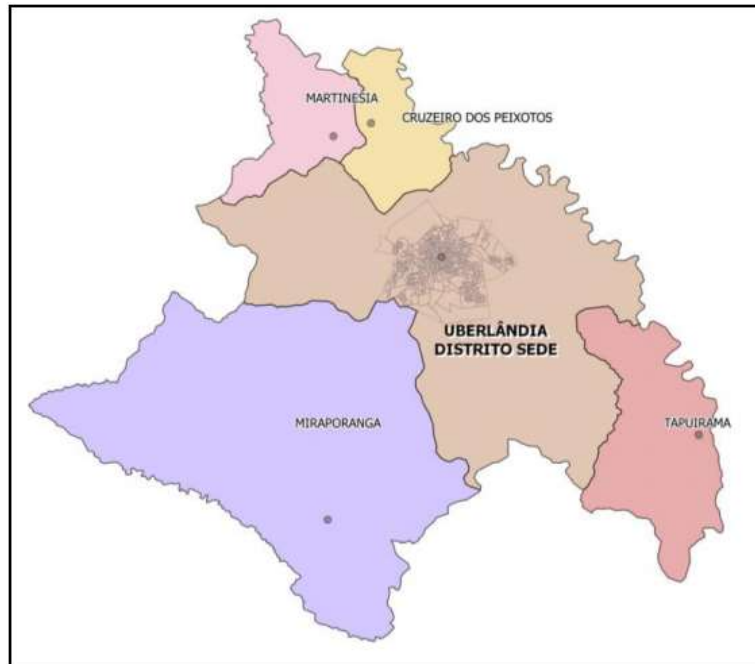


Figura 2 - Distribuição territorial dos distritos do município de Uberlândia/MG em 2015.

Fonte: PMU–Diretoria de Pesquisa Integrada–SEPLAN-2015

1.2. Descrição do município

1.2.1. Aspectos Geográficos

Localizado no Estado de Minas Gerais, na Região Ampliada de Saúde do Triângulo Norte, o município de Uberlândia possui 4 distritos (Cruzeiro dos Peixotos, Martinésia, Miraporanga e Tapuirama) e subdivide-se em 5 setores sanitários (Figura 3): Norte, Sul, Oeste, Leste e Central. (BRASIL, 2015b; UBERLÂNDIA, 2015a).

A extensão do território de Uberlândia é de aproximadamente 4.115,82 Km², sendo predominante a área rural, com cerca de 3.896,82 Km², correspondendo a 94,67% da extensão do município. A área urbana, por sua vez, possui cerca de 219 Km², equivalente a 5,23% da área total do município onde concentra 97% de sua população (BRASIL, 2015a; 2015b; UBERLÂNDIA, 2015a).

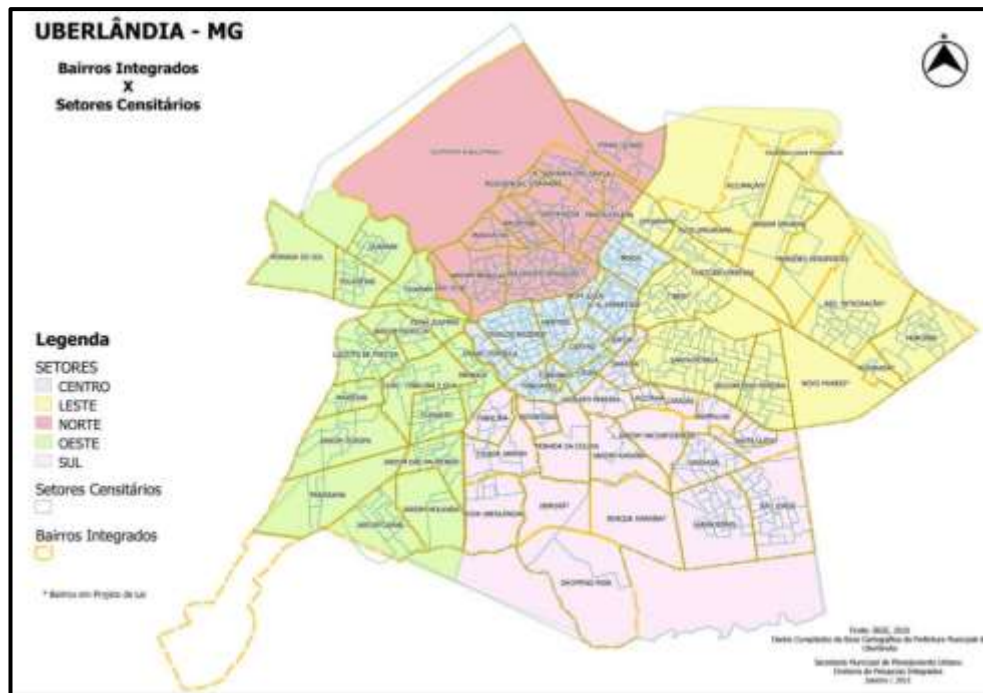


Figura 3 - Distribuição territorial dos setores sanitários da sede do município de Uberlândia/MG em 2015.

Fonte: PMU – Diretoria de Pesquisa Integrada – SEPLAN-2015

1.2.2. Aspectos Socioeconômicos

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de Uberlândia aumentou de 0,702 em 2000, para 0,789 em 2010, e apresenta taxa maior que a de Minas Gerais e a do Brasil, que registram 0,731 e 0,727, respectivamente. O aumento de 12,39% em 10 anos fez a cidade se manter com alto desenvolvimento humano e subir da 4ª para a 3ª colocação de melhor IDHM do Estado, atrás de Nova Lima (0,813) e Belo Horizonte (0,810) (BRASIL, 2015b; UBERLÂNDIA, 2015b).

O Produto interno bruto - PIB de Uberlândia é o 27º maior do Brasil, destacando-se na área de prestação de serviços. Nos dados do IBGE de 2008 o município possuía R\$ 14.270.392,490 mil no seu Produto Interno Bruto. Desse total, 2.003.554 mil são de impostos sobre produtos líquidos de subsídios. O PIB per capita é de R\$ 22.926,50. A agricultura é o setor menos relevante da economia de Uberlândia (BRASIL, 2015b; UBERLÂNDIA, 2015b).

A agricultura é o setor menos relevante da economia de Uberlândia. De todo o PIB da cidade 271.271 mil reais é o valor adicionado bruto da agropecuária. A

indústria atualmente é o segundo setor mais relevante para a economia uberlandense. 2.729 956 mil reais do PIB municipal são do valor adicionado bruto da indústria (setor secundário). O setor terciário atualmente é a maior fonte geradora do PIB uberlandense, com 7.479 038 mil reais do PIB municipal (setor terciário) (BRASIL, 2015b; UBERLÂNDIA, 2015b).

Com uma renda média mensal per capita de R\$ 865,00, o município de Uberlândia está em 4º lugar do ranking estadual. Os dados apresentados pelo IBGE, referentes ao Censo 2010, apontam que a média uberlandense é 35% superior à média estadual (R\$ 641,00) e 30% maior que a média nacional (R\$ 668,00) (BRASIL, 2015a; 2015b; UBERLÂNDIA, 2013; 2015b).

De acordo com o IBGE 2010, 3,8% da população de Uberlândia com mais de 15 anos de idade, não sabem ler ou escrever. Segundo os especialistas esta é a faixa ideal a taxa de analfabetismo. No país esta taxa é de 9,6% e em Minas Gerais é de 7,66% no mesmo período. Uberlândia, portanto apresentou valores inferiores ao país e ao estado de Minas Gerais (2015b; UBERLÂNDIA, 2013).

Segundo os dados do Banco de Dados Integrado (BDI) do município, no ano de 2011 em Uberlândia, o número de escolas municipais era de 107, possuía ainda 68 escolas estaduais, 03 federais e 136 escolas particulares. A maior oferta de ensino era na rede estadual (59.883 alunos), seguida da rede municipal (52.529 alunos), rede particular (32.064 alunos) e federal (2.036 alunos). Em relação ao Ensino Rural no ano de 2011, contávamos com 13 escolas rurais, com Ensino Infantil, Ensino Fundamental e Ensino de Jovens e Adultos (UBERLÂNDIA, 2015b).

De acordo com dados do Departamento Municipal de Água e Esgoto – DMAE, o saneamento básico em Uberlândia conta com 100% de água tratada e 99% de tratamento de esgoto no perímetro urbano, ou seja, 6288 moradores de Uberlândia ainda não têm acesso à rede de esgoto (UBERLÂNDIA, 2013).

1.2.3. Aspectos Demográficos

Segundo o censo de 2010, a população na área urbana do município é de 587.267 habitantes, comparando com a população de 2000 que foi de 488.982 habitantes, o crescimento populacional foi de 20,1% em 2010, ou seja, 98.285

habitantes na área urbana. Na área rural, a porcentagem de crescimento foi de 36,9% resultando num aumento de 4.513 habitantes em 2010, conforme dados da Tabela 3 (BRASIL, 2015a; 2015b; UBERLÂNDIA, 2015a).

Segundo o Plano Diretor da Saúde, Uberlândia apresentou nas últimas décadas um dos maiores índices de crescimento populacional do Estado de Minas Gerais, registrando também o maior crescimento absoluto de população no período tendo como consequência direta deste crescimento exagerado a rápida expansão da malha urbana da cidade principalmente em direção às regiões sul e oeste, aumentando consideravelmente nessas regiões a necessidade de ampliação e qualificação de serviços de saúde, entre outros (UBERLÂNDIA, 2013)

A estimativa populacional para 2015 é de 662.362 habitantes, e segundo a Prefeitura Municipal de Uberlândia 646.131 na área urbana e 16.231 na área rural (BRASIL, 2015a; 2015b; UBERLÂNDIA, 2013; 2015c), sendo que a população feminina em 2010 foi de 309.099 (51,2%) enquanto que a masculina foi de 294.914 (48,8%) (BRASIL, 2015a).

1.3. Sistema Local de Saúde

Considerando a Atenção Básica como ordenadora da Rede de Atenção à Saúde (RAS) em Uberlândia as ações do Sistema Único de Saúde (SUS) são predominantemente realizadas pelos pontos de atenção da Rede Municipal de Saúde, onde o cidadão é atendido por meio da divisão de áreas de abrangência com responsabilidade definida por unidade de saúde (UBERLÂNDIA, 2013; 2015c).

Os pontos de atenção da RAS estão regionalizadas em setores sanitários (Centro, Leste, Norte, Oeste e Sul) e contam com 74 Equipes de Saúde da Família (ESF) distribuídas em 59 Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSFs) entre rurais e urbanas, correspondendo a uma cobertura populacional assistida de 27%. Possui ainda 9 Unidades Básicas de Saúde (UBSs) convencionais, responsáveis por 25% da cobertura do município. O restante do território de Uberlândia é coberto pelas 7 Unidades de Atendimento Integrado (UAIs) e 1 Unidade de Pronto Atendimento (UPA Sul, antiga UAI São Jorge) (UBERLÂNDIA, 2013; 2015c).

Considerando as especificidades de cada ponto da RAS, as UBSFs se estruturam no trabalho de equipes multiprofissionais responsáveis por um território delimitado, com área de abrangência definida de 3000 a 4000 pessoas, onde promovem ações de saúde baseadas no diagnóstico das necessidades de saúde da comunidade, sendo considerado o modelo assistencial da Atenção Básica. Os profissionais da UBSF cuidam de todos os ciclos de vida, desde a o recém-nascido até os idosos, com vínculo e responsabilização pelas pessoas. Além das atividades de prevenção e promoção de saúde, a equipe atende as demandas agudas desta população da sua área abrangência dentro da competência da atenção primária e é também responsável pela coordenação do cuidado nos outros pontos da rede (UBERLÂNDIA, 2013; 2015c).

As unidades de atendimento na atenção básica são as UBSFs, UBSs e UAIs. Na maioria das UBSFs são oferecidos serviços de saúde de atendimento ambulatorial nas áreas de Medicina de Família e Comunidade, Pediatria, Ginecologia, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e atendimento de enfermagem. Já na UBS as ações mesclam elementos da Saúde da Família com uma prática clínica tipicamente ambulatorial. O atendimento ambulatorial nas UBSFs e UBS acontece em geral das 7 h às 17 h (UBERLÂNDIA, 2013; 2015c).

As UAIs, que são unidades mistas, fazem atendimento ambulatorial na Atenção Básica e Pronto Atendimento funcionando 24 horas por dia todos os dias da semana. A atenção básica oferecida pelas UAIs pode ser considerada precária, pois desconsidera a territorialização, o vínculo, o trabalho em equipe multiprofissional, o trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS), fragmentando o cuidado médico (Clínica, GO e Pediatria), mesclando a atenção ambulatorial especializada com o modelo do Pronto Atendimento. O atendimento ambulatorial acontece das 7 h às 22 h, com a instalação do Horário do Trabalhador. O atendimento de emergência de Odontologia, também funciona das 7 h às 22 h de segunda a sexta (UBERLÂNDIA, 2013; 2015c).

Outra característica importante das UAIs é que elas oferecem consultas especializadas, como: pronto atendimento em Clínica Médica, Pediatria, Traumatologia, atendimento ambulatorial de atenção primária de sua área de abrangência, assim como o atendimento de várias especialidades tais como, Ortopedia e Traumatologia, Psiquiatria, Urologia, Gastroenterologia,

Otorrinolaringologia, Endocrinologia, Dermatologia, Cardiologia, Angiologia, Nefrologia, Neurologia, Fisioterapia, Farmácia, Odontologia, Nutrição, Fonoaudiologia e Serviço Social. Também são realizados exames de apoio diagnóstico de imagem e laboratório, dentre outros. Existem, ainda, os leitos para observação, sala de emergência e sala para pequenas intervenções cirúrgicas ambulatoriais (UBERLÂNDIA, 2013; 2015c).

Além da equipe mínima (médico, enfermeiro, ACS), as UBSFs contam com 9 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) que oferecem apoio matricial de psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais, educador físico e tutoria de médicos ginecologistas-obstetras, psiquiatras, pediatras em grande parte das ESF, além da tutoria de geriatria/clínica médica no setor Norte. Há atendimento de acupuntura em duas unidades dos Setores Oeste e Leste, integrando as atividades de Práticas Integrativas e Complementares, que já estão sendo ampliadas, inicialmente em todo Setor Leste (UBERLÂNDIA, 2013; 2015c).

A Rede de Atenção à Saúde do município conta também com Hospital e Maternidade Municipal Dr. Odelmo Leão Carneiro e suas principais especialidades são: Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Clínica Obstétrica, Unidade de Terapia Intensiva - UTI (Adulto e Neonatal) e Cuidados Intermediários, sendo o acesso regulado pela Central de Regulação Municipal (UBERLÂNDIA, 2013; 2015c).

Integrando a Rede de Atenção no Município e sendo também hospital de referência macrorregional em serviços de alta densidade tecnológica, o Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC/UFU), incluindo o Hospital do Câncer e Hospital Odontológico, desenvolvem também ações de média densidade tecnológica e outras em atenção básica, disponibilizando seus serviços totalmente para o SUS. Mantém atendimento de urgência/emergência 24 horas em pronto-socorro (UBERLÂNDIA, 2013; 2015c).

O município conta, também com Ambulatórios Especializados: 5 Centros de Atenção Psicossocial – CAPS (divididos em CAPS adultos, CAPS Álcool e Drogas e CAPS Infantil), Ambulatório de Moléstias Infectocontagiosas Herbert de Souza (AMIHS), Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), Centro de Reabilitação Municipal (CEREM), Centro de Atenção ao Diabético (CAD),

Ambulatório de Oftalmologia, Ambulatório de Fonoaudiologia, Programa de Lesões Lábio Palatais (UBERLÂNDIA, 2013; 2015c).

Completam a Rede de Atenção os hospitais privados contratados, onde são realizadas cirurgias cardíacas, cirurgia geral e em trauma-ortopedia, internações clínicas e UTI. Atualmente são os seguintes serviços privados contratados no Município (UBERLÂNDIA, 2015c):

- Hospitais: Hospital Santa Catarina, Hospital Santa Marta, Clinica Infantil Dom Bosco;
- Clínicas de diálise: Instituto de Nefrologia, Instituto do Rim e Nefrologia do Triângulo;
- Clínicas de exames de alta densidade tecnológica: Centro de Tratamento Cálculo Renal - CTCR, Centro de Medicina Nuclear – CEMEN; Clínicas Oftalmológicas: ISO OLHOS - Instituto de Saúde Ocular, Hospital de Olhos do Brasil Central - HOBC, Oftalmo Clínica;
- Laboratórios de análise clínica e anatomia patológica: Laboratório Central, Laboratório de Patologia Clínica Eduardo Maurício, Laboratório de Anátomo Patologia Vichow, DIU e CHEKUP;
- Laboratórios de Histoimunocompatibilidade (transplante renal e medula óssea): LITU e Biogenetics;
- Clínicas de fisioterapia, saúde mental e outros: Consultórios Reunidos de Ortopedia, Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais - APAE, Associação de Assistência a Criança Deficiente – AACD, Clinica Jesus de Nazaré e Medcor.

Segundo dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES (BRASIL, 2015c), são 8.034 os profissionais que prestam serviços para o município na área da saúde. Destes, 32,97% possuem vínculo do tipo emprego público; 24,55% têm vínculo estatutário; 11,52% não possuem categoria específica; 3,01% com vinculação celetista; 0,60% contratados por prazo determinado e 0,21% cargos comissionados.

1.4. Unidade Básica de Saúde da Família Guarani

A equipe da Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) Guarani está sediada na Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) Guarani, no Bairro Guarani, na Rua da Polca nº6018, no Setor Oeste de Uberlândia/MG e está cadastrada no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) com o número 3111075 (BRASIL, 2015c).

Dividindo o mesmo espaço físico atua também a UBS Guarani. A área de abrangência das duas equipes (Figura 4) estimada para 2014 foi de 9.804 pessoas, correspondendo à população do Bairro Guarani, sendo 3.100 pessoas para a UBSF e 6.704 pessoas para a UBS. Juntas, cobrem 4,8% do total de 205.156 moradores do Setor Oeste. Tem localização urbana e dista cerca de 8 Km do centro da cidade (UBERLÂNDIA, 2015c).

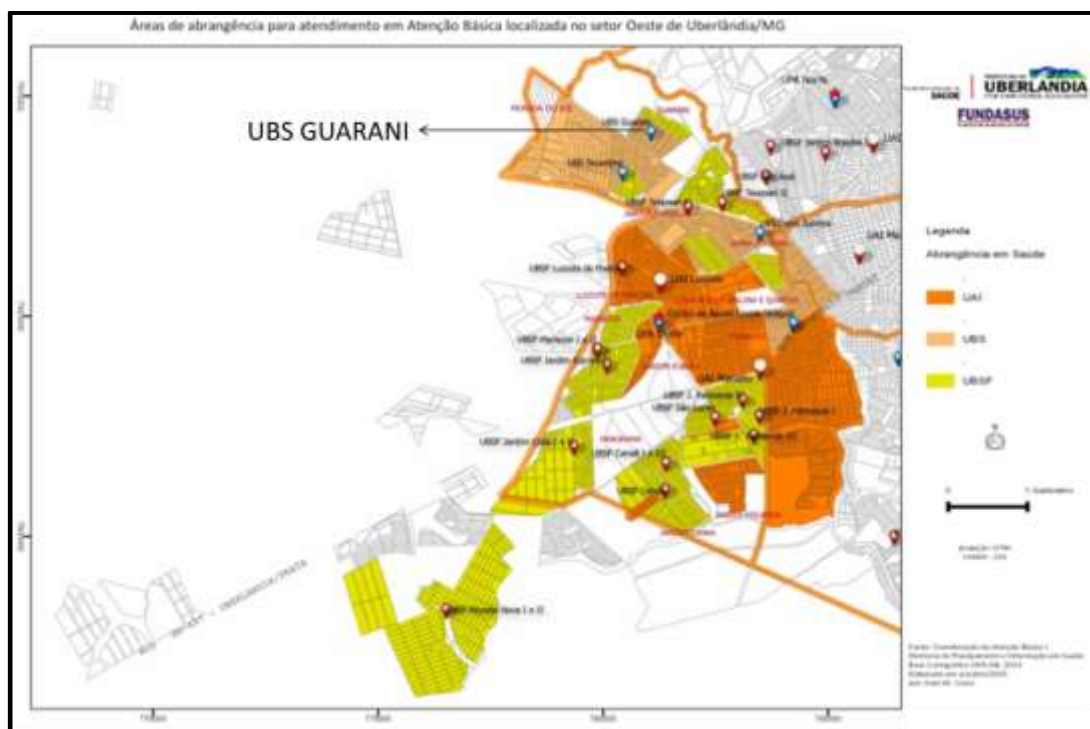


Figura 4 - Áreas de abrangência para atendimento em Atenção Básica no Setor Oeste de Uberlândia/MG em 2015.

Fonte: SEPLAN, 2015.

A Equipe da UBSF Guarani foi formada em junho de 2014, quando foi aprovada pelo Conselho Local e Municipal, iniciando seus trabalhos com a chegada dos médicos do Programa Mais Médicos para o Brasil em Uberlândia. A equipe conta com 6 agentes comunitários (ACS), 1 enfermeira, 1 médico de saúde da

família, 1 técnico de enfermagem, 1 psicólogo, 4 atendentes administrativos, 1 serviços gerais e 2 técnicas de farmácia.

O horário de funcionamento da UBSF Guarani é de oito horas diárias, em dois períodos: das 07:00 às 11:00 horas e das 13:00 às 17:00 horas.

Convém destacar que a minha equipe (UBSF Guarani) compõe uma Unidade da Estratégia Saúde da Família, cuja atuação é diferenciada da UBS. Na ESF coloca a família como pilar nas ações de prevenção e promoção para concretizar as políticas públicas de saúde, sendo considerado um modelo de reorientação da atenção Básica. Os problemas de saúde da população são priorizados considerando cada situação específica. O território é entendido como o espaço onde vivem grupos sociais, suas relações e condições de subsistência: de trabalho, renda, habitação, acesso à educação e o seu saber preexistente; como parte do meio ambiente, possuidor de uma cultura, de concepções sobre saúde e doença, de família, de sociedade, entre outros. Os impactos provocados pela ESF na saúde das famílias atendidas, com a percepção de seus efeitos sobre o perfil epidemiológico nos territórios de sua abrangência, transformaram esse programa em diretriz política para o Ministério da Saúde. A organização do acesso aos serviços de saúde é uma das principais conquistas da população que tem cobertura da ESF.

Encontra-se cadastrada até o momento 1.662 das 3.100 pessoas da população para a área de abrangência da equipe da UBSF Guarani. A distribuição por faixa etária e sexo da população cadastrada revela um predomínio de adultos de 20 a 59 anos (58,0%). A população menor de 20 anos corresponde a 24,9% e de idosos (60 anos ou mais) a 17,1 %. Entretanto, estamos atualmente com uma microárea descoberta e as demais ainda em processo de cadastramento, podendo haver alterações de dados.

Tabela 1- Distribuição da População da área de abrangência da UBSF Guarani segundo o sexo e faixa etária - Uberlândia/MG - 2015

Faixa Etária	Masculino		Feminino		Total	
	No	%	No	%	No	%
Menor 1 ano	9	1,1	8	1,0	17	1,0
1 a 4 anos	39	4,6	40	5,0	79	4,8
5 a 9 anos	43	5,0	47	5,8	90	5,4
10 a 14 anos	57	6,7	44	5,5	101	6,1
15 a 19 anos	68	8,0	59	7,3	127	7,6

20 a 24 anos	69	8,1	65	8,1	134	8,1
25 a 29 anos	52	6,1	60	7,4	112	6,7
30 a 34 anos	52	6,1	44	5,5	96	5,8
35 a 39 anos	83	9,7	58	7,2	141	8,5
40 a 44 anos	62	7,3	64	7,9	126	7,6
45 a 49 anos	66	7,7	64	7,9	130	7,8
50 a 54 anos	72	8,4	78	9,7	150	9,0
55 a 59 anos	33	3,9	42	5,2	75	4,5
60 a 64 anos	36	4,2	45	5,6	81	4,9
65 a 69 anos	36	4,2	32	4,0	68	4,1
70 a 74 anos	27	3,2	28	3,5	55	3,3
75 a 79 ano	33	3,9	17	2,1	50	3,0
≥ 80 anos	18	2,1	12	1,5	30	1,8
Total*	855	100,0	807	100,0	1662	100,0

Fonte: Levantamento cadastro dos ACS da UBSF Guarani (2015). (*) Dados parciais.

A estrutura de abastecimento de água, saneamento básico e destino do lixo na comunidade (Tabela 2) estão 100% coberta com água da rede pública e rede geral de esgoto, e 100% de coleta pública do lixo e 95% das ruas asfaltadas. A área conta com um EcoPonto, ponto de entrega de resíduos da construção civil/volumosos, para a destinação correta dos resíduos por eles gerados.

Tabela 2. Distribuição das famílias da área de atuação da UBSF Guarani segundo o Abastecimento de Água, Saneamento e Destino do Lixo - Uberlândia/MG - 2015

Abastecimento de Água	No Famílias	%
Rede Pública	496	100
Poço/Nascente	0	0
Outros	0	0
Saneamento	No Famílias	%
Rede Geral de Esgoto	496	100
Fossa	0	0
Céu Aberto	0	0
Destino do Lixo	No Famílias	%
Coleta pública	496	100
Queimado/Enterrado	0	0
Céu Aberto	0	0

Fonte: Levantamento cadastro dos ACS da UBSF Guarani (2015)
(*) Dados parciais.

A maioria da população está empregada e não se vê pessoas morando nas ruas e segundo um levantamento realizado pelos ACS's por ocasião da atualização

do cadastradas família em 2015 todos os 101 menores de 10 a 14 anos estão nas escolas.

Os equipamentos sociais existentes na área são: a ONG Central de Ação Social Avançada – CASA/CADCA Guarani, centro de formação subvencionada pela prefeitura municipal para crianças e adolescentes de 6 a 15 anos; a CRESCER Conviver – Bairro Guarani, que promove o fortalecimento de vínculos sociais e familiares com atividades de convivência, esportivas, culturais e de integração familiar; o Centro Residencial do Idoso – Bairro Guarani, que oferece moradia visando a proteção das famílias, contribuindo para o envelhecimento ativo, saudável e autônomo. Em relação ao esporte e lazer a área conta ainda com as atividades do programa “Movimenta Uberlândia” realizada pela Fundação Uberlandense do Turismo, Esporte e Lazer (FUTEL) com a realização de ginástica aeróbica/localizada na Escola M. Profa. Stella Saraiva Peano e aulas de futebol no Clube Atlético Guará com o Programa Craques do Cerrado (UBERLÂNDIA, 2015 c).

As equipes da UBSF Guarani têm como apoio para o atendimento às urgências e emergências em geral (Pronto Socorro) e atendimento de especialidades a UAI Luizote.

Os medicamentos são dispensados por uma farmácia existente na própria UAPS Guarani.

Os exames laboratoriais são colhidos em quase sua totalidade na própria UAPS Guarani. Caso solicitados exames radiológicos ou especialidades o próprio paciente encaminha o pedido junto à recepção da UBSF e os dados são inseridos no Sistema de Regulação de Vagas (SIS-REG).

No município de Uberlândia, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) se estrutura a partir dos diversos níveis de atenção preconizados para pessoas com sofrimento psíquico decorrentes de transtornos mentais e/ou uso prejudicial de álcool e outras drogas, em diversos níveis de complexidade: Atenção Básica, Atenção Psicossocial estratégica, urgência e emergência, atenção em caráter residencial transitório, atenção hospitalar, desinstitucionalização e reabilitação psicossocial.

O Programa de Ações em Saúde Mental se articula com a Atenção Primária em Saúde nas unidades de ESF, UBS e UAI, além dos demais programas e serviços

da Secretaria Municipal de Saúde. Conta também com unidades de atenção especializada da própria Secretaria de Saúde e de prestadores de serviços.

Na Atenção Básica o serviço de atenção psicossocial da UBSF Guarani se organiza através das estratégias de matriciamento e tutoria contando com referências técnicas no campo da psicologia e psiquiatria do NASF. Os casos de saúde mental são triados pelo enfermeiro e discutidos com o médico generalista e psicólogo, que caso necessário agenda consulta para o paciente em matriciamento de Psiquiatria para realização de uma consulta compartilhada entre médico generalista, psiquiatra e psicólogo. O CAPS também encaminha diretamente pacientes que são avaliados pelo psicólogo e agendados com matriciamento de psiquiatria, da mesma forma.

A atenção em urgência e emergência em Saúde Mental é realizada com a retaguarda no Pronto Socorro de Psiquiatria do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, funcionando em regime de 24 horas, inclusive em finais de semana, sendo a referência para todo o município de Uberlândia. Atualmente, está sendo consolidada a capacitação de profissionais que atuam nos Pronto Atendimento das UAIs para que estas unidades também sejam referência na urgência e emergência em Saúde Mental, que no caso da UBSF Guarani será a UAI Luizote. O Hospital de Clínicas da UFU (HC-UFU) também é retaguarda com leitos de internação em hospital geral, para casos que necessitam desta modalidade de atenção.

Os CAPSs prestam atenção psicossocial e realizam prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes. A referência para o setor sanitário Oeste é o CAPS Oeste. Existe também uma unidade específica para atenção especializada à infância e adolescência, o CAPS I que é referência todo o município, incluindo o setor Oeste. Já o CAPS AD UFU é uma unidade específica para atenção especializada a usuários de álcool e outras drogas, sendo responsável pela referência do setor Oeste e Sul do município.

Como parte desta rede tem também o Centro de Convivência e Cultura (CCC), que tem como diretriz norteadora o desenvolvimento de atividades intersetoriais na interface saúde/educação/cultura/esportes/lazer, etc, que visam a inclusão e reabilitação psicossocial do usuário dos serviços de Saúde Mental. O

Centro de Convivência e Cultura é referência para toda a rede de Saúde Mental do município de Uberlândia.

Na UBSF Guarani o registro dos pacientes é feito em Prontuário eletrônico, no sistema eSus além do prontuário familiar organizado por microárea e de um cartão de identificação pessoal o “Cartão SUS”. Conta ainda com um sistema de regulação de vagas para agendamento de especialidades e de exames complementares, o SIS-REG, que é um sistema de regulação de vagas no qual o usuário é registrado de acordo com uma classificação de risco que preconiza maior agilidade para os que necessitem de avaliações prioritárias. Essa classificação de sinais/sintomas e exames é acessada por Intranet, através dos protocolos (por especialidade e nome do exame) do SIS-REG.

Em relação ao sistema de transporte em saúde a UBSF Guarani conta os serviços da Central de Ambulância que disponibiliza 1 ambulância junto à UAI Luizote para o transporte de urgência e emergência e que pode ser solicitada pelo telefone 192. Está previsto a implantação do SAMU em Uberlândia ainda este ano. Já para o transporte eletivo envolvendo eventos conhecidos e programáveis, atualmente é realizado para transporte de pacientes de atendimento ao portador de hanseníase, pé diabético e aos renais crônicos. O setor de transporte também atende as solicitações de serviços dos profissionais de saúde para o deslocamento dos mesmos na execução de suas atividades na rede municipal de saúde.

Na UBSF Guarani o processo de trabalho em equipes envolve a atenção à saúde, a vigilância, a abordagem dos grupos com maiores riscos de adoecimento assim como a atuação no território com vistas a melhorar a saúde com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação. As equipes de saúde atendem a população através de Visitas domiciliares, Consultas médicas, Consultas de enfermagem; Consultas odontológicas; procedimentos e assistência de enfermagem, grupos educativos entres outros.

Os pacientes são acolhidos inicialmente pelo enfermeiro, que realiza o agendamento ou encaminha para consulta no mesmo dia, como demanda espontânea, conforme gravidade do caso. A captação para consulta e agendamento também é realizada diretamente pelos ACS, que comunicam ao enfermeiro do agendamento para casos selecionados.

Na Tabela 3 tem-se o levantamento dos principais agravos e eventos acompanhados na UBSF Guarani no ano de 2015. Os únicos dois recém-nascidos no ano foram pesados e não eram de baixo peso. O percentual de aleitamento exclusivo em crianças menores de 4 meses foi de apenas 78%. Até o momento encontram-se cadastradas um total de 18 gestantes das quais 100% realizam acompanhamento de pré-natal de risco habitual na unidade. Gestantes com menos 20 anos corresponde a 39% de todas as gestantes acompanhadas. O total de 100% das puérperas realiza a consulta puerperal. A unidade não possui nenhum caso de morte materna até o momento.

Tabela 3 - Alguns indicadores de cobertura referente a área de atuação da UBSF Guarani - Uberlândia/MG - 2015

Indicador	2015
Nº de recém nascidos	2
% RN pesados	100 %
% RN Peso < 2.5 kg	0 %
% de Aleitamento exclusivo em crianças < 4 meses	78 %
% de < 1 ano com vacina em dia	100%
% de < 1 ano desnutridas	0 %
Nº de gestantes cadastradas	18
% gestantes < 20 anos	39 %
% gestantes acompanhadas	100 %
% gestantes vacinadas	100 %

Fonte: Levantamento cadastro dos ACS da UBSF Guarani - 2015. (*) Dados parciais

Tabela 4 - Morbidade referida pela população da área de abrangência da UBSF Guarani - Uberlândia/MG - 2015

Morbidade referida	Pacientes	%
Alcoolismo	11	0,7
Doença de Chagas	13	0,8
Epilepsia	5	0,3
Diabetes	109	6,6
Hipertensão arterial	160	9,6
Tuberculose	0	0
Hanseníase	0	0

Fonte: Levantamento cadastro dos ACS da UBSF Guarani-2015.

(*) Dados parciais.

A prevalência de Hipertensão na população cadastrada da área da UBSF Guarani foi de 9,6% e de Diabetes 6,6%, em sua maioria sedentária e com sobrepeso. Pessoas com problemas de alcoolismo foram 11 e com epilepsia 5,

Doença de Chagas 13 (Tabela 4). Segundo a Coordenação de Epidemiologia da Secretaria Municipal de Uberlândia no ano de 2015 foram notificados 47 casos de Dengue de residentes na área de abrangência da UBSF Guarani.

Tabela 5 - Mortalidade da população da área de abrangência da UBSF Guarani - Uberlândia/MG - 2015

Mortalidade	No
< 1 ano	0
1 a 4 anos	0
5 a 14 anos	0
15 a 49 anos	1
50 anos ou mais	7
Total	8

Fonte: Levantamento cadastro da UBSF Guarani-2015. (*) Dados parciais.

Em relação à mortalidade (Tabela 5) 87,5% dos 8 óbitos ocorridos em 2015 ocorreram em pessoas com 50 anos ou mais.

A Unidade de Saúde possui uma área de recepção pequena, gerando problemas de aglomeração e tumulto nos horários de pico de atendimento, em especial pela manhã. Isto dificulta sobremaneira o atendimento e é motivo de insatisfação de usuários e profissionais de saúde. A falta de espaço e cadeiras para acomodar todos os pacientes praticamente inviabiliza atividades educativas em sala de espera. Não existe sala de reuniões, razão pela qual a equipe utiliza o quintal para os encontros de trabalho.

A unidade, atualmente, está bem equipada e conta com os recursos adequados para o trabalho da equipe, exceto a falta de salas para o atendimento das duas equipes dificultando o desempenho.

A partir de dados levantados em registros escritos existentes na UBSF e de outras fontes secundárias; na vivência clínica; em entrevistas com informantes-chave e na observação ativa da área, os problemas identificados em toda área de abrangência do PSF, foram:

- Alta prevalência de Hipertensão arterial.
- Alta prevalência de Diabetes.
- Risco cardiovascular aumentado.
- Alta prevalência de Transtornos Mentais.

2. JUSTIFICATIVA

No cotidiano do trabalho na Atenção Básica são muito frequentes as pessoas que demandam um cuidado em saúde mental, mesmo quando não manifestam claramente esta necessidade. Chegam muitas vezes com queixas de sintomas inespecíficos que não melhoram recorrendo sempre a uma nova consulta, ocorrendo muitas vezes que o paciente e por vezes o próprio profissional da saúde não percebem que se trata de um sofrimento psíquico.

Na vivência prática do trabalho em equipe, constata-se que a maioria dos profissionais tem dificuldades em identificar e cuidar destes casos seja por falta de experiência em saúde mental, por não saberem como abordá-los ou como estabelecer uma comunicação livre de preconceito ou medo de agressão, ou mesmo por não identificarem o sofrimento mental por trás das queixas somáticas.

Na UBSF Guarani o serviço de atenção psicossocial se organiza através das estratégias de matriciamento e tutoria contando com referências técnicas no campo da psicologia e psiquiatria do NASF. Os casos de saúde mental são triados pelo enfermeiro e discutidos com o médico generalista e psicólogo, e caso necessário agenda-se consulta para o paciente em matriciamento de Psiquiatria para realização de uma consulta compartilhada entre médico generalista, psiquiatra e psicólogo. O CAPS também encaminha diretamente pacientes que são avaliados pelo psicólogo e agendados com matriciamento de psiquiatria, da mesma forma.

Entretanto, mesmo a equipe contando com o apoio matricial, com o CAPS e NASF e de equipamentos sociais de apoio na área de abrangência, a equipe avalia que existe uma grande necessidade de melhorar a abordagem a estes pacientes.

Neste sentido justifica-se a necessidade de elaborar um projeto de intervenção que contribua para a melhoria da qualidade do cuidado em saúde mental na UBSF Guarani, proporcionando mais segurança ao profissional da saúde para se colocar como ouvinte e cuidador, no momento que estiver diante de uma pessoa com algum tipo de sofrimento psíquico, de modo que eles também se sintam seguros e tranquilos para expressar suas aflições, dúvidas e angústias, reconhecendo então que a UBSF está disponível para acolher, acompanhar e se o caso exigir, cuidar de forma compartilhada com outros serviços.

3. OBJETIVOS

Objetivo Geral

Elaborar um projeto de intervenção para melhorar o cuidado em saúde mental da população adstrita à Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) Guarani no município de Uberlândia/ MG.

Objetivos Específicos

- Informar e esclarecer a população em geral e em especial os pacientes com transtornos mentais e seus familiares sobre Saúde Mental, reduzindo o estresse gerado pelo desconhecimento e promovendo a corresponsabilidade do cuidado.
- Organizar e promover grupos de apoio para a superação do uso abusivo de álcool e outras drogas, favorecendo sua reestruturação e reintegração na comunidade.
- Desenvolver mecanismos de apoio às famílias disfuncionais dos pacientes com transtornos mentais incentivando a união familiar e favorecendo sua reestruturação e reintegração na comunidade.
- Organizar e promover grupo de meditação (“Atenção Plena”) para auxiliar tanto pacientes quanto os profissionais da saúde na autonomia do equilíbrio de seu estado emocional, reduzindo o estresse.
- Capacitar a equipe para que os profissionais incorporem ou aprimorem competências de cuidado em saúde mental na sua prática diária, de tal modo que suas intervenções sejam capazes de considerar a subjetividade, a singularidade e a visão de mundo do usuário no processo de cuidado integral à saúde.

4. METODOLOGIA

Este trabalho trata-se da elaboração de um Projeto de Intervenção para atuação sobre um problema prioritário para a população da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde (UBSF) Guarani, localizada no Bairro Guarani, Setor Oeste do município de Uberlândia/MG no ano de 2015.

O Processo metodológico utilizado foi o Método Simplificado de Planejamento Estratégico Situacional (PES), ocorrendo em 3 etapas (Diagnóstico Situacional; Revisão de Literatura; Elaboração de um Plano de Ação) e desenvolvido em 10 passos (CAMPOS; FARIAS; SANTOS, 2010).

O primeiro passo consistiu na “identificação dos problemas”, isto é, na identificação dos principais problemas de saúde da área de abrangência, bem como o conhecimento das suas causas e consequências. A estratégia utilizada para o levantamento de dados foi a metodologia da Estimativa Rápida.

Os dados primários foram levantados através de entrevistas com informantes chaves, moradores da comunidade e funcionários mais antigos da unidade de saúde. Além da observação ativa realizada na comunidade da área de atuação da UBSF Guarani, durante as consultas médicas, acolhimento e visitas domiciliares.

Em relação aos dados secundários para Uberlândia e para a UBSF Guarani foram utilizados os registros existentes na UBSF Guarani e de outras fontes secundárias como: Dados do censo IBGE (BRASIL, 2015a), Dados IBGE Cidades@ (BRASIL, 2015b), Cadastro de Estabelecimento de Saúde (BRASIL, 2015c); site da Prefeitura Municipal de Uberlândia/MG (UBERLÂNDIA 2013, 2015a, 2015b, 2015c, 2015d).

O segundo passo foi a “priorização dos problemas”, uma vez que nem sempre há governabilidade e recursos para todos os problemas identificados na área de abrangência.

O terceiro e o quarto passo foi a “descrição” e a “explicação” dos problemas, respectivamente. Estes passos tiveram o objetivo de entender a gênese do problema a partir da identificação das suas causas.

Para fundamentar o desenvolvimento desta etapa foi realizada uma revisão bibliográfica na base de dados eletrônica no portal de periódicos disponibilizados pelo Ministério da Saúde (MS), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Biblioteca Regional de Medicina (BIREME), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e no Scientific Electronic Library Online (SCIELO) através dos seguintes descritores: Atenção Primária à Saúde, Saúde da Família, Assistência Integral à Saúde, Saúde Mental, Transtornos Mentais, Humanização da Assistência, Psicotrópicos, Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias, Meditação. As palavras-chaves (e *key words*) foram definidas de acordo com os Descritores em Ciências da Saúde (BRASIL, 2014a). O recorte temporal procurou privilegiar artigos mais recentes e atualizados.

O quinto passo foi a seleção dos “nós críticos” que são as causas, dentro da governabilidade dos atores responsáveis, que quando “atacadas” repercutem sobre o problema principal e efetivamente transforma-o.

O sexto passo foi o “desenho das operações” que teve como objetivo descrever ações para o enfrentamento dos “nós críticos”, bem como a identificação dos produtos, resultados e recursos necessários para a concretização de cada operação definida.

O sétimo passo consistiu na “identificação dos recursos críticos” que deverão ser consumidos em cada operação.

O oitavo passo foi a “análise da viabilidade do plano”, uma vez que o ator que está planejando não controla todos os recursos que necessários para o desenvolvimento das suas operações, desta maneira, identificou-se aqueles que controlam os recursos críticos e avaliou-se o seu provável posicionamento em relação ao problema, pois, somente após isto, foi possível definir operações/ações estratégicas para construir a viabilidade do plano.

O nono e o décimo passo referiram-se à “elaboração do plano operativo” e a “gestão do plano”, respectivamente.

5. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Ao final da revisão bibliográfica sobre o tema “cuidado em Saúde Mental” optou-se por eleger o Caderno de Atenção Básica: Saúde Mental (BRASIL, 2013) e o Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental (CHIAVERINI, 2011), como eixo condutor da discussão por considerar estes produtos organizados e disponibilizados pelo Ministério da Saúde como um verdadeiro marco teórico a direcionar os caminhos para o cuidado em Saúde Mental na Atenção Básica.

O cuidado em Saúde Mental na Atenção Básica é bastante estratégico pela facilidade de acesso das equipes aos usuários e vice-versa, reforçando sua importância em termos de detecção de sintomas e do atendimento inicial, necessidade de a equipe fornecer informações sobre os medicamentos psiquiátricos, dar orientações e suporte aos familiares cuidadores, visando a diminuir sua sobrecarga e orientar os familiares sobre como lidar com os pacientes, necessidade de intervir visando a aumentar a participação ativa e a responsabilidade dos pacientes com o próprio tratamento, a fim de evitar o abandono dos medicamentos e as consequentes hospitalizações repetidas e por vezes desnecessárias (BARROSO; BANDEIRA; NASCIMENTO, 2007; TESSLER E GAMACHE, 2000). Neste sentido, os profissionais do PSF precisam receber melhor preparação para atender os pacientes com problemas de saúde mental e para orientar seus familiares cuidadores e que o programa PSF necessita se ampliar e se integrar aos demais programas de saúde, em particular o de saúde mental (BRASIL, 2013; KOGA; FUREGATO; SANTOS, 2006; NASCIMENTO; BRAGA, 2004; SOUZA; SCATENA, 2005).

No cotidiano do trabalho na Atenção Básica (AB) são muito frequentes os trabalhadores de Saúde receber pessoas que buscam ajuda profissional por causa de sofrimento mental, geralmente com queixas de tristeza e/ou ansiedade, ou mesmo que não haja queixa declarada neste sentido, é comum estes profissionais identificarem nos usuários tristeza e/ou ansiedade importante. As estatísticas brasileiras e mundiais confirmam essa impressão, revelando que para quatro pessoas que procuram a AB, uma tem algum transtorno mental segundo a Classificação Internacional de Agravos e Doenças 10ª Revisão (CID-10) e se

incluirmos também os casos subclínicos esta proporção chega a uma para cada duas pessoas (BRASIL, 2013).

De fato, as síndromes mais frequentes na AB são a depressiva, ansiosa e de somatização e segundo Goldberg e Goodyer (2005, *apud* FONSECA; GUIMARÃES; VASCONCELOS, 2008 p. 288), ao invés de considerar cada uma destas três síndromes como um diagnóstico ou categoria em separado, por causa da sua intersecção e de sua evolução flutuante, pode-se pensar nelas como dimensões diferentes do “sofrimento mental comum”, denominada de Transtornos Mentais Comuns (TMC). Esse tipo de combinação, no que se refere aos problemas de saúde mental, é a mais frequente nos serviços de saúde na AB (FONSECA; GUIMARÃES; VASCONCELOS, 2008).

Embora não preencham os critérios formais para diagnósticos de depressão e/ou ansiedade segundo as classificações do Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fourth Edition (DSM-IV) e da Classificação Internacional de Agravos e Doenças - 10ª Revisão (CID-10), a denominação TMC se refere aos estados de saúde envolvendo sintomas psiquiátricos não-psicóticos, tais como sintomas depressivos, de ansiedade e psicossomáticos proeminentes, que trazem incapacidade funcional ou ruptura do funcionamento normal das pessoas (MARAGNO *et. al.*, 2006)

Além das TMC, demandam a Atenção Básica os problemas relacionados ao uso do álcool que apesar de raramente serem motivadas por iniciativa do próprio usuário, são frequentes na população brasileira, atingindo cerca de um em cada dez adultos (BRASIL, 2013; GOLDBERG; GOODYER, 2005). Ocorrem também os chamados transtornos mentais graves e persistentes, que incluem a esquizofrenia e as psicoses afetivas (transtorno bipolar do humor), sendo esses bem menos frequentes, cerca de dois em cada 100 adultos, mas trazem grande impacto na saúde global das pessoas (BRASIL, 2013).

Entretanto, apesar de frequentes, o não reconhecimento pelos profissionais dos TMC que se apresentam predominantemente através de queixas somáticas termina no subdiagnóstico dessas manifestações (BANDEIRA, M.; FREITAS, L.C.; CARVALHO FILHO; MARAGNO *et. al.*, 2006), e, conseqüentemente, se manifestam em gastos com encaminhamentos e exames desnecessários, como também na

dificuldade de acolhimento dessas manifestações de sofrimento e na prescrição abusiva de psicofármacos (FORTES, 2004).

Além disso, já é reconhecido que a prescrição indiscriminada de psicofármacos não traz resultados satisfatórios, evoluindo para a tolerância aos efeitos ansiolíticos, dependência e em prejuízos do desempenho cognitivo e psicomotor (BASQUEROTE, 2012; BERNIK; SOARES; SOARES, 1990; GALLEGUILLOS *et. al.*, 2003; NORDON *et. al.*, 2010).

Fonseca, Guimarães e Vasconcelos (2008) em revisão bibliográfica sobre TMC identificaram muitas críticas a este conceito onde alguns pesquisadores consideraram que tal conceito propõe uma psiquiatrização e medicalização da vida. Entretanto, os referidos autores referem que “se tal conceito for visto como um modo de apreender uma determinada manifestação de sofrimento e como uma categoria que torna possível a investigação, a pesquisa e as associações com variáveis sócio-demográficas, pode-se enxergar esse conceito como um instrumento que aponta para além da perspectiva medicalizante” (FONSECA; GUIMARÃES; VASCONCELOS, 2008, p. 287).

Estes autores complementam que, ao contrário de uma postura medicalizante, as pesquisas assinalam para a conexão entre este tipo de manifestação de sofrimento e suas raízes psicossociais, identificando as condições que diminuem a vulnerabilidade aos transtornos mentais comuns, agindo como efeito protetor: redes de apoio social, acesso à educação, ao lazer e ao mercado de trabalho e propõem incrementar as redes de apoio social através da formação de grupos, de atividades artísticas, de lazer ou terapêuticas (FONSECA; GUIMARÃES; VASCONCELOS, 2008).

Inúmeros estudos encontraram associação entre os TMC e a baixa escolaridade, baixa renda, assim como a maior prevalência dessas manifestações em mulheres, em comparação com homens e idade avançada (ARAÚJO *et al.*, 2005; GOMES; MIGUEL; MIASSO, 2013; MARAGNO *et al.*, 2006; MOREIRA *et al.*, 2011)

Os TMC, como já referido, estão diretamente relacionados a fatores socioeconômicos e inversamente relacionados à densidade da rede de apoio social (COSTA; LUDEMIR, 2005; FORTES, 2004). Segundo Fortes (2004) essa rede de

apoio social inclui a situação conjugal (ter ou não um companheiro); o número de familiares em quem se possa confiar; a participação em atividades artísticas ou esportivas e a frequência em grupos religiosos. Segundo Costa e Ludemir (2005), reconhecerem-se amado e cuidado e ter amigos e confidentes está associado a baixos níveis de ansiedade, depressão e somatizações, melhor adaptação a circunstâncias estressantes e para aqueles eventos inevitáveis da vida causadores de estresse, passam a ter menos consequência.

Fonseca, Guimarães e Vasconcelos (2008) esclarecem que as populações em situação de desvantagem social não estão necessariamente fadadas aos TMC, entretanto, suas condições de vida propiciam mais facilmente esse tipo de manifestação de sofrimento.

Como destaca o Ministério da Saúde, em relação à demanda em Saúde Mental na atenção básica:

As pessoas procuram ajuda na AB porque sofrem, e não porque tem uma doença. Muitos dos que sofrem e procuram atendimento, estão de fato doentes, mas dificilmente a doença explica todo seu sofrimento. O maior desafio dos serviços de Saúde, no entanto, é cuidar daqueles que estão doentes sem sofrer e dos que sofrem sem estar doentes. São os que estão doentes sem sofrer que fazem do diabetes mellitus, da hipertensão e da obesidade os fatores de risco mais comuns para as doenças cardíaco e cerebrovasculares. São os que sofrem sem estar doentes que lotam as agendas da AB e inflam as estatísticas de prevalência de depressão e de ansiedade. Nesse ponto, vamos lembrar que não é a doença apenas que mobiliza os cuidados dos profissionais de Saúde, mas sim pessoas que sofrem e, doentes ou não, buscam ajuda. Portanto, dizer que uma pessoa não está doente, não significa que ela não necessita de cuidado (BRASIL, 2013, p.89).

Saúde Mental deve ser abordada como sofrimento de pessoas, e não como uma contraposição à saúde física ou biológica, repetindo o velho e equivocado problema da dicotomia corpo/mente tão observado na ciência (BRASIL, 2013; FONSECA; GUIMARÃES; VASCONCELOS, 2008).

Existem evidências fortes de que o TMC tem um impacto significativo em alguns dos mais prevalentes agravos à saúde, seja como fator de risco, seja piorando a aderência ao tratamento, ou mesmo piorando o prognóstico, a exemplo das doenças cardíaco e cerebrovascular e do diabetes, indicando a necessidade de

uma abordagem integral na clínica, sem dissociar a saúde mental da saúde do corpo (BRASIL, 2013).

O foco de atuação da atenção básica, portanto, deve sempre ter como ponto de partida a pessoa que sofre, e não as doenças ou transtornos, o que enriquece a compreensão do que a motiva a procurar ajuda, permitindo um cuidado que se adapta à diversidade de todas as pessoas e, ao mesmo tempo, dá conta da integralidade de cada um (BRASIL, 2012).

Neste sentido, o cuidado focado no sofrimento de pessoas liberta os profissionais de impasses e incertezas, ao promover abertura a inúmeras possibilidades de cuidado, ao efetivar uma mudança de expectativas e objetivos do cuidado, contribuindo para que o processo de trabalho seja transformado em criação, desafio e produção de vida e não necessariamente na definição do “diagnóstico de uma doença” (BRASIL, 2013).

Compreendendo que as práticas em saúde mental na Atenção Básica podem e devem ser realizadas por todos os profissionais de Saúde, o Ministério da Saúde destaca que o entendimento do território e a relação de vínculo da equipe de Saúde com os usuários é o objetivo que deve unificar a equipe para o cuidado em saúde mental, mais do que propriamente a escolha entre uma das diferentes compreensões sobre a saúde mental que uma equipe venha a se identificar (BRASIL, 2013).

Ou seja, o cuidado em saúde mental não é algo de outro mundo ou para além do trabalho cotidiano na Atenção Básica. Pelo contrário, as intervenções em Saúde Mental são construídas no cotidiano dos encontros entre profissionais e usuários, em que ambos criam novas ferramentas e estratégias para compartilhar e construir juntos o cuidado em saúde, promovendo novas possibilidades de modificar e qualificar as condições e modos de vida, orientando-se pela produção de vida e de saúde e não se restringindo à cura de doenças (BRASIL, 2013).

Neste sentido, Chiaverini (2011, p. 22 e 23) descreve algumas ações que podem ser realizadas por todos os profissionais da Atenção Básica, nos mais diversos dispositivos de cuidado:

- Proporcionar ao usuário um momento para pensar/refletir.

- Exercer boa comunicação.
- Exercitar a habilidade da empatia.
- Lembrar-se de escutar o que o usuário precisa dizer.
- Acolher o usuário e suas queixas emocionais como legítimas.
- Oferecer suporte na medida certa; uma medida que não torne o usuário dependente e nem gere no profissional uma sobrecarga.
- Reconhecer os modelos de entendimento do usuário.

Continuando ainda o levantamento de possibilidade de ferramentas e estratégias para o cuidado em Saúde Mental, destacam-se: a escuta qualificada; o acolhimento; ir além da expectativa de cura; não reproduzir o modelo com foco nas doenças e normas; reconhecer que o cuidado trata-se de um acompanhamento processual, longitudinal; separar emocionalmente os valores pessoais das vivências e os valores pessoais dos usuários que acompanha (BRASIL, 2013).

A atenção e tempo para a escuta permite um espaço de desabafo para que o paciente possa contar e ouvir o seu sofrimento de outra perspectiva, por intermédio de um interlocutor que apresenta sua disponibilidade e atenção para ouvir o que ele tem a dizer (BRASIL, 2013).

O exercício de narrar seus sofrimentos, ter a possibilidade de escutar a si mesmo enquanto narra, além de ser ouvido por um profissional de Saúde atento, por si só, já pode criar para o usuário outras possibilidades de olhar para a forma como se movimenta na vida e suas escolhas, além de também ofertar diferentes formas de perceber e dar significado aos seus sofrimentos. Outras vezes, caberá ao profissional de Saúde, a partir daquilo que ouviu ou percebeu, devolver ao paciente algumas ofertas para lidar com situações que aumentam o sofrimento. A segurança para realizar estas orientações virá do vínculo produzido com o usuário ao longo do tempo. Cabe destacar que isso é possível justamente porque o profissional de Saúde se dispôs e soube se colocar como este interlocutor (BRASIL, 2013, p. 24).

O acolhimento é uma ação técnico-assistencial que pressupõe a mudança da relação profissional/paciente e sua rede social por meio de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, reconhecendo o paciente como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde, sendo considerado um forte dispositivo para a formação de vínculo e a prática de cuidado entre o profissional e o usuário (BRASIL, 2008).

A expectativa de cura muitas vezes é a responsável pelo receio dos profissionais de Saúde sobre o manejo das demandas de saúde mental, pois ao

focar seu trabalho na doença espera-se acabar com os sintomas que os usuários expõem. Na realidade, deve-se perguntar se os sintomas manifestados pelos usuários são as causas dos seus problemas ou se tais sintomas também não estão realizando uma função de indicar que algo não vai bem com aquele usuário. É preciso mudar o foco para o doente e não para a doença (BRASIL, 2013).

Nem sempre orientações direcionadas à supressão dos sintomas estarão aliadas a uma intervenção positiva na vida do usuário. Todo cuidado é preciso “para que as intervenções de saúde não se transformem em regras rígidas, sob a consequência de que estas ações estejam apenas baseadas na remissão dos sintomas, descontextualizadas da vida do usuário e do território em que ele vive”, reproduzindo o modelo com foco na doença e normas (BRASIL, 2013, p.26).

O cuidado à saúde das pessoas deve acontecer ao longo do tempo, independentemente do usuário estar com alguma doença, trata-se de um acompanhamento processual, e mesmo que o profissional se sinta na obrigação de orientar algo ao paciente em resposta àquilo que este demanda, nem sempre haverá necessidade da pressa. Lembrando que a proximidade com o usuário, seu território e sua realidade vão auxiliar a construção deste processo de cuidado em que se espera uma fortificação do vínculo entre profissional de Saúde e usuário (BRASIL, 2013).

A dificuldade de lidar emocionalmente com estes encontros pode propiciar distanciamento ou resistência ao trabalho com a saúde mental e como estratégia devem-se separar emocionalmente os valores pessoais das vivências e os valores pessoais dos usuários que acompanha e para lidar com esta situação, é preciso discutir os casos em equipe em espaços protegidos, ou procurar suporte com equipes de apoio matricial (BRASIL, 2013).

Para auxiliar ainda mais na compreensão do cuidado em Saúde Mental, o Ministério da Saúde, fundamentado na obra de Cassel, destaca que cuidar de pessoas que sofrem implica em reconhecer três noções aparentemente simples “cuidado, sofrimento e pessoa” e que sua articulação traz muita riqueza ao campo da Saúde Mental na Atenção Básica (BRASIL, 2013).

Em relação à “pessoa”, em resumo, toda pessoa tem uma vida passada e as memórias de uma pessoa com tudo o que ela viveu, aprendeu e experimentou fazem parte da sua vida presente e de como ela enxerga o mundo. Toda pessoa tem uma vida familiar repleta de papéis, identidades constituídas a partir da história familiar, propiciando sentimento de pertencimento. As experiências e histórias familiares também constituem a pessoa. Toda pessoa tem um mundo cultural. Toda pessoa é um ser político com direitos, obrigações e possibilidades de agir no mundo e na relação com as pessoas. Toda pessoa tem diversos papéis: pai, mãe, filho, profissional, namorado, amante, amigo, irmã, tio etc. Toda pessoa tem uma vida de trabalho, que está relacionada a seu sustento e, possivelmente, de sua família. Um sofrimento considerável pode surgir se uma pessoa é privada de qualquer uma ou várias dessas esferas e, ao ignorar isso, o profissional de Saúde deixa de abordar uma importante causa de sofrimento. Toda pessoa tem um corpo com uma organicidade e anatomia singular composto por processos físicos, fisiológicos, bioquímicos e genéticos que o caracterizam. Cada um tem uma relação com o próprio corpo que envolve história pessoal, pontos de exteriorização de emoções, formas de ocupar o espaço e de se relacionar com o mundo. O corpo é ao mesmo tempo dentro e fora de mim, podendo ser fonte de segurança e orgulho, ou de ameaça e medo (BRASIL, 2013).

E ainda, toda pessoa tem uma autoimagem. Toda pessoa faz coisas, e sua obra no mundo também faz parte dela. Toda pessoa tem hábitos, comportamentos regulares dos quais pouco se dá conta, que afetam a própria vida e a dos outros e que podem ser afetados por problemas de saúde. Toda pessoa tem um mundo inconsciente, de modo que faz e vive um grande número de experiências que não sabe explicar como e por quê. Toda pessoa tem uma narrativa de si e uma dos mundos, algo que junte todas as experiências de vida passadas, presentes e o que se imagina do futuro, em um todo, que “faça sentido” para aquela pessoa. Quase toda pessoa tem uma dimensão transcendente, que se manifesta na vida diária com valores que podem ou não ter a ver com religião. É a dimensão que faz com que a pessoa se sinta como parte de algo atemporal e ilimitado, maior que sua vida comum. E assim por diante, em uma lista tão grande quanto à complexidade e à criatividade de cada vida. À medida que as pessoas interagem com os ambientes em que vivem, essas esferas, que compõem as pessoas, vão se constituindo e

formando sua própria história, cada uma seguindo uma dinâmica própria com regras e parâmetros para um modo de viver específico (BRASIL, 2013).

Partindo da perspectiva multidimensional e sistêmica proposta por Cassell é sobre essa pessoa complexa, descrita anteriormente, que emergem os fenômenos denominados de “doenças”. Entendendo a doença como sendo o surgimento de uma nova dimensão no conjunto preexistente, deixando as questões causais e as redes de determinações esta nova dimensão vai influir nas outras de acordo com as relações que se estabelecerem entre elas. Neste sentido, podemos entender o sofrimento como essa vivência da ameaça de ruptura da unidade/identidade da pessoa (BRASIL, 2013).

Nesta perspectiva, considerando que:

[...] cada pessoa é um conjunto de dimensões diferentes com relações distintas entre cada esfera, devemos, em cada encontro com a pessoa que sofre, dar atenção ao conjunto dessas esferas, em uma abordagem integral, e assim identificar quais transformações ocorreram, como cada mudança influenciou em cada uma das esferas, quais correlações estão estagnadas ou ameaçadas, enfim, o que está provocando adoecimento e o que está em vias de causar adoecimento. Da mesma forma, devemos identificar que esferas ou relações propiciam mais movimento, estabilidade e coesão ao conjunto. Poderemos então elaborar estratégias de intervenção em algumas ou várias dessas esferas, dentro de uma sequência temporal, e buscando reintroduzir uma dinâmica de dissipação das forças entrópicas para reduzir o sofrimento e promover a retomada da vida. O esforço em realizar esse exercício com os usuários e os familiares pode se chamar de Projeto Terapêutico Singular (BRASIL, 2013, p. 32 e 33).

No Projeto Terapêutico Singular (PTS) tratar das doenças não é menos importante, mas é apenas uma das ações que visam ao cuidado integral, a ser elaborado com o usuário e considerando as múltiplas dimensões do sujeito, dentro de um processo dinâmico e de caráter provisório, uma vez que a própria relação entre o profissional e o usuário está em constante transformação (BRASIL, 2013).

Neste sentido, o foco não deve ser unicamente o sofrimento, pois assim corre-se o risco de negligenciar as dimensões da pessoa que esteja indo bem, que seja fonte de criatividade, alegria e produção de vida, e como consequência, pode-se influenciá-la também a se esquecer de suas próprias potencialidades (BRASIL, 2013).

Deslocar o olhar da doença para o cuidado, para o alívio e a ressignificação do sofrimento e para a potencialização de novos modos individuais e grupais de estar no mundo aponta na direção de concepções positivas de saúde mental. Considerando que há dimensões individuais, grupais e sociais na produção do sofrimento, também as respostas devem focar intervenções nesses diferentes âmbitos (BRASIL, 2013). Alguns indicadores que podem ser levados em consideração neste sentido incluem:

- a) o desenvolvimento de novos modos de grupalidade, de maneira a estimular uma maior participação das pessoas nas decisões de um grupo, na produção de benefícios que extrapolem os interesses pessoais e na ampliação da autonomia desse grupo;
- b) a valorização da criatividade com o exercício do pensamento divergente, das atividades simbólicas e abstratas e da interação social;
- c) a utilização do tempo livre, o tempo de lazer e repouso;
- d) o desenvolvimento de uma consciência social que aborde, de maneira crítica, os problemas individuais, grupais e sociais em geral (ROSSI, 2005 *apud* Brasil, 2013, p.35).

Sendo assim, os Projetos Terapêuticos devem ser realmente singulares e precisam fazer sentido para quem eles se destinam, implicando em uma construção social e subjetiva ao mesmo tempo (BRASIL, 2013).

A utilização de um roteiro norteador pode ajudar na organização de um PTS, estabelecendo momentos sobrepostos, são eles: o **diagnóstico situacional**; a **definição de objetivos e metas**; a **divisão de tarefas e responsabilidades**; e a **reavaliação do PTS** (BRASIL, 2008; 2013; OLIVEIRA, 2007, grifo nosso).

No **diagnóstico situacional**, como já foi destacado é importante identificar as necessidades, demandas, vulnerabilidades e potencialidades mais relevantes de quem busca ajuda, valorizando as potencialidades e permitindo a ativação de recursos terapêuticos que deslocam respostas estereotipadas, favorecendo a emergência de novos territórios existenciais e a reconfiguração daqueles já vigentes. Nesta etapa o acolhimento e a escuta qualificada são ferramentas fundamentais (BRASIL, 2008; 2013, grifo nosso).

Recordando ainda, que além das dimensões subjetivas, também é importante abranger o contexto social e histórico em que se inserem a pessoa, a família, o grupo ou o coletivo ao qual está dirigido o PTS. Para completar, não menos importante é identificar as intervenções já realizadas e seus resultados, bem como

realizar a avaliação das vulnerabilidades individuais, familiares, grupais e coletivos compostas pelos fatores de risco e fatores de proteção, incluindo as potencialidades entre estes últimos (BRASIL, 2008, 2013).

Na **definição de objetivos e metas**, reforçando o que já foi dito, ao se definir as questões sobre as quais se pretende intervir não se deve perder de vista o foco para o cuidado, para o alívio e a ressignificação do sofrimento e para a potencialização de novos modos individuais e grupais de estar no mundo apontando na direção de concepções positivas de saúde mental em suas dimensões individuais, grupais e sociais. Este processo deve ser concretizado por meio de uma comunicação culturalmente sensível e de uma negociação pactuada entre todos os envolvidos, lembrando que as diferenças, conflitos e contradições precisarão ser explicitados e trabalhados, procurando pactuar os consensos possíveis, inclusive esclarecendo também as divergências de expectativas, com projeções de curto, médio e longo prazo para os objetivos e metas (BRASIL, 2008, 2013, grifo nosso).

O PTS deve ter sempre um gestor, alguém que faça sua gestão e acompanhe cada passo, acione outros trabalhadores e garanta os encaminhamentos e a busca apoio. Neste sentido, a **divisão de tarefas e responsabilidades** envolve a definição clara do que vai ser feito, por quem e em que prazos, especialmente na organização do cuidado de casos complexos em saúde mental. Esta posição de gestor geralmente é assumida pelo trabalhador que estabelece maior vínculo com a pessoa em sofrimento e tem a responsabilidade de coordenar o PTS, suas tarefas, metas e prazos por meio do acompanhamento, articulação, negociação pactuada e reavaliação do processo com a pessoa, seus familiares, a equipe de Saúde e outras instâncias que sejam necessárias (BRASIL, 2008, 2013, grifo nosso).

Neste sentido, ao lidar com diferentes atores sociais em relação de trabalho e cuidado em saúde pressupõe-se sempre a necessidade de um permanente processo de pactuação do PTS para uma efetiva gestão compartilhada do cuidado, entendendo ainda que a coordenação do PTS neste caso cabe à equipe da Unidade Básica de Saúde pela sua proximidade, vínculo estabelecido, diversidade de cuidado que realiza aos membros da família e mobilidade junto a todos os segmentos envolvidos no processo de cuidado (BRASIL, 2008, 2013, grifo nosso).

Para um PTS mais eficaz, é necessário ainda que cada um tenha instrumentos para trabalhar a gestão do seu processo de trabalho e cuidado. Entretanto, a **reavaliação do PTS**, conduzida pelo gestor do plano, deve ser sistemática e realizada em diversos momentos que incluem encontros entre a pessoa cuidada, seus familiares e o técnico de referência; reuniões de equipe e reuniões ampliadas com outros serviços e instituições implicadas no PTS, onde se deve realizar a revisão de prazos, expectativas, tarefas, objetivos, metas e resultados esperados e obtidos direcionando a manutenção do PTS ou introdução e redirecionamento das intervenções conforme as necessidades (BRASIL, 2008, 2013, grifo nosso).

Segundo o Ministério da Saúde a utilização do PTS como dispositivo de cuidado, além dos benefícios para o usuário, “possibilita a reorganização do processo de trabalho das equipes de Saúde e favorece os encontros sistemáticos, o diálogo, a explicitação de conflitos e diferenças e a aprendizagem coletiva.” (BRASIL, 2013, p. 57).

Esclarece ainda que “lidar com o medo, o desconhecimento e a incerteza faz parte do trabalho em saúde, possibilitando a superação de desafios, o exercício da criatividade e a reconfiguração contínua dos territórios existenciais onde circula a subjetividade dos próprios trabalhadores.” (BRASIL, 2013, p. 57). E aponta para que a existência de um programa de Educação Permanente com oficinas de redes contribui no suporte à gerência e à equipe da unidade, aumentando sua caixa de ferramentas para o trabalho cotidiano (BRASIL, 2013).

A inclusão da redução de danos é outra abordagem a ser valorizada no cuidado em Saúde Mental ao tomar como fundamental a valorização do desejo e das possibilidades dos sujeitos para os quais estão orientadas as ações pressupondo o diálogo e a negociação com estes sujeitos que são o foco da ação. Essa é uma abordagem menos normalizadora e prescritiva, ao evitar ditar ou impor quais seriam as escolhas e atitudes adequadas ou não a serem adotadas, a partir da autoridade profissional. Assim, atuar com esta abordagem na Atenção Básica pressupõe a utilização de tecnologias relacionais centradas no acolhimento empático, no vínculo e na confiança como dispositivos favorecedores da adesão da

pessoa, aspectos também presentes na proposta do Projeto Terapêutico Singular (BRASIL, 2013; CRRD, 2010; DIAS *et. al.*, 2003).

O PTS e a Redução de Danos fazem parte da Clínica Ampliada, uma proposta de instrumento para que os trabalhadores e gestores de saúde possam enxergar e atuar na clínica para além dos pedaços fragmentados, sem deixar de reconhecer e utilizar o potencial desses saberes buscando a participação e autonomia dos usuários enquanto Sujeitos buscando sua participação e autonomia (BRASIL, 2008).

Importante apoio aos profissionais da Atenção Básica no cuidado em Saúde Mental está o matriciamento, estratégia onde os profissionais da Atenção Básica recorrem a outros atores/profissionais com diferentes saberes para construção de projetos terapêuticos incluindo qualquer ator da rede (rede de serviços de saúde, rede intersetorial, rede de apoio social e/ou pessoal do indivíduo) necessário para aquele indivíduo e sua família (CHIAVERINI, 2011).

Aqui se destaca a importância de um mapeamento abrangente de uma rede de saúde ampliada durante o processo de diagnóstico do território, a exemplo dos CAPS, NASF, CRAS, CREAS, Escolas, Igrejas, Centros Comunitários, Grupos Culturais, ONGs, outros equipamentos de educação, esporte ou organizações da sociedade civil enfim, descortinar o que o território vivo possa oferecer.

Mesmo em territórios com baixa densidade de equipamentos sociais, a construção de uma rede de matriciamento é possível, onde a mobilização dos atores e instituições existentes, por si só, já é um fator fundamental com a possibilidade de formação de uma rede de suporte social solidária, inclusiva, corresponsável e protagonista da produção de cuidado e da atenção psicossocial aos usuários no território (BRASIL, 2013; CAMPOS; DOMITT, 2007).

Outra estratégia para o cuidado em Saúde Mental é o fortalecimento das redes de cuidado e de suporte social através do mecanismo de “matriciamento intersetorial permanente” onde se estabelecem espaços permanentes e periódicos de encontros e discussões entre as equipes de Atenção Básica, demais equipes de saúde e de outros serviços do território. O Ministério da Saúde recomenda investir em espaços de reuniões, fóruns, colegiados, espaços de educação permanente,

rodas de conversa, que envolvam atores desta rede, é essencial para a construção de estratégias de aproximação e cuidado com a população no território. “Quanto maior e mais frequentes forem estes canais de troca e de construção coletiva, maior a chance de integração entre os profissionais e de políticas envolvidas.” (BRASIL, 2013, p.127).

Considerar a “família” como protagonista do cuidado reabilitador e outro recurso para o cuidado em Saúde Mental, o que não deixa de ser um desafio um tanto complexo se consideramos que historicamente para a pessoa em sofrimento mental a forma de tratamento disponível era baseada no isolamento e na exclusão, sendo os sujeitos privados do contato com sua família e com a sociedade (BRASIL, 2013).

Inspirada nos princípios da reforma psiquiátrica brasileira, a principal diretriz da Política Nacional de Saúde Mental - PNSM (BRASIL, 2005) consiste justamente na redução gradual e planejada de leitos em hospitais psiquiátricos, priorizando concomitantemente a implantação de serviços e ações de saúde mental de base comunitária, capazes de atender com resolubilidade os pacientes que necessitem de atenção, considerando dentro dessa perspectiva, a família como parceira necessária destes serviços e aliada no cuidado de seu familiar em sofrimento psíquico (ROSA, 2004, *apud* BRASIL, 2013, p.64).

Este princípio pressupõe a manutenção do doente mental em seu território, ou seja, no seu cotidiano, evitando a internação possibilitando assim a preservação dos seus vínculos com seus familiares e suas redes sociais (CORREIA; BARROS; COLVERO, 2011).

Neste sentido, a Estratégia Saúde da Família (ESF) na atenção básica se apresenta como um espaço privilegiado, pois considerar a família no cuidado integral das pessoas já é uma prerrogativa de sua atuação. Na metodologia de trabalho das equipes de ESF, o cadastramento das famílias e o diagnóstico da situação de saúde da população permitem que os profissionais prestem atenção diferenciada às famílias em situação de risco, vulnerabilidade e/ou isolamento social e as visitas mensais aos moradores de uma determinada área, possibilita que estas pessoas e famílias em situação de maior risco sejam mais bem acompanhadas (BRASIL, 2013).

Outro aspecto fundamental desta estratégia da Saúde da Família é o registro das informações utilizando-se do prontuário familiar, facilitando o acesso a todas as informações da família, sua história, queixas ou motivos das consultas, atenção recebida, problemas e formas de enfrentamento, dinâmica de relacionamento familiar etc (BRASIL, 2013).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013), para um cuidado integral em saúde mental, a abordagem familiar é fundamental e deve estar comprometida com o rompimento da lógica do isolamento e da exclusão, fortalecendo a cidadania, o protagonismo e a corresponsabilidade. Para tanto, apesar da pouca formação nos cursos de graduação de estudos sobre família e ferramentas para sua abordagem é crucial que a equipe tenha uma abertura e visão ampliada, uma visão que acolha as diferentes constituições familiares e os diferentes sentimentos que os cuidados no campo da Saúde Mental mobilizam. Conheçam também as ferramentas que auxiliem seu acompanhamento, como a “Entrevista familiar”, “Genograma”, “Ecomapa”, FIRO (Orientações Fundamentais nas Relações Interpessoais), PRATICE (Informações sobre organização familiar e posicionamento da família diante dos problemas), Discussão e Reflexão de Casos Clínicos, Projeto Terapêutico de Cuidado à Família (BRASIL, 2013).

Outra ação importante em Saúde Mental para a Atenção Básica que dialoga com o conceito ampliado de Saúde e com integralidade do cuidado é a realização de Grupos.

A realização de grupos, desde que bem pensado em sua finalidade, estrutura e manejo, permite uma poderosa e rica troca de experiências e transformações subjetivas que não seria alcançado em um atendimento individualizado, devido à pluralidade de seus integrantes, à diversidade de trocas de conhecimentos e de possíveis identificações junto ao grupo (BRASIL, 2013).

Entretanto, para que esta atividade possa superar o aspecto da normalização do cuidado o Ministério da Saúde sugere evitar a formação de grupos por tipologia de agravos ou sofrimento psíquico ou como lugar de abordagem. Ao contrário, recomenda buscar a diversidade grupal, reconhecendo e fazendo-se reconhecer os sujeitos como pertencentes a um território comum e enfatizando o grupo como lugar

de encontro entre sujeitos, pessoas singulares em permanente produção de si e do mundo (BRASIL, 2013).

Uma alternativa para vencer este desafio é a proposta dos Grupos Operativos trazida por Pichon-Rivière, onde considera que o papel do profissional é de instrumentar o sujeito para uma prática de transformação de si, dos outros e do contexto em que estão inseridos. Defende ainda a ideia de que aprendizagem é sinônimo de mudança, na medida em que deve haver uma relação dialética entre sujeito e objeto e não uma visão unilateral, estereotipada e cristalizada. Reforça ainda que a aprendizagem centrada nos processos grupais coloca em evidência a possibilidade de uma nova elaboração de conhecimento, de integração e de questionamentos acerca de si e dos outros (BASTOS, 2010).

Neste sentido, reafirma Bastos “[...] podemos dizer que há uma rede de interações entre os indivíduos. A partir destas interações, o sujeito pode referenciar-se no outro, encontrar-se com o outro, diferenciar-se do outro, opor-se a ele e, assim, transformar e ser transformado por este.” (BASTOS, 2010, p. 162).

Assim, o grupo operativo tem a proposta de mobilizar um processo de mudança, que ocorre essencialmente pelo manejo de medos básicos, da perda e do ataque, fortalecendo o grupo e favorecendo uma adaptação ativa à realidade a partir do rompimento de estereótipos, revisão de papéis sociais, elaboração das perdas cotidianas e superação das resistências a mudanças (BRASIL, 2013).

Merece grande destaque as chamadas Práticas Integrativas e Complementares (PICS) como propostas de cuidado em Saúde Mental, não só pelo seu entendimento já diferenciado do processo saúde-doença, onde corpo/mente não estão dissociados, como também pelo foco de atuação estar no restabelecimento do equilíbrio da vida, da saúde, ficando a “cura” da doença como consequência natural.

Seus benefícios foram reconhecidos pelo Ministério da Saúde, através da implantação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS (Portaria MS/GM nº 971, de 3 de maio de 2006) onde buscou ampliar o acesso da população a esses serviços, de modo transversal nos diversos pontos de atenção, mas prioritariamente na Atenção Básica, a exemplo da Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura/Meditação, Homeopatia, Plantas Medicinais e

Fitoterapia, Termalismo/Crenoterapia, Medicina Antroposófica (BRASIL, 2006b, 2013).

Em se tratando do cuidado à saúde mental, para a Medicina Tradicional Chinesa (MTC), as duas teorias (polaridade *yin* e *yang* e a teoria dos Cinco Movimentos, a saber: madeira, fogo, terra, metal e água) ajudam a ampliar o olhar sobre o usuário e sobre as desarmonias que levam ao sofrimento mental, reconhecendo a diversidade de influências sobre os processos humanos e sua relação com o ambiente (BRASIL, 2013).

A acupuntura é amplamente utilizada no tratamento de transtornos mentais, como o abuso de substância e dependência do álcool (DEMARZO, 2011), insônia (REGO, 2011), entre outros. Sua utilização no serviço público, além de proporcionar a redução de custos e de consumo de medicamentos alopáticos no serviço, incentiva comportamentos que podem vir a beneficiar as condições para a melhoria da Saúde Mental, onde além dos benefícios da técnica em si, promove a criação de um vínculo de confiança com o profissional de saúde que facilita a adesão ao(s) tratamento(s) por ele propostos (CINTRA; FIGUEIREDO, 2008).

Destaca-se também a prática regular da Meditação que vem ganhando força e aceitação nos últimos anos, não apenas pela sua contribuição na prevenção e tratamento de diversas doenças e de condições clínicas, mas principalmente pela sua capacidade de melhorar a qualidade de vida e do estado de saúde e de reduzir os níveis prejudiciais de estresse (DEMARZO, 2011). São inúmeras as técnicas de meditação, sendo a Yoga, a Meditação Transcendental e a *Mindfulness* as mais conhecidas no meio científico, combinando elementos da psicologia e da neurociência (BURKE, 2012).

A *Mindfulness*, conhecida em português como “Atenção Plena” ou “Mente Presente” é um tipo de meditação que consiste na tentativa de prestar atenção, intencionalmente e de maneira consciente, no momento atual, sem fazer julgamentos ou tentar modificar pensamentos, sentimentos ou sensações (KABAT-ZINN, 1990; KABAT-ZINN, 2003).

Fundamentado nesta prática, Kabat-Zinn (1990, 2003) desenvolveu um programa de redução de estresse, conhecido como Programa de Redução de

Estresse Baseado em *Mindfulness*, o MBSR (Mindfulness-based Stress Reduction), estruturado ao longo de oito semanas, em que os participantes se reúnem semanalmente por 2,5 horas para vivência de técnicas de meditação. Atribuições complementares são solicitadas para serem desenvolvidas em ambiente domiciliar ou de trabalho, diariamente e com duração média de 45 minutos. Os participantes são instruídos no sentido de procurar incorporar a meditação em sua vida diária, fazendo com que as atividades rotineiras se tornem, de certa forma, uma prática meditativa (CHIESA; SERRETTI, 2009; KABAT-ZINN, 2003).

Trata-se de uma técnica de psicoterapia milenar, breve, fácil de aprender e aplicar, que pode ser aplicada tanto em grupo quanto individualmente, e que tem demonstrado sua eficácia em múltiplas enfermidades e serviços de saúde, sendo aceito especialmente na atenção primária (FINUCANE; MERCER, 2006).

Atualmente, este programa está disseminado em países como Estados Unidos, Austrália, Inglaterra, e comprovadamente tem auxiliado as pessoas a lidarem melhor com situações geradores de estresse (DEMARZO, 2011; KABAT-ZINN, 1990; HOFMANN *et. al.*, 2010); no controle da ansiedade (HOFMANN *et. al.*, 2010; KABAT-ZINN, 1990); depressão (CAMPAYO, 2008; CHIESA; SERRETTI, 2009; HOFMANN *et. al.*, 2010; KABAT-ZINN, 1990; LEITE *et. al.*, 2010); dor crônica (LEITE *et. al.*, 2010); dependência de substâncias (DEMARZO, 2011); controle da agressividade (CAMPAYO, 2008); insônia (HOLLON *et. al.*, 2005); hipertensão e cardiopatias (CAMPAYO, 2008; CHIESA; SERRETTI, 2009; KABAT-ZINN, 1990).

Outro recurso que merece destaque é a Homeopatia. Ancorada em três princípios fundamentais: a lei dos semelhantes, a experimentação no homem sadio e no uso de doses infinitesimais, a Homeopatia se caracteriza pela visão de unidade do binômio corpo/mente, indissociável, e por reconstruir o indivíduo em sua dimensão integral, vivo e dinâmico em suas relações sociais. Utiliza uma anamnese profunda e detalhada e a prescrição é singular e objetiva traçar um projeto de valorização da vida, conservação e recuperação da saúde (BRASIL, 2013).

Os serviços de Homeopatia da na rede pública de atenção à Saúde têm sido opção terapêutica bastante frequente entre as pessoas com quadros de ansiedade, depressão, síndrome do pânico, insônia e outros transtornos mentais, além de

auxiliar no processo de redução e retirada de medicamentos psicotrópicos (BERNARDEZ *et al*, 2000; NOVAES, 2007).

O uso de fitoterápicos com finalidade profilática, curativa, paliativa ou com fins de diagnóstico passou a ser oficialmente reconhecido pela OMS em 1978, quando recomendou a difusão mundial dos conhecimentos necessários para o seu uso (BRASIL, 2006 c). Tradicionalmente, já é conhecida a utilização pela população de plantas com finalidades terapêuticas e a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) reconhece e incentiva esta prática (BRASIL, 2006 b, 2013).

A Fitoterapia caracteriza-se pelo uso de plantas medicinais em suas diferentes apresentações e formas farmacêuticas, sem a utilização de substâncias ativas isoladas, ainda que de origem vegetal, mas seus benefícios podem ir além dos medicamentos prescritos, a exemplo da Erva de São João para a depressão, Valeriana para a ansiedade, Camomila para o transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (DEMARZO, 2011; FAUSTINO; ALMEIDA; ANDREATINI, 2010).

As plantas medicinais cultivadas em hortos públicos além de importantes fontes de matéria-prima são potenciais lugares para ações de educação em Saúde, seja em função da participação das pessoas no cultivo das espécies, sejam pelas demais ações de divulgação que visam ao uso racional de plantas medicinal e fitoterápico, como também como importante dispositivo terapêutico no campo da Saúde Mental em si (BRASIL, 2013).

Abordagem da Medicina Antroposófica é outro recurso milenar e reconhecido pela Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC). A Medicina Antroposófica é de base vitalista e baseia-se na aplicação, no campo da saúde, de conhecimentos inspirados na Antroposofia onde considera o homem em suas diferentes dimensões corporal, psíquica e social como um todo indivisível e intimamente ligado à natureza e aos seus elementos, constituindo um organismo complexo e profundamente integrado (BRASIL, 2013).

No campo da Saúde Mental, a Psicologia Antroposófica propõe processo psicoterapêutico baseado na imagem ampliada do ser humano e pode ser acompanhada de outras terapias tais como a Terapia Artística, a Cantoterapia e a

Musicoterapia, entre outras. A Psiquiatria inspirada na Antroposofia lança mão de medicamentos antroposóficos, fitoterápicos e homeopáticos, além dos medicamentos convencionais, quando necessários (BRASIL, 2013).

Como vimos, as PICS envolvem abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, de elevada complexidade e baixa densidade, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade. Outros pontos compartilhados pelas diversas abordagens abrangidas nesse campo são a visão ampliada do processo saúde-doença e a promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado (BRASIL, 2013).

Outra ferramenta à disposição dos profissionais da Atenção Básica para o cuidado em Saúde Mental é a Terapia Comunitária (TC) que já é realizada em muitos estados do País, sendo reconhecida como uma prática com grande potencial terapêutico. Trata-se de um espaço comunitário que possibilita a troca de experiências e de sabedorias de vida, trabalhando de forma horizontal e circular ao propor que cada um que participe da sessão seja corresponsável no processo terapêutico que se realiza naquele momento e que produz efeitos tanto grupais quanto singulares. Para a sua prática há a necessidade de um ou dois terapeutas comunitários com formação e um recinto que permita a realização da roda de conversa. O espaço é aberto onde qualquer pessoa que tenha interesse pode participar portadores ou não de sofrimento e/ou patologia psíquica e/ou orgânica. Para cada encontro, forma-se um grupo que dará conta da sessão do dia (BRASIL, 2013).

No Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental (CHIAVERINI, 2011), estão descritas as etapas e regras propostas para a Terapia Comunitária:

Etapas da Terapia Comunitária (CHIAVERINI, 2011, p. 74):

1. Acolhimento– momento de apresentação individual e das cinco regras.
2. Escolha do tema– as pessoas apresentam as questões e os temas sobre os quais querem falar. Vota-se o tema a ser abordado no dia.
3. Contextualização– momento em que o participante, com o tema escolhido, conta sua história. O grupo faz perguntas.

4. Problematização– o mote (questão-chave para reflexão) do dia, relacionado ao tema, é jogado para o grupo.
5. Rituais de agregação e conotação positiva– com o grupo unido, cada integrante verbaliza o que mais o tocou em relação às histórias contadas.
6. Avaliação– feita entre os terapeutas comunitários.

Regras da Terapia Comunitária (CHIAVERINI, 2011, p.74):

1. Respeitar quem está falando. Fazer silêncio para escutá-lo.
2. Falar da própria história, utilizando a 1º pessoa do singular (eu).
3. Cuidar para não dar aconselhamento, discursar ou dar sermões.
4. Utilizar músicas que tenham a ver com o tema escolhido, bem como piadas, histórias e provérbios relacionados.
5. Preservar segredo do que é exposto na TC (comum em comunidades violentas).

Outra interessante forma de cuidado que o profissional da Atenção Básica pode oferecer à pessoa que está com sofrimento psíquico é a “terapia de ativação”. Trata-se de uma abordagem fundamentada na terapia cognitiva comportamental que incentiva e apoia a retomada das atividades que oferecem qualquer tipo de satisfação à pessoa (BRASIL, 2013).

Tanto nas consultas individuais quanto em momentos de grupo, o profissional da Atenção Básica poderá abordar as questões relativas às atividades prazerosas. E, nestes momentos, ambos construirão um plano de retomada de tais atividades, que poderá ser concebido como uma meta à qual o sujeito se empenhará a atingir (BRASIL, 2013).

No Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental propõe-se a construção da agenda positiva, ferramenta que permite ao usuário e aos profissionais acompanharem o andamento da retomada às atividades. Ainda menciona-se o registro em prontuário do que está se acordando com o sujeito, a fim de que todos os profissionais da equipe que tenham contato com essa pessoa participem do processo, motivando-o na (re)construção do espaço de lazer e satisfação em sua vida, sempre atento ao estado motivacional do sujeito e analisando o que de fato está acessível evitando provocar frustrações dispensáveis (BRASIL, 2013; CHIAVERINI, 2011).

Outro recurso não menos importante e muito necessário para auxiliar no cuidado da pessoa em sofrimento mental é a “mediação de conflitos”. São inúmeras

as ocasiões onde o profissional da saúde se depara com situações de conflito familiar ou grupal e necessita estar preparado para a condução dessa demanda especialmente pelo fato da sua atuação gerar um vínculo mais próximo com o usuário. Os processos de mediação de conflitos não necessariamente dependem de especialistas com aprofundados conhecimentos acerca das relações humanas. A proposta é assumir um papel de agente neutro e utilizar algumas técnicas simples e práticas de mediação de conflitos para a condução dessas situações, contribuindo sobremaneira para resolução do problema (BRASIL, 2013).

O Ministério da Saúde apresenta alguns procedimentos para mediar situações de conflito, abordados no “Treinamento de Negociação e Gestão de Conflitos”, ministrados por GUIRADO (2011 *apud* BRASIL, 2013, p.146 e 147), envolvendo os seguintes passos: Percepção do conflito; Enfrentamento do conflito; Compreensão da natureza do conflito; Opções de solução do conflito; Resolução do conflito. Estas etapas estão descritas a seguir:

- Percepção do conflito:
 - pode estar latente no grupo ou apenas sentida.
- Enfrentamento do conflito:
 - montar estratégias de abordagem, verificando as disposições grupais para resolução e os momentos mais adequados para tratá-los.
- Compreensão da natureza do conflito:
 - Ouça a posição das partes.
 - Esclareça a versão dos fatos que sustenta cada posição atribuindo o mérito de cada uma.
 - Descubra os interesses e os sentimentos que permeiam a situação de conflito.
 - Identifique o problema preliminar relacionado ao conflito e busque concordância das partes para essa definição.
 - Busque o máximo de informações possíveis sobre o problema preliminar, procurando identificar outros problemas relacionados.
 - Elimine informações desnecessárias.
 - Estabeleça a relação de causa e efeito entre os problemas identificados.
 - Redefina o problema principal considerando os interesses das partes.
 - Transforme os demais problemas em questões a serem resolvidas sequencialmente.
- Opções de solução do conflito:
 - Compartilhar as informações levantadas e os diversos pontos de vistas com todos os envolvidos.
 - Definir prioridades entre as questões a serem resolvidas.
 - Estimular a proposição de soluções que atendam aos méritos e interesses de cada parte, considerando todas as soluções como possíveis.

- Estimular a apresentação de argumentos a favor e contra cada solução.
- Estimular a compreensão das implicações positivas e negativas de cada solução e a exposição de todas as críticas e dúvidas.
- Resolução do conflito:
 - Evite o recurso do voto como método de tomada de decisão.
 - Proponha escolhas da solução que melhor satisfaça os interesses e as necessidades de todos os envolvidos.
 - Busque o compromisso de todos com a solução escolhida. (GUIRADO, 2011 *apud* BRASIL, 2013, p.148 e 149)

A Terapia Interpessoal Breve (TIB) é outro recurso importante para o cuidado em Saúde Mental. Atua nos estressores psicossociais, no suporte social e nas relações interpessoais, visando basicamente o rápido alívio sintomático e a melhora dos sintomas psíquicos que interferem na socialização da pessoa, reestruturando o funcionamento interpessoal por meio do trabalho em focos determinados nos primeiros encontros da terapia. Geralmente é mais utilizado para casos de depressão em todas as faixas etárias, transtorno bipolar, transtornos alimentares, transtornos de estresse pós-traumático. Necessita, entretanto, de ser realizada por profissionais especializados em saúde mental juntamente com os profissionais da Atenção Básica (CHIAVERINI, 2011).

As etapas da Terapia Interpessoal Breve (TIB) são descritas no Guia Prático De Matriciamento Em Saúde Mental (CHIAVERINI, 2011, p. 71 e 72) e inclui:

1. Fase inicial: um ou dois encontros para levantar a história do sofrimento psíquico/emocional, realizar um inventário interpessoal, fazer uma psicoeducação e determinar o foco da intervenção.
2. Fase intermediária: cinco a oito encontros em que o indivíduo e o profissional mantêm foco na área interpessoal e nos quais se detectam problemas com a finalidade de melhorar o funcionamento interpessoal que desencadeia ou mantém o sofrimento.
3. Fase final: um ou dois encontros destinados ao término da intervenção, em que é feito um levantamento dos progressos e mudanças ocorridos. É um momento de consolidação de ganhos, em que se discutem estratégias e cuidados de prevenção contra problemas futuros.

Os focos da terapia interpessoal breve, segundo o Guia de Matriciamento em Saúde Mental (CHIAVERINI, 2011, p. 72) são determinados junto ao indivíduo e encontra-se em quatro áreas de problemas interpessoais:

- luto: associado a perdas;
- disputas interpessoais: acentuam as dificuldades em desenvolver vínculos de confiança;

- transição de papéis: envolvem situações de mudança que podem ter sido ocasionadas por situações de rompimento dos papéis após um trauma;
- sensibilidade interpessoal: os sintomas intrusivos ou de evitação rompem o funcionamento interpessoal, levam a interações problemáticas ligadas a uma vulnerabilidade interpessoal anterior ao adoecimento.

Os profissionais da saúde podem recorrer também para o cuidado em Saúde Mental na Atenção Básica às Intervenções Breves (IB), cuja estratégia terapêutica vem sendo cada vez mais utilizada para a detecção precoce de problemas, em especial os relacionados ao abuso de substâncias, pois contribui para que as pessoas identificadas como usuárias de risco, possam receber cuidados antes de evoluírem para um possível quadro de dependência (CHIAVERINI, 2011).

Segundo Marques e Furtado (2001, *apud* BRASIL, 2013, p. 149), o principal objetivo desta proposta é identificar o problema e motivar a pessoa a alcançar determinadas metas estabelecidas em parceria com o profissional de saúde, que podem ser desde iniciar um tratamento, rever seu padrão de consumo e planejar uma possível redução ou, ainda, obter mais informações sobre os riscos e os problemas que estão associados a esse uso. O estímulo à autonomia das pessoas, atribuindo-lhes a capacidade de assumir a iniciativa e a responsabilidade por suas escolhas é outra importante característica desta estratégia.

Estas intervenções Breves (IB) são constituídas por etapas descritas no Guia Prático De Matriciamento Em Saúde Mental (CHIAVERINI, 2011, p. 76) que podem durar de cinco a trinta minutos, e inclui:

1. Avaliação do uso de substâncias com a aplicação de instrumentos padronizados (CAGE, ASSIST e o teste de Fagerström), e devolutiva após identificar a exposição nas pessoas que buscam os serviços de saúde.
2. Responsabilidades e metas: devolutiva e negociação conforme padrão de uso encontrado no primeiro passo. Com isso faz-se a responsabilização pelas escolhas e suas possíveis consequências.
3. Aconselhamento: informações claras e sem preconceito sobre os riscos do uso das substâncias, além da vinculação dos problemas atuais vivenciados e o padrão de uso.
4. Estratégias para mudança de comportamento: identificação das situações de uso, fatores motivacionais que favorecem o consumo, pensando-se em mudanças de práticas e rotinas.
5. Empatia: disposição para ouvir e disponibilidade para continuar a discutir o assunto, ainda que em outro momento, evitando comportamento de confronto ou agressivo em relação à pessoa e ao uso da substância, de modo a fortalecer o vínculo, que é peça chave na abordagem.

6. Autoeficácia: encorajamento da pessoa para que se sinta no autocontrole, com confiança nos recursos de que dispõe (inclusive a equipe de saúde).

Por serem breves, geralmente não se indica essa modalidade de intervenção para pessoas com problemas graves. Alguns exemplos de opções e estratégias de IB:

- Sugira à pessoa que faça um diário sobre seu uso de substância, registrando, por exemplo, onde costuma (ou costumava) usar, em que quantidade, em companhia de quem, por qual razão etc. Isso ajudará a identificar as possíveis situações de risco.
- Identifique com a pessoa algumas atividades que possam lhe trazer prazer, por exemplo, alguma atividade física, tocar um instrumento, ler um livro, sair com pessoas para atividades de lazer. Após essa identificação, proponha a ela que faça alguma dessas atividades no período em que, geralmente, estaria usando a substância.
- Forneça informações sobre os prejuízos associados ao uso de drogas e sobre a rede de cuidados disponíveis onde a pessoa possa buscar ajuda especializada, se for o caso.
- Procure ter conhecimento dos recursos existentes na comunidade, para ajudá-la a identificar atividades que seriam de seu interesse participar, como centros de convivência, oficinas, atividades esportivas e outras.
- Descubra algo que a pessoa gostaria de ter e sugira que ela economize o dinheiro que normalmente gastaria para obter a substância para adquirir aquele bem. Faça as contas com ela sobre quanto ela gasta. Por exemplo, um fumante que gaste R\$ 3,00 por dia com cigarros, em um mês economizaria R\$ 90,00 e em 6 meses R\$ 540,00. Com este dinheiro, poderia comprar uma TV nova, por exemplo, ou pagar mais da metade de um computador completo. Contas simples como essa podem ajudar a perceber o prejuízo financeiro, além dos problemas de saúde (BRASIL, 2010, *apud* BRASIL, 2013 p.151).

A Terapia de Solução de Problemas (TSP) é outro recurso breve e de fácil aplicação sendo bem aceito por pacientes e profissionais no cuidado em Saúde Mental na Atenção Básica. Tem como objetivos principais: ajudar o paciente a identificar problemas ou conflitos como uma causa de sofrimento emocional; ensiná-lo a reconhecer os recursos que possui para resolver as suas dificuldades, aumentando a sensação de controle com as circunstâncias negativas; ensinar às pessoas um método para apoiá-las na resolução de problemas futuros (CHIAVERINI, 2011).

Esta terapia não se aplica a transtornos psiquiátricos graves (esquizofrenia, abuso de substâncias ou transtornos de personalidade) sendo recomendada para as seguintes situações associadas a transtornos mentais comuns (TMC): perda real ou

temida (propriedade, status, relacionamentos etc.); adoecimento físico; dificuldades nas relações conjugais ou interpessoais; problemas de trabalho ou estudo; adaptação às situações de transtorno mental ou problema psicológico (CHIAVERINI, 2011).

O Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental (CHIAVERINI, 2011, p.70) descreve as etapas da Terapia de Solução de Problemas (TSP) destacando que tais etapas podem acontecer em encontros semanais de 20 a 30 minutos, geralmente de quatro a seis encontros, em consultas individuais ou em grupo:

1. Identificar a necessidade de aplicabilidade: diagnóstico do transtorno mental e proposta de tratamento.
2. Explicar o tratamento: contrato terapêutico e sua metodologia.
3. Listar e eleger problemas: o paciente aponta problemas, que são agrupados por categorias, como pessoal, interpessoal, familiar, saúde, financeiro, profissional. Elege-se o problema prioritário, que então passa a ser dividido em problemas 'menores'.
4. Pensar em metas alcançáveis: discussão da exequibilidade das metas trazidas pela pessoa, relacionadas ao problema eleito.
5. Gerar soluções: identificação de meios para alcançar as metas, com base na realidade da pessoa. Quanto mais soluções, melhor.
6. Eleger uma solução: reflexão sobre prós e contras das soluções levantadas.
7. Colocar solução em prática: criação de plano de ação para efetivar a solução eleita.
8. Avaliar e repetir o ciclo: avaliar o progresso obtido, evitando-se visões negativas com crítica a soluções do tipo 'tudo ou nada'.

No caso de aplicar esta terapia em grupo pode-se obter grande impacto por permitir troca de experiências, uma vez que muitas situações são comuns entre as pessoas, fortalecendo-se uma rede social de apoio, tal como acontece na terapia comunitária (CHIAVERINI, 2011).

Como já abordado anteriormente, é comum demandas na atenção básica de queixas de sintomas físicos para os quais não encontramos explicação médica onde ficou destacado a importância de focar no doente e seu sofrimento e não necessariamente na doença e seu diagnóstico.

Nesse contexto, cabe ao profissional da Atenção Básica acolher e ajudar a pessoa a perceber que existe o sofrimento, que muitas vezes nem mesmo é reconhecido por ela, e construir de forma empatia e solidaria um projeto simples que vise ao cuidado desta pessoa em sofrimento. Esta estratégia é chamada de "Terapia

de Reatribuição de Sintomas” que significa fazer a relação entre as queixas de sintomas somáticos sem explicação médica e o sofrimento psíquico, constituindo-se no primeiro passo a ser dado no cuidado à pessoa em sofrimento psíquico.

Dada a importância desta abordagem retomamos sua discussão apresentando algumas estratégias para a sua execução.

O Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental (CHIAVERINI, 2011, p.68) ressalta que o trabalho de reatribuição demanda um tempo, pois ele não será realizado em um único encontro, e apresenta um interessante esquema sobre os passos para a sua execução:

1. Sentindo-se compreendido– fazer anamnese ampliada e exame físico focado na queixa, com valorização das crenças da pessoa.
2. Ampliando a agenda– dar feedback à pessoa, com recodificação dos sintomas e vinculação destes com eventos vitais e/ou psicológicos.
3. Fazendo o vínculo– construir modelos explicativos que façam sentido para a pessoa.
4. Negociando o tratamento– pactuar, em conjunto com a pessoa, um projeto terapêutico ampliado.

Esclarece ainda que estas etapas devem seguir uma rotina de consultas que podem durar de 15 a 45 minutos reservando pelo menos uma consulta para cada uma das etapas, de tal forma que o profissional e a pessoa em tratamento desenvolvam um contrato terapêutico (CHIAVERINI, 2011. p.68).

Vale destacar que a totalidade das propostas para implementar o cuidado em Saúde Mental na Atenção Básica aqui descritas integram as diretrizes e princípios do SUS, contempladas na Política Nacional de Atenção Básica - PNAB (BRASIL, 2012) caracterizando uma atenção integral à saúde: a promoção e a proteção, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde. Apresenta ainda, potencial de promover a qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes, tal como orienta a Política Nacional de Promoção da Saúde - PNPS (BRASIL, 2006a).

Compõe também estratégias para efetivação da Política de Saúde Mental (PSM), na perspectiva da Reforma Psiquiátrica e a Política Nacional de Humanização (PNH) que opera transversalmente englobando os diferentes níveis e

dimensões da Atenção e da Gestão da saúde no SUS, que não se caracteriza como mero conjunto de propostas abstratas, ao contrário, apresenta-se como possibilidades e experiências concretas que se quer aprimorar e multiplicar (BRASIL, 2004, 2005, 2008)

Entretanto, apesar destas propostas configurarem-se como uma tecnologia que Merhy (2002) designou por “leve”, de caráter relacional e que se produz nos encontros entre usuários e trabalhadores no campo da saúde, em contrapartida, as dificuldades vividas pelo SUS nos colocam frente ao impasse de efetivar e garantir na prática os princípios que estão assegurados em lei. A trajetória de fragmentação da rede de assistência e do processo de trabalho, com baixo investimento na qualificação profissional reflete no despreparo das equipes para lidar com a dimensão subjetiva nas práticas de atenção, muitas vezes culminando em desrespeito aos direitos dos usuários (MELO; PAULON, 2015).

Para finalizar esta excursão pelas possibilidades de estratégias para o cuidado em Saúde Mental (SM), na fala de Silva e Brito:

O fortalecimento do trabalho em equipe constitui índice desse cuidado. Ampliando a responsabilização da equipe pelo planejamento das ações e criando fluxos de atendimento (flexíveis, mas criteriosos e diretivos) criam-se importantes impactos no acesso ao serviço. Nesta criação de um programa local, cuidar de princípios que orientam eticamente a clínica, no coletivo de trabalhadores, também configura como um processo importante. Ainda que a diversidade teórico-técnica seja garantida, construir uma afinação metodológica entre os profissionais mostra-se fundamental no desenvolvimento de recursos para cuidar das aflições, dos sofrimentos, das imensas gravidades que marcam a vida dos ‘pacientes de SM’ (SILVA; BRITO, 2015, p. 73)

6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

6.1. Primeiro Passo – Identificação dos Problemas

A partir de dados levantados em registros escritos existentes na UBSF e de outras fontes secundárias; na vivência clínica; em entrevistas com informantes-chave e na observação ativa da área, os problemas identificados em toda área de abrangência do PSF, foram:

- Alta prevalência de Hipertensão Arterial.
- Alta prevalência de Diabetes.
- Risco cardiovascular aumentado.
- Alta prevalência de Transtornos Mentais.

6.2. Segundo passo – Priorização dos problemas

A seguir discutimos com a equipe qual problema deveria ser priorizado para intervenção, chegando à seguinte ordem de prioridade:

- 1º - Alta prevalência de Transtornos Mentais.
- 2º - Alta prevalência de Hipertensão Arterial.
- 3º - Alta prevalência de Diabetes.
- 4º - Risco cardiovascular aumentado.

6.3. Terceiro passo – descrição do problema

Apesar da UBSF Guarani ainda não contar com dados estatísticos referentes à prevalência dos transtornos mentais ou do perfil destes pacientes, a vivência clínica dos atendimentos em sua maioria com queixas e/ou sintomas de transtornos mentais, a excessiva demanda de renovação de receitas de psicotrópicos, as dificuldades sempre relatadas pela equipe em receber e conduzir estes pacientes levou a equipe a priorizar o problema “Alta prevalência de problemas de Saúde Mental” para melhor compreender sua gênese e as possíveis ações para uma abordagem mais qualificada reduzindo esta prevalência ou mesmo evitando sua ocorrência.

Constata-se na vivência do cotidiano da unidade que existem muitas dúvidas, curiosidades e receios em relação às práticas em saúde mental, referidas pela maioria dos profissionais. Dificuldades no acolhimento e na condução dos casos de transtornos mentais, e até mesmo na percepção de tratar-se ou não de um caso de transtorno mental foram percebidas.

Contudo, nem sempre a atenção básica apresenta condições para dar conta dessa importante tarefa. Às vezes, a falta de recursos de pessoal e a falta de capacitação acabam por prejudicar o desenvolvimento de uma ação integral pelas equipes.

Mesmo contando com o apoio matricial de um psiquiatra na área de abrangência, o mesmo vem na UBSF apenas uma vez por mês, não suprimindo a demanda. Os pacientes psiquiátricos em sua maioria terminam sendo acompanhados pelo médico de família e a psicóloga, que frente à sobrecarga da agenda com demanda espontânea, acompanhamento de programas, reuniões, visitas domiciliares e capacitações, muitas vezes as ações se concentram nas renovações de receitas. A renovação de receitas por vezes é realizada sem reavaliação adequada dos casos, sem uma continuidade necessária ou mesmo uma indicação precisa, caracterizando falhas no cuidado em Saúde Mental.

Somam-se aos problemas descritos, a insegurança dos profissionais em lidar ou mesmo reconhecer os casos que demandam cuidados em Saúde Mental, referindo a necessidade de formação nesta área de modo que minimamente a equipe possa estar capacitada e suas ações possam ocorrer de forma integrada e harmonizada em benefício da população em geral e em especial daquelas em sofrimento psíquico.

6.4. Quarto passo – explicação do problema

A equipe discutiu sobre o tema e levantou inúmeros fatores relacionados à Alta prevalência de Transtornos Mentais.

1. Pouco conhecimento sobre sua Doença Mental: descompensações frequentes gerando estresse e uso abusivo de psicotrópicos agravados pelo desconhecimento e falta de informação em relação à sua doença crônica.
2. Influência das Condições Sociais: grande carga de estresse gerado pelas condições de violência e desemprego.
3. Hábitos e estilos de vida inadequados: dependência do uso abusivo de álcool e outras drogas agravando ou mesmo desencadeando novos problemas de Saúde Mental.
4. Família disfuncional: existência no território de inúmeras famílias desestruturadas mantendo ou mesmo gerando novos casos de transtornos mentais, pois afeta todos os membros da família.
5. Processo de Trabalho: desconhecimento e despreparo da equipe em relação ao cuidado em Saúde Mental com pouca resolutividade destes problemas e consequente aumento da sua prevalência e da dependência de fármacos psicotrópicos.

Os Transtornos de saúde mental são muito frequentes na Atenção Básica e estão frequentemente associados a problemas de saúde física sendo comum o profissional da saúde não identificá-lo prontamente e mesmo o paciente, quase sempre tem dificuldade em reconhecê-lo em sofrimento psíquico.

A identificação do sofrimento psíquico deve ser feita precocemente, estando ou não associado a transtornos físicos, pois assim aumentam as possibilidades de se evitar agravamentos tanto dos problemas físicos quanto mentais.

O cuidado adequado em Saúde Mental pela equipe da Atenção Básica é um dos maiores desafios para redução da morbidade causada por essa condição, para evitar a medicalização desnecessária e reduzir hospitalizações, necessitando de uma abordagem multidisciplinar e intersetorial.

6.5. Quinto passo: seleção dos "nos críticos".

Para uma intervenção mais efetiva é importante selecionar, entre os vários fatores, aqueles considerados mais importantes na origem do problema que quando

“atacado” é capaz de impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo. Considerando ainda que estes fatores devem estar dentro do espaço de governabilidade dos atores responsáveis, ou seja, que se tenha capacidade de enfrentamento. (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Os “nós críticos” selecionados para o enfrentamento do problema da “Alta prevalência de Transtornos Mentais” na UBSF Guarani foram:

1. Pouco conhecimento sobre sua Doença Mental: descompensações frequentes gerando estresse e uso abusivo de psicotrópicos agravados pelo desconhecimento e falta de informação em relação à sua doença crônica.
2. Influência das Condições Sociais: grande carga de estresse gerado pelas condições de violência e desemprego.
3. Família disfuncional: existência no território de inúmeras famílias desestruturadas com caso de Saúde Mental direta ou indiretamente relacionado ao uso abusivo de álcool e outras drogas.
4. Processo de Trabalho: desconhecimento e despreparo da equipe em relação ao cuidado em Saúde Mental com pouca resolutividade destes problemas e consequente aumento da sua prevalência e da dependência de fármacos psicotrópicos.

Em relação ao pouco conhecimento sobre Doença Mental gerando descompensações frequentes, estresse e uso abusivo de psicotrópicos optou-se por focar a “Saúde Mental” e não da “Doença Mental” e ampliar a discussão envolvendo também os familiares e a população em geral pois assim abre-se a possibilidade para iniciar a desconstrução dos preconceitos e fortalecer a rede de apoio psicossocial.

Neste momento optou-se por focar o trabalho junto às famílias disfuncionais com problema de uso abusivo de álcool e outras drogas devido à sua alta prevalência e por estar relacionado à alta demanda em Saúde Mental nesta Unidade de Saúde não apenas dos usuários, mas principalmente de seus familiares. Trabalhando junto a estas famílias disfuncionais com apoio de profissionais com formação em abordagem familiar e cuidado em Saúde Mental para a devida

formação e fortalecimento da equipe para posterior expansão desta abordagem a outras famílias disfuncionais.

Apesar da pouca governabilidade da equipe na resolução dos problemas das condições sociais relacionadas à violência e ao desemprego, no momento, optou-se pelo desenvolvimento da autonomia do equilíbrio do estado emocional tanto dos pacientes quanto dos profissionais da saúde e sua conseqüente redução do estresse e melhoria da qualidade de vida, favorecendo também a relação entre os profissionais da saúde e usuários.

O eixo principal deste Projeto de Intervenção será a formação e qualificação da equipe da UBSF Guarani para o cuidado em Saúde Mental de acordo com as diretrizes do SUS, a Política Nacional de Atenção Básica e as Políticas de Humanização em Saúde, de Saúde Mental e de Promoção em Saúde.

6.6. Sexto passo: desenho das operações

O objetivo do sexto passo é o desenho das operações, ou seja, descrever as operações para o enfrentamento das causas selecionadas como “nós críticos”; identificar os resultados e produtos esperados para cada operação definida e identificar os recursos necessários para a concretização das operações. (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Para o enfrentamento dos “nós críticos” relacionados a da “Alta prevalência de Transtornos Mentais” na UBSF Guarani a equipe propôs um desenho de operações descritas no Quadro 1.

Quadro 1 - Desenho das operações para os “nós críticos” do problema: “Alta prevalência de Transtornos Mentais” na população adstrita da Unidade Básica de Saúde da Família Guarani – Uberlândia/MG - 2015.

Nó crítico	Operação/ Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Pouco conhecimento sobre Saúde Mental: descompensação	Conhecer é Melhor Melhorar o conhecimento dos pacientes	População em geral, incluindo os pacientes com Transtornos Mentais e seus	Divulgação. Esclarecimento sobre Saúde Mental nos meios de comunicação	Organizacional: estrutura física; recursos humanos e equipamentos (datashow, cartazes, etc).

ões frequentes gerando estresse agravados pelo desconhecimento e falta de informação em relação à Saúde Mental.	e seus familiares e da população em geral sobre as condições relacionadas à Saúde Mental.	familiares com mais conhecimentos sobre as condições relacionadas à Saúde Mental.	locais. Grupo Operativo em Saúde Mental.	Político: articulação com a rede; mobilização da população. Cognitivo: conhecimento sobre Saúde Mental (seus determinantes, prevenção de complicações, tratamentos possíveis, e comorbidades). Financeiro: aquisição de folhetos educativos e outros recursos materiais necessários.
Influência das Condições Sociais: a violência e o desemprego está entre as principais causas de estresse.	Sem Estresse Proporcionar conhecimentos aos pacientes e familiares sobre como melhorar seu estado emocional para evitar ou reduzir o estresse.	Pacientes e familiares com conhecimento de recursos não medicamentosos para a busca de equilíbrio e superação do estresse. Melhora da memória e cognição. Redução da ansiedade. Melhora da depressão.	Grupos de meditação (Atenção Plena) Programa MBSR (Mindfulness-based Stress Reduction) estruturado. Rede de apoio capacitada para condução dos grupos de meditação.	Organizacional: estrutura física; reorganização do processo de trabalho. Cognitivo: conhecimento sobre meditação e aplicação do MBSR. Político: articulação intersetoria e interdisciplinar; mobilização da população. Financeiro: disponibilidade de local adequado para a meditação e os materiais necessários.
Família disfuncional: famílias com problemas relacionados ao uso abusivo de álcool ou outras drogas.	Todos Juntos Disponibilizar e preparar a equipe para identificação e abordagem de famílias disfuncionais com problemas	Cobertura de abordagem familiar a 100% das famílias disfuncionais com problemas relacionados ao uso abusivo de álcool ou	Capacitação da equipe para a utilização dos instrumentos de abordagem familiar. Criação e implantação de	Organizacional: adequação de fluxos para a coleta e registro das informações familiares e ambientais. Cognitivo: treinamento de

	relacionados ao uso abusivo de álcool ou outras drogas.	outras drogas.	protocolos de abordagem familiar para doentes mentais,	profissionais não médicos para o uso de instrumentos de abordagem familiar. Político: articulação intersetorial; mobilização social. Financeiro: recursos necessários para visitas domiciliares e apoio especializado.
Processo de Trabalho: desconhecimento e despreparo da equipe em relação ao cuidado em Saúde Mental com pouca resolutividade destes problemas e consequente aumento da sua prevalência e da dependência de fármacos psicotrópicos.	Cuidar Melhor Formação e qualificação da equipe para um cuidado em Saúde Mental de acordo com o preconizado nas diretrizes do SUS, na Política Nacional de Atenção Básica e nas Políticas de Humanização em Saúde, de Promoção em Saúde.	Formar e qualificar 100% da equipe para um cuidado em Saúde Mental de acordo com o preconizado nas diretrizes do SUS, na Política Nacional de Atenção Básica e nas Políticas de Humanização em Saúde, de Promoção em Saúde.	Equipe capaz de proporcionar um cuidado em Saúde Mental de acordo com o preconizado nas diretrizes do SUS, na Política Nacional de Atenção Básica e nas Políticas de Humanização em Saúde, de Promoção em Saúde.	Organizacional: adequação da agenda frequência de toda a equipe no processo de formação e qualificação. Cognitivo: conhecimento atualizado em abordagens para um cuidado qualificado em Saúde Mental. Político: articulação intersetorial; formação de rede de apoio. Financeiro: recursos didáticos necessários e apoio especializado.

Fonte: Autoria própria (2015).

6.7. Sétimo passo: identificação dos recursos críticos

A identificação dos recursos críticos é fundamental para a viabilidade de um plano e consisti na seleção daqueles recursos que são indispensáveis para execução de uma operação e que não estão disponíveis e por isso mesmo é muito importante que a equipe tenha clareza de quais são, para criar estratégias para viabilizá-los. (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Os recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos nós críticos do problema “Alta prevalência de Transtornos Mentais” estão descritos no Quadro 2.

Quadro 2 - Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nós críticos” do problema: “Alta prevalência de Transtornos Mentais” na população adstrita da Unidade Básica de Saúde da Família Guarani – Uberlândia/MG - 2015.

Operação/Projeto	Recursos críticos
Conhecer é Melhor	Político: articulação com a rede; mobilização da população.
Sem Estresse	Político: articulação intersetoria e inter disciplinar; mobilização da população. Financeiro: disponibilidade de local adequado para a meditação e os materiais necessários.
Todos Juntos	Político: mobilização social e articulação intersetorial; articulação com as redes de apoio (presidência dos AA e AD, CRAS, CREAS, UAI, CAPS, UFU).
Cuidar Melhor	Político: articulação intersetorial; formação de rede de apoio. Financeiro: recursos didáticos necessários e apoio especializado.

Fonte: Autoria própria (2015).

6.8. Oitavo passo: análise de viabilidade

Considerando que o ator que está planejando não controla todos os recursos necessários para a execução do plano, é necessário analisar sua viabilidade identificando os atores que controlam recursos críticos, avaliando suas motivações em relação aos objetivos pretendidos e a partir daí desenhar ações estratégicas para motivá-los construindo assim a viabilidade da operação. (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Segundo Campos, Faria e Santos (2010), a motivação de um ator pode ser classificada como “favorável” quando concorda em colocar o recurso crítico à disposição para o ator que está planejando, “indiferente” quando ainda não está claro se fará oposição ou não à utilização do recurso e “contrária” quando manifesta oposição ativa à utilização do recurso.

A seguir apresenta-se no Quadro 3 o desenho das ações para motivação dos atores e viabilização das operações.

Quadro 3 - Propostas de ações para motivação dos atores e viabilização das operações para os “recursos críticos” do problema: “Alta prevalência de Transtornos Mentais na população adstrita da Unidade Básica de Saúde da Família Guarani – Uberlândia/MG - 2015.

Operação/ Projeto	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ações estratégicas
		Ator que controla	Motivação	
Conhecer é Melhor	Político: articulação com a rede; mobilização da população.	SMS	Favorável	Apresentar os projetos. Buscar apoio da rede.
Sem Estresse	Político: articulação intersetoria e inter disciplinar; mobilização da população. Financeiro: disponibilidade de local adequado para a meditação e os materiais necessários.	SMS	Favorável	Apresentar o projeto.
		UFU	Favorável	Buscar apoio da rede.
Todos Juntos	Político: mobilização social e articulação intersetorial; articulação com as redes de apoio (presidência dos AA e AD, CRAS, CREAS, UAI, CAPS, UFU).	SMS	Indiferente	Apresentar o projeto. Buscar apoio da rede.
		Prefeitura Municipal de Saúde - PMU	Favorável	

Cuidar Melhor	Político: articulação intersectorial; formação de rede de apoio.	SMS	Favorável	Apresentar o projeto. Buscar apoio da rede.
	Financeiro: recursos didáticos necessários e apoio especializado.	SMS	Indiferente	

Fonte: Autoria própria (2015).

6.9. Nono passo: elaboração do plano operativo

No quadro 4 estão descritas as ações com seus respectivos responsáveis e os prazos para a execução os prazos para a execução das ações e os responsáveis por acompanhar cada uma das operações estratégicas.

Quadro 4 – Plano operativo para o enfrentamento do problema: “Alta prevalência de Transtornos Mentais na população adstrita da Unidade Básica de Saúde da Família Guarani – Uberlândia/MG - 2015.

Operação/ Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Ações estratégicas	Responsá vel	Prazos
Conhecer é Melhor	População em geral, incluindo os pacientes com Transtornos Mentais e seus familiares	Divulgação. Esclarecimen tos sobre Saúde Mental nos meios de comunicação locais.	Apresentar os projetos. Buscar apoio da rede.	Equipe de saúde	Início em 3 meses. Avaliações a cada trimestre.
Melhorar o conhecimento dos pacientes e seus familiares e da população em geral sobre as condições relacionadas à Saúde Mental.	seus familiares com mais conheciment o sobre as condições relacionadas à Saúde Mental.	Grupo Operativo em Saúde Mental.			
Sem Estresse	Pacientes e familiares com conheciment o de recursos	Grupos de meditação (Atenção Plena) Programa	Apresentar o projeto. Buscar apoio da rede.	Equipe de saúde	Início em 3 meses. Avaliação mensal.

<p>pacientes e familiares sobre como melhorar seu estado emocional para evitar ou reduzir o estresse.</p>	<p>não medicamentosos para a busca de equilíbrio e superação do estresse.</p> <p>Melhora da memória e cognição.</p> <p>Redução da ansiedade.</p> <p>Melhora da depressão.</p>	<p>MBSR (Mindfulness-based Stress Reduction) estruturado.</p> <p>Rede de apoio capacitada para condução dos grupos de meditação.</p>	<p>Apresentar o projeto.</p> <p>Buscar apoio da rede.</p>		
<p>Todos Juntos</p> <p>Disponibilizar e preparar a equipe para identificação e abordagem de famílias disfuncionais com problemas relacionados ao uso abusivo de álcool ou outras drogas.</p> <p>Promover a reintegração e/ou superação do vício nestas famílias disfuncionais.</p>	<p>Cobertura de abordagem familiar a 100% das famílias disfuncionais com problemas relacionados ao uso abusivo de álcool ou outras drogas.</p>	<p>Capacitação da equipe para a utilização dos instrumentos de abordagem familiar.</p> <p>Criação e implantação de protocolos de abordagem familiar para doentes mentais,</p>	<p>Apresentar o projeto.</p> <p>Buscar apoio da rede.</p>	<p>Equipe de saúde</p>	<p>Início em 3 meses.</p> <p>Avaliações a cada trimestre.</p>
<p>Cuidar Melhor</p> <p>Formação e qualificação da equipe para um cuidado em Saúde Mental de acordo com o preconizado nas diretrizes</p>	<p>Formar e qualificar 100% da equipe para um cuidado em Saúde Mental de acordo com o preconizado nas diretrizes do</p>	<p>Equipe capaz de proporcionar um cuidado em Saúde Mental de acordo com o preconizado nas diretrizes do SUS, na Política Nacional de Atenção</p>	<p>Apresentar o projeto.</p> <p>Buscar apoio da rede.</p>	<p>Equipe de saúde e Coordenadora de atenção básica</p>	<p>Início em 3 meses</p> <p>Finalização em 12 meses mantendo atualizações trimestrais ou de acordo</p>

do SUS, na Política Nacional de Atenção Básica e nas Políticas de Humanização em Saúde, de Saúde Mental e de Promoção em Saúde.	SUS, na Política Nacional de Atenção Básica e nas Políticas de Humanização em Saúde, de Saúde Mental e de Promoção em Saúde.	Básica e nas Políticas de Humanização em Saúde, de Saúde Mental e de Promoção em Saúde.	com a demanda.
---	--	---	----------------

Fonte: Autoria própria (2015).

6.10. Decimo passo: gestão do plano

Uma etapa crucial para o sucesso do processo de planejamento e que não deve ser negligenciada é a gestão do plano de modo a garantir a coordenação e acompanhamento da execução das operações, buscando a eficiente utilização dos recursos, promovendo a comunicação entre os planejadores e executores, indicando as correções de rumo que se fizerem necessária. (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

No Quadro 5 apresenta-se a proposta de uma planilha para o acompanhamento da execução das operações.

Quadro 5 - Gestão do plano das ações para o enfrentamento do problema: “Alta prevalência de Transtornos Mentais” na população adstrita da Unidade Básica de Saúde Guarani - Uberlândia-MG - 2015.

Conhecer é Melhor					
Melhorar o conhecimento dos pacientes e seus familiares e da população em geral sobre as condições relacionadas à Saúde Mental.					
Produtos esperados	Responsável	Prazos	Situação Atual	Justificativa	Novos Prazos
Divulgação. Esclarecimentos sobre Saúde Mental nos meios de comunicação locais. Grupo Operativo em Saúde Mental.	Equipe de saúde	Início em 3 meses. Avaliações a cada trimestre.			
Sem Estresse					

Proporcionar conhecimentos aos pacientes e familiares sobre como melhorar seu estado emocional para evitar ou reduzir o estresse.

Produtos esperados	Responsável	Prazos	Situação Atual	Justificativa	Novos Prazos
<p>Grupos de meditação (Atenção Plena)</p> <p>Programa MBSR (Mindfulness-based Stress Reduction) estruturado.</p> <p>Rede de apoio capacitada para condução dos grupos de meditação.</p>	Equipe de saúde	<p>Início em 3 meses.</p> <p>Avaliação mensal.</p>			

Todos Juntos

Disponibilizar e preparar a equipe para identificação e abordagem de famílias disfuncionais com problemas relacionados ao uso abusivo de álcool ou outras drogas.

Promover a reintegração e/ou superação do vício nestas famílias disfuncionais.

Produtos esperados	Responsável	Prazos	Situação Atual	Justificativa	Novos Prazos
<p>Capacitação da equipe para a utilização dos instrumentos de abordagem familiar.</p> <p>Criação e implantação de protocolos de abordagem familiar para doentes mentais,</p>	Equipe de saúde	<p>Início em 3 meses.</p> <p>Avaliações a cada trimestre.</p>			

Cuidar Melhor

Formação e qualificação da equipe para um cuidado em Saúde Mental de acordo com o preconizado nas diretrizes do SUS, na Política Nacional de Atenção Básica e nas Políticas de Humanização em Saúde, de Saúde Mental e de Promoção em Saúde.

Produtos esperados	Responsável	Prazos	Situação Atual	Justificativa	Novos Prazos
Equipe capaz de proporcionar um cuidado em Saúde	Equipe de saúde	Início em 3 meses			

Mental de acordo com o preconizado nas diretrizes do SUS, na Política Nacional de Atenção Básica e nas Políticas de Humanização em Saúde, de Saúde Mental e de Promoção em Saúde.	e Coordenadora de atenção básica	Finalização em 12 meses mantendo atualizações trimestrais ou de acordo com a demanda.			
---	-------------------------------------	---	--	--	--

Fonte: Autoria própria (2015).

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Planejamento Estratégico Situacional (PES) se mostrou um excelente recurso para a identificação e priorização de problemas que acometem a comunidade proporcionando a construção coletiva de um plano de ação para o seu enfrentamento de maneira mais organizada e sistematizada, com a participação dos atores envolvidos no processo, coresponsabilizando os envolvidos.

Inúmeros fatores desencadeantes e/ou agravantes relacionados ao problema “Alta prevalência de Transtornos Mentais” foram identificados e como resultado deste processo, várias operações foram propostas para seu enfrentamento:

- “Conhecer é Melhor” com objetivo Informar e esclarecer a população em geral e em especial os pacientes com transtornos mentais e seus familiares sobre Saúde Mental, reduzindo o estresse gerado pelo desconhecimento e promovendo a coresponsabilidade do cuidado.

- “Sem Estresse” com o objetivo de organizar e promover grupo de meditação (“Atenção Plena”) para auxiliar tanto pacientes quanto os profissionais da saúde na autonomia do equilíbrio de seu estado emocional, reduzindo o estresse.

- “Todos Juntos” com o objetivo de desenvolver mecanismos de apoio às famílias disfuncionais dos pacientes com transtornos mentais relacionados direta ou indiretamente ao uso abusivo de álcool e/ou drogas, incentivando a união familiar e favorecendo sua reestruturação e reintegração na comunidade.

- “Cuidar Melhor” com o objetivo de capacitar a equipe para que os profissionais incorporem ou aprimorem competências de cuidado em saúde mental na sua prática diária, de tal modo que suas intervenções sejam capazes de considerar a subjetividade, a singularidade e a visão de mundo do usuário no processo de cuidado integral à saúde.

Com a implantação deste plano de ação a equipe da UBSF Guarani espera melhorar o cuidado em Saúde Mental da sua população adstrita, fortalecendo a equipe e a rede de apoio.

A opção de eleger como eixo central desta intervenção a formação e qualificação da equipe da UBSF Guarani para o cuidado em Saúde Mental foi

estratégica à medida que todas as outras ações encontrarão sustentabilidade à medida que os conhecimentos apreendidos forem aplicados, fortalecendo a aprendizagem e tornando a equipe mais autônoma.

O processo de busca de referências teóricas sobre o tema permitiu identificar inúmeras abordagens exitosas para o cuidado em Saúde Mental, permitindo uma maior clareza para a construção conjunta do plano de formação e qualificação da equipe.

Merece destaque que a totalidade das propostas para implementar o cuidado em Saúde Mental na Atenção Básica aqui descritas integram as diretrizes e princípios do SUS, contempladas na Política Nacional de Atenção Básica, caracterizando uma atenção integral à saúde abrangendo prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde, além de ações de promoção e proteção à saúde, promovendo a qualidade de vida e reduzindo a vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes, tal como orienta também a Política nacional de Promoção da Saúde.

Estas propostas levantadas estão em consonância também com as estratégias para efetivação da Política de Saúde Mental, na perspectiva da Reforma Psiquiátrica e a Política Nacional de Humanização com foco de atuação na Atenção Básica, e que já apresentaram resultados exitosos comprovados, com possibilidade concreta de serem implementadas.

Para que esse projeto tenha êxito, é necessário o constante apoio das três esferas de governo: municipal, estadual e federal, assim como um apoio incondicional dos gestores de saúde no sentido de fortalecer a rede de assistência e qualificar o processo de trabalho. É imprescindível também que a equipe de saúde tenha empenho e motivação para atuar frente aos pacientes com transtornos mentais, e que possa ter assegurado a sua formação e atualização em Saúde Mental.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, T. M. *et al.* Prevalência de Transtornos Mentais Comuns em mulheres e sua relação com as características sociodemográficas e o trabalho doméstico. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 5, n. 3, p.337-48, jul-set 2005.
- BANDEIRA, M.; FREITAS, L.C.; CARVALHO FILHO, J.G.T. Avaliação da ocorrência de transtornos mentais comuns em usuários do Programa de Saúde da Família. **J Bras Psiquiatr**, v.1, n.56, p.41-7, 2007.
- BARROSO, S.M.; BANDEIRA, M.; NASCIMENTO, E. Sobrecarga de familiares de pacientes psiquiátricos atendidos na rede pública. **Rev. Psiq. Clín**, v.6, n.34, p.270-77, 2007.
- BASQUEROTE, M. *et al.* Benzodiazepínicos: causas para o uso e consequências na vida da população. In: CONGRESSO SUL-BRASILEIRO DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE, **Anais...** Florianópolis, v.1, n.1, 2012.
- BASTOS, A.B.B.I. A técnica de grupos-operativos à luz de Pichon-Rivière e Henri Wallon. **Psicólogo inFormação**, v.14, n.14, p.160-69, jan-dez 2010.
- BERNARDEZ, A.T. *et al.* Núcleos de tratamento com medicina alternativa - uma proposta para o município do Rio de Janeiro/RJ. In: XXV CONGRESSO BRASILEIRO DE HOMEOPATIA, **Anais...** Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Lidador, p.32, 2000.
- BERNIK, M. A.; SOARES, M.B. M.; SOARES, C.N. Padrões de uso, tolerância e dependência. **Arq. Neuro-Psiquiat**, São Paulo, v.48, n.1, p.131-37, 1990.
- BRASIL. Biblioteca Virtual em Saúde. **Descritores em Ciências da Saúde**. Brasília [online], 2014a. Disponível em: <<http://desc.bvs.br>> Acesso em 20 fev. 2015.
- _____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE Censo2010**. Brasília [online], 2015a. Disponível em: < <http://www.censo2010.ibge.gov.br/pt/> > Acesso em 23 mar. 2015.
- _____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE Cidades@**. Brasília [online], 2015b. Disponível em: < <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php> > Acesso em 23 mar. 2015.
- _____. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Sistema para detecção do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas: encaminhamento, intervenção breve, reinserção social e acompanhamento (SUPERA)**. Brasília, 2010.

_____. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Portaria nº 687 MS/GM, de 30 de março de 2006. Brasília: MS; 2006a. (Série B. Textos Básicos em Saúde)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde - Datasus. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde-CNES**. 2015c. Disponível em: < <http://cnes.datasus.gov.br> > Acesso em: 12 mai. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde mental** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, Ministério da Saúde, 2013. 176 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas em Saúde. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. In: CONFERÊNCIA REGIONAL DE REFORMA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL: 15 anos depois de Caracas. Brasília: OPAS, Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p.(Série E. Legislação em Saúde)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 92 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 60 p.(Série B. Textos Básicos de Saúde)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. **A fitoterapia no SUS e o Programa de Pesquisa de Plantas Medicinais da Central de Medicamentos** / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006 (c). 148 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS** / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Núcleo Técnico

da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 20 p.(Série B. Textos Básicos de Saúde)

BURKE, A. Comparing individual preferences for four meditation techniques: zen, vipassana (mindfulness), qigong, and mantra. **Explore**, v. 8, n. 4, p. 237–42, 2012.

CAMPAYO, J.G. La práctica del “estar atento” (mindfulness) en medicina. Impacto en pacientes y profesionales. **Atenc Prim.** v. 40, n. 7, p. 363-366, 2008.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA H. P.; SANTOS. M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde.** NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 02 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.

CAMPOS, G.W.S.; DOMITT, A.C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde, **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.2, n.23, p.399-407, fev, 2007.

CHIAVERINI, D.H. (Org). **Guia prático de matriciamento em saúde mental.** Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva. Brasília-DF, 2011, 236 p.

CHIESA, A.; SERRETTI, A. Mindfulness-based stress reduction for stress management in healthy people: a review and meta-analysis. **J Altern Complement Med.** v. 15, n. 5, p. 1-8, may 2009.

CINTRA, M.E.R.; FIGUEIREDO, R. Acupuntura como promoção de Saúde Mental. **BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.)** n.45, p. 21-4, 2008.

CORREIA, V.R.; BARROS, S.; COLVERO, L.A. Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1501-1506, dez. 2011.

COSTA, A. G.; LUDEMIR, A. B. Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n.1, p. 73-9, jan-fev 2005.

DEMARZO, M.M.P. **Meditação aplicada à saúde.** In: Programa de Atualização em Medicina de Família e Comunidade.1ª ed. Porto Alegre-RS: Artmed Panamericana Editora, v.6, p. 1-18, 2011.

DIAS, J. C *et al.* Redução de danos: posições da Associação Brasileira de Psiquiatria e da Associação Brasileira para Estudos do Álcool e Outras Drogas. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 5, p. 341-48, 2003.

MELO, V.R.C.; PAULON, S.M. Travessias de Humanização na Saúde Mental: Tecendo redes, formando apoiadores. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 548 p. (Caderno HumanizaSUS; v. 5)

FAUSTINO, T. T.; ALMEIDA, R. B.; ANDREATINI, R. Plantas medicinais no tratamento do transtorno de ansiedade generalizada: uma revisão dos estudos clínicos controlados. **Revista Brasileira de Psiquiatria** [S.l.], v. 32, n. 4, 2010.

FINUCANE, A.; MERCER, S.W. An exploratory mixed methods of the acceptability and effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for patients with active depression and anxiety in primary care. **BMC Psychiatry**. p.3-14, apr 2006.

FONSECA, M.L.G.; GUIMARÃES, M.B.L.; VASCONCELOS, E.M. Sofrimento difuso e transtornos mentais comuns: uma revisão bibliográfica. **Rev. APS**, v. 11, n. 3, p. 285-94, jul-set 2008.

FORTES, S. **Transtornos mentais comuns na atenção primária: suas formas de apresentação, perfil nosológico e fatores associados em unidades do programa de saúde da família do município de Petrópolis, Rio de Janeiro, Brasil**. 2004. Tese (Doutorado) – Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004, 165 p.

GALLEGUILLOS, T. *et al.* Tendencia del uso de benzodiazepinas em una muestra de consultantes em atención primaria. **Revista Médica Chile**, v.131, n.5, p. 535-40, mai 2003.

GOLDBERG, D.; GOODYER, I. **The origins and course of common mental disorders**. New York: Routledge, 2005, 230 p.

GOMES, V.F.; MIGUEL, T.L.B.; MIASSO, A.I.. Trastornos Mentales Comunes: perfil sociodemográfico y farmacoterapéutico. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.6, n.21, p.1203-11, nov-dic 2013.

GUIRADO, F. **Treinamento de negociação e gestão de conflitos: caderno de exercícios**. Brasília: [s.n.], 2011.

HOFMANN, S.G, *et al.* The Effect of Mindfulness-Based Therapy on Anxiety and Depression: A Meta-Analytic Review . **J Consult Clin Psychol**. v,78, n.2, p. 169-83, apr 2010.

HOLLON, S.D. *et al.* Psychotherapy and medication in the treatment of adult and geriatric depression: Which monotherapy or combined treatment? **Archives of General Psychiatry**, v.66, n.4, p. 455-68, 2005.

KABAT-ZINN, J. **Full Catastrophe Living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness**. Estados Unidos: Bantam Dell, 1990. 471 p.

KABAT-ZINN, J. Mindfulness-based stress reduction (MBSR). **Construct Hum Sci**. v.8, p.73-107, 2003.

KOGA, M.; FUREGATO, A.R.F.; SANTOS, J.F.L. Opinions of the staff and users about the quality of the mental health care delivered at a family health program. **Rev Latino-Am Enfermagem**,v.2, n.14, p.163-69, 2006.

LEITE, J. R., *et al.* Effect of progressive self-focus meditation on attention, anxiety and depression scores. **Percept Mot Skills**, v. 110, n. 3, p. 840-48, 2010.

MARAGNO, L. *et al.* Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo. **Cad Saúde Pública**, v.8, n.22, p.1639-48, 2006.

MARQUES, A. C. P. R.; FURTADO, E. F. Intervenções breves para problemas relacionados ao álcool. **Rev. Bras. Psiquiatr**, São Paulo, v.26, Supl 1, p. 28-32, mai 2004.

MELLO, V.R.C.; PAULON, S.M. Travessias de Humanização na Saúde Mental: Tecendo Redes, Formando Apoiadores. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, p. 85-106, 2015. (Caderno HumanizaSUS ; v. 5)

MERHY, E. E. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2005.

MOREIRA, J.K.P. *et al.* Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados em uma população assistida por equipes do Programa Saúde da Família. **J Bras Psiquiatr**, v.3, n.60, p. 221-26, 2011.

NASCIMENTO, A.M.; BRAGA, V.A.B. Atenção em saúde mental: a prática do enfermeiro e do médico do Programa Saúde da Família de Caucaia. **Cogitare Enferm**, v.1, n.9, p.84-93, 2004.

NETWORKCITIES Web Marketing Ltda. **The Cities** (PORTAL). Disponível em: < <http://www.thecities.com.br/Brasil/Minas-Gerais/Uberl%C3%A2ndia/>> Acesso em: 03 jul.2015

NORDON, D.G. *et al.* Características da população que usa benzodiazepínicos em Unidade Básica de Saúde da Vila Barão de Sorocaba. **Rev Fac Ciênc Méd Sorocaba**, v. 12, n. 2, p. 14-20, 2010.

NOVAES, A. R. V. **A medicina homeopática: avaliação de serviços**. 2007. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2007, 263p.

OLIVEIRA, G. N. **O projeto Terapêutico e a mudança nos modos de produzir saúde**. 2007. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, 2007.

REGO, P. B.L. **Auriculoterapia no Tratamento da Insônia em Adultos: Revisão Bibliográfica**. (Monografia). Centro Integrado de Atualização em Acupuntura (CIAA), Faculdade Redentor Especialização em Acupuntura, São Paulo: 2011.

ROSA, L. C. S. O cotidiano, as tensões e as repercussões do provimento do cuidado doméstico ao portador de transtorno mental. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 66, p. 28-37, jan-abr 2004.

ROSSI, R. O. R. El hombre como ser social y la conceptualización de la salud mental positiva. **Investigación en Salud**, [S.l.], v. 7, n. 2, p. 105-11, 2005.

SILVA, F.H.; BRITO, J.M. As Reflexões Teórico-Metodológicas sobre Saúde Mental e Humanização na Atenção Primária no Município de Serra/ES. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, p. 65-83, 2015. (Caderno HumanizaSUS ; v. 5)

SOUZA, R.C.; SCATENA, M.C.M. Produção de sentidos acerca da família que convive com o doente mental. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v.2, n.13, p.173-79, mar-abr 2005.

TESSLER, R.C.; GAMACHE, G.M. **Family experiences with mental illness**. Greenwood Publishing Group, 2000.

UBERLÂNDIA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Planejamento Urbano-SEPLAN. **Banco de Dados Integrados de Uberlândia (BDI) 2015**. Uberlândia, 2015a, v.1, 65 p.

_____. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Planejamento Urbano-SEPLAN. **Banco de Dados Integrados de Uberlândia (BDI) 2015**. Uberlândia, 2015b, v.3, 65 p.

_____. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Planejamento Urbano-SEPLAN. **Caderno Informativo: Políticas Públicas Sociais Setoriais da Rede do Município de Uberlândia**. Uberlândia, 2015c, 201 p.

_____. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Planejamento Urbano-SEPLAN. **Áreas de Abrangência 2015**. Uberlândia, 2015d, 20 p.

_____. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde-SMS. **Plano Municipal de Saúde 2014-2017**. Uberlândia, 2013, 98 p.

VIVA COMUNIDADE; CENTRO DE REFERÊNCIA DE REDUÇÃO DE DANOS (CRRD). **Cartilha de redução de danos para agentes comunitários de saúde: diminuir para somar**. Porto Alegre: VIVA COMUNIDADE, 2010.