

POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL E A REFORMA PSIQUIÁTRICA¹

Silvina Maria Guimarães da Silva²

RESUMO

O presente artigo tem como objetivo analisar a Política Nacional de Saúde Mental - PNSM e a Reforma Psiquiátrica, ressaltando a Atenção Primária como porta de entrada. Como metodologia, utilizou-se a pesquisa bibliográfica e documental dentro de uma dialética crítica para compreender a complexidade de um tema polêmico discutido nas áreas das Ciências Humanas e Sociais. A partir da pesquisa, destacou-se a reforma manicomial; a substituição do hospitalocêntrico; a medicação como única forma de tratamento e a exclusão social e suas consequências. Em seguida, destacam-se o surgimento do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental e a Rede de Cuidados em Saúde Mental, Crack, Álcool e outras Drogas.

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica. Política Nacional de Saude Mental a Atenção Primária.

ABSTRACT

This article aims to analyze the National Mental Health Policy - PNSM and the Psychiatric Reform, emphasizing Primary Care as a gateway. As a methodology, bibliographical and documentary research was used within a critical dialectic to understand the complexity of a controversial topic discussed in the areas of Human and Social Sciences. From the research, we highlight the manicomial reform and the substitution of hospitalocentric and medication as the only form of treatment, social exclusion and its consequences. Next, we highlight the emergence of the Movement of Workers in Mental Health, concept of Public Policies and more, we highlight the Network of Care in Mental Health, Crack, Alcohol and other Drugs.

Keywords: Psychiatric reform. National Mental Health Policy Public Policies.

¹ Trabalho de conclusão de curso, apresentado ao curso de Especialização em Saúde da Família, da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB), sob a orientação da Prof. Denise Josino Soares.

² Discente do Curso de Especialização em Saúde da Família pela UNILAB.

1 INTRODUÇÃO

A inquietação surgiu da convivência com pessoas portadoras de transtorno mental que não sabem como, quando e onde encontrar tratamento digno na Atenção Primária.

É muito importante que essa ideia de abandono e exclusão em torno das pessoas que sofrem de transtorno mental seja desconstruída. É vital desenvolver um atendimento humanizado. Contudo, podemos perceber, na atualidade, que o modelo de assistência à saúde mental já se encontra bem diferente do cenário passado, quando o histórico da psiquiatria tinha como base a estigmatização da doença, desassistência, exclusão social e violência institucional, que implicavam na usurpação da cidadania.

No Brasil, devido a falta de Políticas Públicas (PP) relacionadas ao portador de sofrimento mental, surgiu o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), uma comunidade constituída por acadêmicos e vários REs profissionais incomodados com a situação. Depois disso, passou-se a discutir conceitos de tratamento e cura.

Contudo, foi com a Lei 80.080, de 19 de setembro de 1990, em seu artigo 4º, que destaca a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que, através da promulgação da Constituição Federal, a reforma psiquiátrica começou a ser discutida com a substituição dos atendimentos referenciados e internações por outros atendimentos substitutivos extra-hospitalar e não excludentes. A Constituição Federal de 1988 em seu artigo 196 aponta:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Este trabalho se respalda na compreensão de que, na relação entre o público e o privado, as políticas públicas e os programas de saúde são capazes de construir estratégias de intervenções que promovam a justiça social e a defesa básica com reforma psiquiátrica, desinstitucionalização, residências terapêuticas, manutenção do Programa de Volta para Casa (PVC), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), formação permanente de recurso humano de formação em reforma psiquiátrica e com a promoção de direitos de usuário e família, incentivando a

participação no cuidado da garantia de um tratamento digno, humanizado e de qualidade.

Dessa forma, o presente trabalho teve como objetivo compreender a aplicabilidade da reforma psiquiátrica com a substituição dos atendimentos referenciados e internações por outros atendimentos substitutivos extra hospitalares e não excludentes.

Os objetivos específicos foram: estudar a inclusão da saúde mental na atenção básica com a) Implantação de atenção integral ao usuário de drogas e álcool, b) Manutenção do Programa de Volta para Casa, c) Formação permanente de recurso humano de formação em reforma psiquiátrica e d) Promoção de direitos de usuário e família incentivando a participação no cuidado a garantia de um tratamento digno e de qualidade.

2 REVISÃO DE LITERATURA

O histórico da psiquiatria tinha como base a desassistência e estigmatização da doença, assim as pessoas portadoras de desordem mental eram tratadas com métodos desumanos. Nesse período, a doença era tratada de maneira estigmatizada, sendo o uso de medicamentos tomado como único método a ser utilizado.

Diante deste cenário de falta de PP relacionadas aos portadores de sofrimento mental, surgiu o MTSM, grupo composto por comunidades acadêmicas, cidadãos que integrava movimento sanitário, associação de familiares, associações e pessoas com históricos de longas internações psiquiátricas. Os vários profissionais envolvidos, incomodados com a situação, passaram a discutir conceitos de tratamentos e cura.

A partir desse período, passou-se a denunciar a violência corriqueira dos manicômios e a cobiça em torno dos lucros que a loucura proporcionava na soberana rede privada de assistência. A recusa do modelo do hospitalocêntrico era uma meta a ser cumprida. A inspiração para as mudanças veio da Itália, país no qual a desinstitucionalização em psiquiatria era uma realidade.

O II Congresso Nacional do MTSM aconteceu em 18 de maio de 1987 em Bauru, São Paulo (SP), cujo tema “Por uma sociedade sem manicômio”, ocasionou

propostas de ações que reorientassem a assistência. Nesse mesmo período, em 1987, foi realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental.

Em 1989, no Congresso Nacional, o deputado Paulo Delgado propôs a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais, na qual solicitava a extinção progressiva dos manicômios em todo território nacional.

Assim, foi deflagrado o começo da reforma psiquiátrica nos campos do legislativo e normativo. A reforma psiquiátrica constituiu-se em importantes ações e intervenções que resultaram numa clínica ampliada em saúde mental. A reforma antimanicomial tem como metas a substituir o modelo de hospitalocêntrico e manicomial caracterizada pela exclusão e opressão. Assim, para incluir a saúde mental na atenção básica deve-se:

- a) Implantar a atenção integral ao usuário de drogas e álcool;
- b) Realizar manutenção do PVC;
- c) Viabilizar a formação permanente de recurso humano de formação em reforma psiquiátrica;
- d) Promover os direitos de usuário e família, incentivando a participação no cuidado da garantia de um tratamento digno e de qualidade.

A reforma psiquiátrica vai contra tudo que exclui porque o paciente não tem que ter um hospital só para ele, mas um atendimento na sua integralidade e especificidade. Se existe a possibilidade do paciente estar com outra patologia a ser tratada, ele tem que ser direcionado a um hospital geral para tratamento integral.

Antes da reforma psiquiátrica, a utilização da medicalização era única e contumaz no tratamento ao paciente. Quando o paciente referia algo, a ideia era que tudo que ele pensava era proveniente de alucinação, era “coisa da cabeça dele”, como se diz popularmente. O paciente era apequenado à doença. Não se tomava em conta que era preciso dar crédito a sua fala. Certamente, há muitas coisas que vem do imaginário, no entanto o profissional muitas das vezes ouve, mas não escuta. Nesses casos, o ideal é uma investigação inicial.

Tornar exclusiva a responsabilidade do médico a respeito da utilização da medicação é dimensionar e dar validação ao sofrimento psíquico do paciente em várias etapas de sua vida, contudo, muitas vezes, o paciente não precisa só da

medicação, mas também da escuta, do cuidado. Zanela et al (2016, p.15) é pertinente ao afirmar que:

Não mais se pode permitir o controle da sociedade através do fármaco, e menos ainda o oportunismo frente ao sofrimento humano da indústria farmacêutica e médica para estabelecer-se no mercado. [...] Romper com essa lógica é, antes de tudo, encarar os nossos monstros há muito escondidos, ter a coragem de admitir o “fracasso” frente a algumas adversidades da vida, para então ressignificar essas passagens de um modo mais saudável e autônomo.

Em 1980, surgiu o Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais - DSM III, para ser aliado nos diagnósticos de tratamento e desordens psíquicas.

A reforma psiquiátrica vem com esse olhar de clínica ampliada: olhar o sujeito de forma integral, ampliar as redes substitutivas de cuidado em Saúde Mental, substituir os manicômios pela rede de saúde mental básica com o Apoio Matricial (AM) e com a responsabilidade de toda equipe em todos os níveis de assistência, elaborando estratégias interventivas e aumentando a capacidade de resolutividade da problemática.

Falar sobre a saúde mental não é uma tarefa muito fácil, uma vez que este tema está muito ligado ao transtorno mental e psiquiátrico acompanhado de exclusão, preconceito e abandono.

A PNSM foi dividida em níveis de complexidade, serviços e programas prioritários. Os níveis de complexidade são constituídos em: a) nível primário, b) secundário, c) terciário, d) serviços com fins de saúde e programas prioritários.

Na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), destaca-se o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) através da Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que o MS instituiu como componente estratégico da Atenção Primária à Saúde, tomando-o como uma das opções de qualificação da equipe de saúde mental.

A qualificação do profissional em saúde mental deve seguir uma educação continuada com capacitação que desperte compreensão e reflexão crítica capaz de refletir no: a) planejamento, b) implantação e avaliação de projetos terapêuticos, c) condições de trabalho, d) qualificação continuada e e) processo de trabalho preestabelecido com sintaxe da escuta com uma intervenção pactuada intersetorial em consonância com usuário/família/comunidade.

A articulação na saúde mental deve compor uma rede de cuidados compartilhados de ações e serviços com:

- a) Atenção Primária de Saúde – APS (Equipe de Saúde da Família, Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), Consultório na Rua);
- b) O Centro de Referência de Assistência Social – CRAS, para família em busca de acompanhamento e inserção em programas sociais;
- c) Residências Terapêuticas;
- d) Ambulatórios;
- e) Unidades de Acolhimento;
- f) Leitos de Atenção integral em Saúde Mental (CAPS III e em Hospital Geral);
- g) Programa de Volta para Casa;
- h) Cooperativas de trabalho e geração de renda;
- i) Centros Culturais e de Convivência (CECCO).

A adoção de rede de cuidados, através da aplicação de micropolítica com estabelecimento de conexões intersetorial, com aplicação do Projeto Terapêutico (utilizado em situações extremas) permite a identificação de situação de vulnerabilidade em domicílio.

O Projeto Terapêutico é uma forma concreta de terapia integral com intersertalidade na busca de contatos que dêem fluxos para diversos programas que beneficiem a execução:

- a) Unidade Básica de Saúde (UBS);
- b) Unidade de Saúde da Família (USF);
- c) Conselho Tutelar;
- d) O Centro de Referência Assistência Social – CRAS, para família em buscar de acompanhamento e inserção em programas sociais;
- e) Secretaria Municipal de Assistência Social (SMAS) e
- f) Secretária Municipal de Esporte e Lazer (SMEL).

A proibição de criação de novos hospitais psiquiátricos e a não abertura de novos leitos em hospitais existentes demonstra a intenção em não isolar os pacientes com transtorno mental. A ideia é que fiquem em enfermarias de hospitais gerais.

A Rede de Cuidados em Saúde Mental, Crack, Álcool e outras Drogas foi pactuada em julho de 2011 como parte das discussões de implantação do Decreto nº 7508, de 28 de junho de 2011, e prevê, a partir da Política Nacional de Saúde Mental, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos, os Centros de Convivência e Cultura, as Unidades de Acolhimento e os leitos de atenção integral em Hospitais Gerais.

De acordo com Chiaverin (2011), o matriciamento é uma estratégia de saúde mental na Atenção Básica que objetiva dar eficiência e eficácia ao trabalho em saúde, como também investir nos profissionais envolvidos na construção da autonomia dos usuários e possibilitar a assistência desde a perspectiva de continuidade e da integralidade na atenção. Pode-se destacar também:

- Laborar a atenção em saúde com perspectiva comunitária;
- Capacitar a rede de atenção à saúde mental em cada território (Atenção Básica, Equipes de saúde mental e CAPS);
- Aprimorar a articulação entre os profissionais da Atenção Básica e Serviços de Saúde Mental;
- Aumentar a resolutividade da Atenção Básica, principalmente, nos casos de transtorno mental comum;
- Capacitar encaminhamentos para os serviços especializados, evitando referências desnecessárias e incremento de listas de espera.

O Apoio Matricial que, segundo Campos e Domitti (2007), “refere a equipe de referência como uma sistemática para uma gestão de trabalho em saúde como um arranjo técnico-assistencial que direciona a clínica ampliada”.

O Apoio Matricial funciona com duas dimensões: a) Suporte assistencial que pretende ação em clínica direta com usuários na integralidade e b) Suporte técnico-pedagógico, demandando ação e apoio educativo com e para equipe.

A reforma psiquiátrica vem com esse olhar de Clínica Ampliada, que vê o sujeito de forma integral, amplia as redes substitutivas de cuidado em saúde mental e substitui os manicômios pela rede de saúde mental básica.

A Clínica Ampliada transita nos diversos saberes e competências, valorizando a escuta. Muitas vezes, o usuário não precisa só da medicação, ele precisa da escuta, do cuidado. É preciso dar crédito a sua fala. Claro que tem muitas coisas que vem do imaginário. O profissional muitas das vezes ouve, mas não escuta. O ideal é uma investigação breve.

Discutir sobre a saúde mental não é uma tarefa muito fácil, uma vez que este tema está muito ligado ao transtorno mental e psiquiátrico.

A Lei nº 10.216/2001 da Política Nacional de Saúde Mental tem finalidade a redução de leitos psiquiátricos, expansão e fortalecimento da rede extra-hospitalar, utilizando os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) e as Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais (UPHG). Ela traz também a inclusão da atenção básica em ações relacionadas à saúde mental, assim como busca a implementação da política de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas.

Hoje, um grande desafio para as políticas de saúde mental no Brasil hoje é o enfrentamento do uso do crack, que é outro tipo de indício de sofrimento mental. Por isso, foi lançada, em 2004, a Política de Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas (BRASIL, 2004), focando o cuidado às pessoas com problemas relacionados ao abuso de álcool e outras drogas.

Da mesma forma (como expresso na PNSM), esta política também destaca o estímulo ao cuidado baseado na interação do sujeito com o ambiente, por meio da criação de serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, de base territorial, comunitária e de abordagem psicossocial, que estimulem as redes sociais, justificando a importância do cuidado pela clínica da rede, tendo a comunidade como protagonista desse processo.

Atualmente, as drogas tanto lícitas quanto ilícitas, tomaram uma proporção gigantesca e ameaçadora no mundo inteiro, por isso existem diversas instituições empenhadas nesta causa, como o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, criado em 2010, ampliado em 2011 pelo programa “Crack, É Possível Vencer”, influenciado pela visibilidade que o tema crack assumiu no país (BRASIL, 2010, 2012b).

A Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), foi instituída como uma das quatro redes prioritárias de investimento e ampliação do setor saúde que reforçam a realização do cuidado a partir do paradigma da rede social, por meio da expansão dos serviços de atenção à saúde mental, álcool e outras drogas de base territorial,

Com a implantação do SUS, surgiu, simultaneamente, a Reforma Psiquiátrica e esta veio acompanhada de diversas mudanças relacionada ao sistema de saúde brasileiro. O modelo de assistência teve mudanças significativas, principalmente, em relação à assistência em saúde mental. A universalidade e a integridade, princípios do SUS, foram utilizados na proposta da reforma psiquiátrica trazendo homogeneidade em sua execução de suas ações.

Percebe-se que estas execuções das ações de assistência ao doente mental ficam na dependência do profissional ou da decisão política do gestor. Portanto, inovadores dispositivos de tratamento devem ser utilizados, suscitando novas práticas e maneiras que os profissionais devem apropriar-se para desenvolverem uma assistência de maneira integral rumo à reabilitação psicossocial e à construção de cidadania do doente mental e, ainda, buscar conhecimento para dar suporte aos seus familiares. Observamos que a melhor estratégia para se conseguir êxito na assistência ao doente mental no PSF foi o investimento na qualificação dos profissionais através de educação e capacitação permanente nesta área.

Oferecer uma assistência à saúde com qualidade à população sempre esteve atrelado à política de gestão de saúde baseada nos princípios e diretrizes fundamentais respaldados na Constituição Brasileira, que, em um de seus artigos, assegura que a saúde é dever do Estado, cabendo a este oferecer serviços na sua totalidade e abrangência populacional. Portanto, os métodos empregados relativos às ações intersetoriais na política de saúde mental demonstram que os recursos utilizados na otimização corroboram com melhores resultados dos programas e serviços, validando a eficácia e eficiência da política na UBS quanto nos atendimentos de média e alta complexidade.

3 MÉTODO

A metodologia empregada no presente trabalho foi a bibliográfica documental, a qual proporcionou o levantamento de um conjunto de opiniões. Foi realizado um estudo com revisão de literatura, de natureza descritiva e qualitativa, com objetivo de conhecer o desenvolvimento da Política de Saúde Mental do Brasil, bem como a reforma psiquiátrica.

Para contribuir e nortear com o presente estudo, buscou-se compreender como se desenvolve a Política Nacional de Saúde Mental na Atenção Básica e conhecer a instrumentalidade e as práticas aplicadas às pessoas com transtorno mental na Atenção Primária a partir da criação do Sistema Único de Saúde, através da promulgação da Constituição Federal de 1988.

A pesquisa foi realizada nas bases de dados eletrônicos nacionais como BIRENE, Scientific Electronic Libray Online (SciELO), com artigos publicados entre 2005 e 2016, obedecendo os seguintes critérios de inclusão: texto na íntegra na língua portuguesa, população alvo (pacientes com transtorno mental), sobre política de saúde mental no Brasil, humanização e recursos humanos.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

A Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e A Rede de Cuidados em Saúde Mental, Crack, Álcool e outras Drogas, proposta em julho de 2011, foram compactuadas como parte das discussões de implantação do Decreto nº 7508, de 28 de junho de 2011, e prevêm, a partir da Política Nacional de Saúde Mental, os Centros de Atenção Psicossocial, os Serviços Residenciais Terapêuticos, os Centros de Convivência e Cultura, as Unidades de Acolhimento e os leitos de Atenção Integral em Hospitais Gerais.

Além disso, o Programa de Volta para Casa é regulamentado pela Lei nº 10.708 / 2003 e estabelece o recebimento de auxílio reabilitação psicossocial, objetivando uma política de inclusão social (BRASIL 2003).

A Rede de Atenção Psicossocial conta com estratégias de desinstitucionalização como forma de acompanhar as necessidades, o processo de reinserção dos egressos de internações com mais de dois anos.

Decerto, uma das estratégias do PVC é acabar com o contingente de internações longas em manicômios. Lima e Brasil (2014) destacam a problemática da reinserção social dentro de instituições psiquiátricas, no qual o sujeito vive de maneira marginal e perversa, perdendo o seu referencial e a condição de vida com as coisas simples.

Para Vasconcelos (2002), a reforma psiquiátrica vai contra tudo que exclui. O PVC apoia os egressos tanto no retorno ao convívio familiar quanto as Residências Terapêuticas. Apesar de ser uma política compensatória de saúde, a mesma carrega perspectivas amplas derivadas de fatores que, mesmo com as dificuldades, traz impactos distintos. Certamente, o paradigma de rejeição relacionado a egressos de hospitais psiquiátricos e a manutenção de laços familiares e laços sociais amenizam as dores e feridas de quem durante muito tempo foi privado de sua cidadania.

De acordo com o MS, é pertinente que a formação permanente de recurso humano em reforma psiquiátrica seja incisiva, entretanto, capacitar profissionais em saúde pública é desafiante, mesmo contando com o possível apoio financeiro, devido o longo caminho a percorrer desde a graduação à residência médica, formação multidisciplinar e cursos de especialização (BRASIL, 2005)

Segundo Silva e Knobloch (2016), a promoção em educação vai muito além de espaços legitimados e troca de saberes entre as equipes multidisciplinares. Ademais, a escuta qualificada permite formação construída no cotidiano.

Na visão de Minozzo et al (2012), a construção de equipes de saúde mental em UBS e equipes de saúde da família em bairros e distritos, além de ambulatórios psiquiátricos em ambulatório geral, mais o API como principal estratégia de trabalho, ajuda a amenizar as dificuldades produzidas no cotidiano com a falta de profissionais especializados e investimentos.

Dessa forma, para Moliner e Lopes (2013) é importante promover e articular a saúde mental na Atenção Primária com práticas de assistência e ações voltadas à realidade sanitária, visando sempre os direitos de usuário e família serem incentivados à participação no cuidado e garantia de um tratamento digno e de qualidade, acolhendo e tratando-o.

O artigo 17 do Decreto 6.949, de 25 de agosto de 2009, destaca: “Toda pessoa com deficiência tem o direito a que sua integridade física e mental seja respeitada, em igualdade de condições com as demais pessoas”, entretanto a realidade é inversa e ao longo dos anos se buscou reverter a lógica de atenção em saúde mental.

Além disso, nossa cultura está entranhada de desrespeito, exclusão, preconceito e ceifação de cidadania. A consolidação da cidadania vem através da ampliação da rede de atenção básica e os profissionais que atuam nessa área devem estar voltados à saúde. Somente assim poderá haver reintegração dessas pessoas, livrando-as da exclusão e da violência social.

Para Goulart e Durães (2007), outra questão é a percepção de mudança no atual cenário em que os manicômios estão sendo extintos. A desorganização da estrutura familiar quando existe um membro com esse tipo de transtorno gera custos adicionais indo além dos limites. Todavia, esse convívio limita lazer, chances de emprego e descanso, retirando as oportunidades relacionadas à vida cotidiana dos cuidadores.

Souza e Rivera (2010, p. 131) afirmam: “A atenção em saúde mental requer políticas intersetoriais, integradas, ampliando possibilidades e oportunidades[...]”. Deve-se, portanto, adequar e fazer bom uso dos meios, pois existe diferença entre a realidade vivida e o que tem que ser feito. O protagonismo social deve vir a partir da parceria, aliada a uma perspectiva intersetorial que, certamente, possibilitará a consolidação do atendimento com excelência do cuidado.

Para Wenceslau e Ortega (2015): “onde a saúde mental está integrada como parte desses serviços o acesso melhora, os transtornos mentais são mais facilmente identificados e tratados”. Assim, é importante frisar os benefícios e ganhos que as pessoas com sofrimento mental adquirem quando o transtorno é detectado na atenção básica. Esse contato é fundamental para detectar incidência da habilidade emocional e comportamental, estas só são notadas quando associadas a escuta e assistência qualificada. O atendimento, quando realizado de maneira adequado, é decisivo na melhora da qualidade de vida do paciente.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Muitos são os desafios que cercam a Política Nacional de Saúde Mental e a Atenção Primária como porta de entrada. Por certo, as famílias não estão preparadas para amparar e acolher o portador de sofrimento psíquico e lidar com esta situação. Há uma lacuna existente entre o cuidado que se tem e o cuidado que se almeja em saúde mental.

A pesquisa teve como objetivo geral analisar a Política Nacional de Saúde Mental e a Atenção Primária com um olhar na reforma psiquiátrica, que se constituiu em importantes ações e intervenções que resultaram numa clínica ampliada, olhando o sujeito de forma integral e ampliando as redes substitutivas de cuidado na saúde mental. Em outras palavras, foi analisada a substituição dos atendimentos referenciados e internações por outros atendimentos substitutivos extra-hospitalares e não excludentes. Ademais a construção da assistência deve estar amparada nos princípios do SUS - universalidade, integralidade e equidade.

É vital que as equipes sejam aptas e instigadas no desenvolvimento, incrementando estratégias e ações, considerando a problemática relacionada ao abuso de drogas. Contudo, é eminente atuar em rede, tendo em vista que os propósitos são as melhorias das pessoas com sofrimento mental e, além disso, após a reforma psiquiátrica, passou-se a ter política pública regulada pela legislação vigente.

É importante que se enxergue que a demanda de saúde mental vai além da doença do transtorno mental isolado, pois requer um agir pautado na atenção psicossocial e uma comunicação eficiente entre os profissionais de saúde com os serviços de saúde mental da rede, o que possibilitará uma prática voltada à ampliação e integralidade no atendimento.

Ratificar a importância da reforma psiquiátrica, PNSM visando eficiência, eficácia e equidade acompanhadas de comprometimento e cuidado individualizado, pois cada ser é único.

Determinantes utilizados à eventuais mudanças não devem ser nova roupagem à novos conteúdos retrógrados e que as práticas intervenientes acrescentadas ao PNSM não acarretem em perda de direitos sociais já constituídos.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Constituição Federal de 1988**. Constituição da República Federativa do Brasil. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acessado em 01/06/2017.

_____. **Decreto nº 7508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acessado em 30 out.2017

_____. **Decreto 6.949 de 25 de agosto de 2009** . Presidência da República casa civil, subchefia para assuntos jurídicos. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2. Acessado em 30m out. 2017.

_____. Lei 80.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em 26 de out. 2017.

_____. **Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização a Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o **Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br> Acessado. Em 20 out. 2017 as 01:30

_____. **Portaria Nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br>. Acessado em 12 nov. 2017 00:20

_____. **Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil**. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental :15 anos depois de Caracas Brasília, 07 a 10 de novembro de 2005. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf Acessado: 12 out. 23:30

_____. **Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental e Coordenação Geral de Atenção Básica. Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários**. Brasília, DF, 2003. Acessado I em 02/06/2017

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa e DOMITTI Ana Carla . **Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(2):399-407, fev, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n2/16.pdf>. Acessado em: 11de out.2017.

CHIAVERINI, Dulce Helena. et al **Guia prático de matriciamento em saúde mental** / (Organizadora). Brasília, DF. Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011. 236 p.; 13x18 cm. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saude_mental.pdf . Acessado em 25out,2017.

FELICIANO, Antonio Marcos. TCC III: Análise de Gestão Fases do Processo de Gestão. In: **Apostila do curso de especialização em Projetos Sociais e Políticas Públicas** – Aula 01 – Centro Universitário Senac São Paulo – Educação Superior a Distância. s/d

FIGUEIREDO, L. C. M. Revisitando as psicologias: **da epistemologia a ética das práticas e discursos psicológicos**. Petrópolis: ed. Vozes, 2004.

GOULART, Maria Stella Brandão. DURÃES, Flávio. **A reforma e os hospitais psiquiátricos: histórias da desinstitucionalização**. Psicologia & Sociedade; 22 (1): 112-120, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v22n1/v22n1a14.pdf>. Acessado em 05 de pu.2017.

LIMA, Sheila Silva e BRASIL, Sandra Assis. **Do Programa de Volta para Casa à conquista da autonomia: percursos necessários para o real processo de desinstitucionalização**. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 24 [1]: 67-88, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acessado em 15 de Outubro 2017

Minozzo et al. **Grupos de saúde mental na atenção primária à saúde**. Fractal, Rev. Psicol., v. 24 – n. 2, p. 323-340, Maio/Ago. 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/fractal/v24n2/a08v24n2.pdf>. mAcessado em 20 set. 2017

MOLINER Juliane de; LOPES Stella Maris Brum; **Saúde mental na atenção básica: possibilidades para uma prática voltada para a ampliação e integralidade da saúde mental**. Saúde Soc. São Paulo, v.22, n.4, p.1072-1083, 2013. Acessado em 02/06/17

SILVA, Daniela Luciana Silva e, KNOBLOCH, Felícia. **A equipe enquanto lugar de formação de formação: a educação permanente em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas**. Interface 20 (57) Apr-Jun 2016 Disponível em: <https://www.scielo.org>. Acessado em 20 de Dezembro 2017.

SOUZA, Ândrea Cardoso e RIVERA, Francisco Javier Uribe. **A inclusão das ações de saúde mental na Atenção Básica: ampliando possibilidades. no campo da saúde mental**. Rev Tempus Actas Saúde Colet. 2010;4(1):105-14 . Disponível em <http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/sites/default/files/arquivos/Inclus%C3%A3o.pdf>. Acessado em 20 out. 2017.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão (Org.). **Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. 2. ed São Paulo: Cortez,2002.

WENCESLAU, Leandro David e ORTEGA, Francisco. **Percepções e atuação do**

Agente Comunitário de Saúde em saúde mental.2 Rev Esc Enferm USP 2012; 46(5):1170-1177. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n5/19.pdf>. acessado 20 out.2017

ZANELLA, Michele. et. al. **Medicalização e Saúde mental: Estratégias Alternativas.** Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde mental, Nº 15 (jun.,2016) /53. Disponível em <http://dx.doi.org/109.19131/rpesm.0132>. Acessado em 02/06/17