

HUM@NAE

Questões controversas do mundo contemporâneo

v. 14, n. 1

AS INTERFACES DA SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA

Thamyls Lopes de Lima¹
Edvânia dos Santos Alves²

Resumo

A pesquisa possibilitou a compreensão do processo de trabalho realizado na atenção básica em relação a promoção, prevenção e recuperação da saúde mental dos usuários adstritos às unidades de saúde da família - USF. Esse trabalho teve por objetivo discutir sobre os cuidados de saúde mental ofertados na atenção básica. Para isso, buscou-se identificar o cuidado realizado aos usuários com transtornos mentais, pessoas em uso abusivo de drogas, processo de trabalho da atenção básica e revisão histórica da política de saúde mental. Nesse contexto, foi utilizada como método de coleta de dados a pesquisa integrativa. Em decorrência do estudo almejamos a sensibilização dos profissionais de saúde para qualificação da assistência em saúde mental.

Palavras-chave: *Saúde mental. Atenção básica. Álcool e outras drogas. Transtornos mentais.*

Abstract

The research made possible the understanding of the work process carried out in primary care regarding the promotion, prevention and recovery of the mental health of the users attached to the family health units - USF. This study aimed to discuss the mental health care offered in basic care. The purpose of this study was to identify the care given to users with mental disorders, people with substance abuse, the basic health care work process, and the historical review of mental health policy. In

1 Residente Multiprofissional em Saúde da Família pelo Fundo Municipal de Saúde de Jaboatão dos Guararapes. Residente em Saúde Coletiva com Ênfase em Gestão de Redes de atenção a saúde pela Universidade de Pernambuco (UPE) e Escola de Saúde Pública de Pernambuco (ESPPE). Especialista em Saúde Mental, Saúde Pública e Dependência Química (andamento) pela Faculdade de Ciências Humanas (ESUDA). Graduada em Bacharelado de Psicologia pela Faculdade de Ciências Humanas (ESUDA). E-mail: thamylspsicologia@gmail.com.

2 Doutora em Educação pela UFPE. Mestra em Psicologia Clínica pela UNICAP. Especialista em Formação e Capacitação Pedagógica pela UFRPE. Bacharelada em Psicologia pela UNICAP.

this context, bibliographical research was used as a method of data collection. As a result of the study, we aim to raise the awareness of health professionals about the qualification of mental health care.

Keywords: *Mental health. Basic care. Alcohol and other drugs. Mental disorders.*

* * * * *

1 INTRODUÇÃO

A saúde mental pode ser entendida como a busca do equilíbrio psíquico frente às dificuldades vivenciadas pelas pessoas. Dependendo da duração, intensidade e consequências das angústias sentidas podem favorecer o desenvolvimento do transtorno mental. Dessa maneira, a saúde mental precisa ser vista num sentido global além da patologia, porém a amplitude de interpretações sobre o conceito de saúde mental dificulta o reconhecimento de uma definição única e completa (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2001).

Em sua totalidade, a saúde mental precisa ser trabalhada nos três níveis de atenção à saúde, ou seja, primário, secundário e terciário. Porém, a partir da promulgação da lei 3088/2011 o cuidado em saúde mental precisa acontecer através da articulação dos serviços disponíveis na Rede de Atenção Psicossocial. Contudo, precisa-se considerar que a saúde mental está presente em tudo que mobiliza a sociedade, muitas vezes adoecimentos físicos são decorrentes de desequilíbrios psicossociais. Dessa forma, os profissionais de saúde precisam estar atentos à singularidade apresentada por cada indivíduo, através de uma escuta qualificada e acolhedora, sobretudo na atenção básica (BRASIL, 2011).

A problematização que desencadeou a produção desse trabalho surgiu da reflexão sobre a insuficiente atenção ofertada aos cuidados em saúde mental dos usuários adstritos às USF (Unidades de Saúde da Família). A partir das experiências vivenciadas na residência multiprofissional em saúde da família, percebeu-se que, por vezes, as equipes não se reconheciam como protagonistas desse tipo de cuidado revelando tendências ao excesso de transcrições medicamentosas,

encaminhamentos ao especialista a nível ambulatorial e ao Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, por vezes desnecessários e inadequados.

Assim, buscou-se reunir informações com o propósito de responder a seguinte pergunta norteadora de pesquisa: *como a saúde mental é ofertada na atenção básica?*

A pesquisa justificou-se por todo processo histórico e social de negligência e estigma dos usuários com demandas de saúde mental pela sociedade civil, acadêmica e pelas Políticas Públicas de Estado. Dessa forma, urge a necessidade de estudos que busquem proporcionar melhor qualidade de vida, resultados efetivos e dignidade a essas pessoas que já são alvos de tanto preconceito e discriminação.

Vale salientar que possivelmente haverá aumento do número de doentes devido ao envelhecimento da população, ao agravamento dos problemas sociais e à desestabilização civil. As perturbações mentais já representam quatro das dez principais causas de incapacidade em todo o mundo. Esse crescente ônus representa um custo enorme em termos de sofrimento humano, incapacidade e prejuízos econômicos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2001).

Nessa perspectiva, encontram-se as USF que estão descentralizadas no território vivo e dinâmico, objetivando ofertar acompanhamento sistemático e contínuo às famílias e comunidades, potencializando as possibilidades disponíveis no contexto onde as pessoas vivem, trabalham, moram, estudam, desenvolvem, adoecem e morrem. Além disso, as equipes de Saúde da Família (eSF) são consideradas principais portas de entrada e ordenadoras da rede de atenção em todas as suas complexidades. Dessa forma, tornam-se equipamentos potentes para a realização desse cuidado integral, pois são competentes pelo acompanhamento mais próximo, devem articular as redes formais e informais disponíveis, capacitar os cuidadores e familiares, bem como realizar essa ponte da reinserção social na comunidade (LIMA e YASUI, 2014).

Conforme estudos realizados ao longo do tempo, constatou-se que a Estratégia de Saúde da Família (ESF) quando funciona adequadamente, propõe-se a apresentar resolutividade em cerca de 85% dos problemas de saúde da comunidade. O restante dos usuários precisará de atendimentos ambulatoriais com

especialistas e apenas a mínima parte da população necessitará de atendimento hospitalar (JULIÃO e WEIGELT, 2011).

Contudo, salienta-se que a atenção primária acompanha primordialmente os casos de sofrimentos mentais leves, ao passo que os usuários com perfis de transtornos mentais de moderados a graves apresentam a indicação de acompanhamento concomitante no CAPS ou ambulatórios. Uma das formas de aperfeiçoar essa resolutividade é através do matriciamento ou apoio matricial das equipes de referência para as eSF (MINOZZO e COSTA, 2013).

O presente artigo científico é composto de sete capítulos, onde o primeiro destina-se a introdução da pesquisa contendo a contextualização e a importância da mesma para o desenvolvimento da saúde mental. O segundo capítulo retrata a metodologia adotada na pesquisa trazendo as classificações necessárias e o passo a passo realizado para a aquisição dos materiais envolvidos, feita a partir da pesquisa de revisão integrativa de cunho exploratório.

Os capítulos seguintes referem-se ao desenvolvimento do estudo, o terceiro capítulo versa sobre o processo histórico que perpassou a saúde mental no Brasil, tendo em vista a reforma psiquiátrica e sanitária que proporcionaram a substituição do modelo manicomial para a atenção a saúde mental baseada em serviços de base comunitária. O quarto capítulo traz reflexões sobre os principais conceitos que norteiam a saúde mental na atenção básica, bem como retrata as principais dificuldades presentes na atualidade trazidas a partir da homologação da Política Nacional da Atenção Básica - 2017.

O quinto capítulo trata das questões relacionadas ao uso abusivo de álcool e outras drogas pelos usuários na atenção básica, buscando desmistificar a temática, fazendo um resgate histórico do uso de drogas na sociedade e apresentando as relações macro políticas que influenciam no cuidado ofertado as pessoas. O sexto capítulo relata os problemas e as possibilidades verificadas no processo de trabalho das ESF sobre a oferta de cuidado em saúde mental. Por fim, discutiram-se as considerações finais da pesquisa.

Esse trabalho objetivou de modo geral discutir os cuidados de saúde mental ofertados na atenção básica. Para isso, buscou-se de maneira específica

identificar o cuidado realizado aos usuários com transtornos mentais na atenção básica, bem como refletir sobre os cuidados ofertados aos usuários que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas na atenção básica. A partir disso, procurou-se problematizar as dificuldades e potencialidades da equipe de saúde da família nas ações de saúde mental.

2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Esta pesquisa provém da curiosidade de alguém destinado a compreender algo, desejo que mobiliza o investigador para a ampliação do conhecimento (MATHEUS, 2012). Neste contexto, fica claro que esse ato dá origem ao avanço da ciência, ou seja, não existe ciência sem pesquisa. O mais preocupante, contudo, é constatar que o objeto de pesquisa se interpela ao pesquisador. Dessa forma, ambos se influenciam desde a motivação sobre a escolha do objeto de pesquisa.

Com relação à forma de abordagem da pesquisa, optou-se pela análise qualitativa, pois segundo Oliveira (2012, p.100):

A pesquisa qualitativa é largamente usada, nos diversos campos das ciências sociais, como método para buscar conhecimento, entendimento e aprofundamento sobre aspectos complexos do comportamento humano.

A forma de abordagem constatada como mais adequada foi a qualitativa por se tratar de uma revisão de literatura, tendo em vista que as interpretações realizadas pelo pesquisador para tratamento dos dados derivaram das fontes bibliográficas exploradas na pesquisa.

Sua tipologia é exploratória pela necessidade de aprofundamento nos conceitos teóricos e estudo investigativo das referências bibliográficas escolhidas. Segundo Lira (2014, p. 24) a pesquisa exploratória pretende: "[...] desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, visando à formulação de problemas mais precisos para estudos posteriores".

Como método de pesquisa optou-se pela revisão integrativa que possibilita o apanhado de conhecimentos e a fusão da aplicabilidade dos resultados de estudos

relevantes na prática cotidiana. Trata-se de uma ferramenta fundamental que se propõe a endossar uma prática assistencial baseada em evidências científicas. A revisão Integrativa disponibiliza seis fases no processo de elaboração: construção da pergunta - condutora, busca ou amostragem na literatura, coleta de dados, análise crítica dos estudos incluídos, discussão dos resultados e apresentação da revisão integrativa (SOUZA, SILVA e CARVALHO, 2010).

Os critérios de inclusão para esse estudo foram às buscas por meio da utilização dos termos descritores: “saúde mental”, “atenção básica”, “drogas” e “transtornos mentais”. Todos os estudos foram retirados de artigos originais em português, decidindo-se centrar esta revisão na literatura recente, avaliando estudos realizados (1995 – 2017).

A amostra do estudo foi composta pela literatura relacionada ao tema de estudo, indexada nos bancos de dados *Scientific Electronic Library Online*- Scielo, Biblioteca Virtual em Saúde - BVS, *Google* Livros, *Google* acadêmico, Biblioteca da UFPE e Fiocruz - PE. Quanto à amostra, os artigos foram selecionados a partir da variável de interesse, totalizando sete artigos científicos. Sendo selecionada apenas a literatura que atendia aos critérios de inclusão definidos neste estudo, no idioma português, todos os tipos de delineamentos metodológicos foram aceitos.

3 UMA BREVE VISÃO HISTÓRICA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

A Construção da Política Nacional de Saúde Mental atual se apóia nos princípios da Reforma Psiquiátrica e Sanitária brasileiras. Essas rupturas no modelo de atenção à saúde trazidas pelas reformas aconteceram por meio de um processo social, no contexto de insatisfação, quanto à eficácia das políticas públicas, ocasionando a mobilização social para garantia de direitos essenciais. Para Amarante (2012) o movimento de combate à Ditadura Militar e restabelecimento da democracia brasileira, que teve início nos anos 1970, possibilitou também o fortalecimento da militância na área da saúde no Brasil.

Pode-se dizer que a Reforma Sanitária ganhou força e representatividade com a legitimação de suas propostas na 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), tais propostas foram reconhecidas pela Constituição Federal de 1988, na criação do

Sistema Único de Saúde - SUS. A partir disso, a saúde passa a ser reconhecida como um direito de todos e dever do estado, além de impactar no modelo de atenção que se fundamenta nos determinantes sociais da saúde, voltando sua atenção às atividades de prevenção e promoção da saúde (ESCOREL, 2012).

A Reforma Sanitária pode ser compreendida como um processo de mudança de paradigma do setor saúde que vislumbrou a melhoria das condições de vida da população. Ela sofreu inquietações, obstáculos, avanços e retrocessos cotidianamente, pois possibilita um conceito ampliado de saúde, que considera, além do aspecto orgânico, as questões psicossociais e espirituais, favorecendo o protagonismo multiprofissional e, por conseguinte, relações mais horizontalizadas de cuidado e de processo de trabalho.

Segundo Amarante (1995) a Reforma Psiquiátrica Brasileira consistiu num movimento que surgiu a partir de denúncias sobre maus-tratos, violência, exclusão social e pouca efetividade terapêutica no cuidado aos transtornos mentais dos pacientes que estavam hospitalizados. Nesse sentido, a antiga Política Nacional de Saúde mental trabalhava objetivando a desinstitucionalização dos usuários, o fechamento dos “manicômios” e ofertando um modelo substitutivo de cuidado, que acontece no território proporcionando o exercício da cidadania, liberdade e autonomia das pessoas.

A Reforma Psiquiátrica é [...] Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios. (DELGADO et al, 2007, p.39-40).

Pode - se entender as muitas variáveis que envolvem a assertividade do movimento psiquiátrico, considerando os atores envolvidos e as repercussões sociais, econômicas e políticas implicadas, levando certo tempo para sedimentação de um modelo diferenciado que passa por experiência de tentativas, erros, acertos e adaptações para conseguir a excelência dos resultados esperados. Por exemplo, o declínio do SUS e da Política de Saúde Mental, quando constatada a falta de prioridade política e investimentos em saúde.

De acordo com Delgado et al (2007, p. 41) um marco importante para a implementação da Política de Saúde Mental foi a Lei Federal de Paulo Delgado, aprovada no ano de 2001:

[...] A Lei Federal 10.216, redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, mas não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios.

A Lei 10.216/2001 foi essencial para o favorecimento do protagonismo dos usuários com transtornos mentais e seus familiares porque versou sobre esse novo método de cuidado buscando a garantia de direitos humanos e sociais que implica toda a sociedade nas práticas de saúde, ofertando assim um novo ritmo a Reforma Psiquiátrica Brasileira. Pois a partir dela foram criadas as diretrizes e eixos norteadores da Política Nacional de Saúde Mental, linhas de financiamento específicas que permitiram a expansão dos serviços substitutivos, entre outros (DELGADO et al., 2007).

Pode-se dizer que a legislação que regulamenta atualmente as ações do escopo da saúde da família é a portaria 2.436/2017, que reformulou a Política Nacional de Atenção Básica. (BRASIL, 2017). Neste contexto, fica claro que a todo o momento, o modelo de atenção a saúde centrado na promoção da saúde vem sendo sabotado pelo sistema de produção baseado no curativismo.

O mais preocupante, contudo, é constatar que toda a luta travada pela reforma sanitária está sofrendo graves retrocessos, sem observarmos a devida resistência do controle social. A atuação da saúde da família apresenta no decorrer do tempo uma descaracterização do seu formato e objetivos iniciais. Por exemplo, através dessas mudanças as atribuições dos agentes comunitários de saúde perdem suas características fundamentais de trabalho social e comunitário, incorporando procedimentos científicos, inclusive entrando na competência profissional de outros trabalhadores, como podemos ver abaixo:

Poderão ser consideradas, ainda, atividades do Agente Comunitário de Saúde, a serem realizadas em caráter excepcional, assistidas por profissional de saúde de nível superior, membro da equipe, após treinamento específico e fornecimento de equipamentos adequados, em sua base geográfica de atuação, encaminhando o paciente para a unidade de saúde de referência. I - aferir a pressão arterial, inclusive no domicílio, com o objetivo de promover saúde e prevenir doenças e agravos; II - realizar a medição da glicemia capilar, inclusive no domicílio, para o acompanhamento dos casos diagnosticados de diabetes mellitus e segundo projeto terapêutico prescrito pelas equipes que atuam na Atenção Básica; III - aferição da temperatura axilar, durante a visita domiciliar; IV - realizar técnicas limpas de curativo, que são realizadas com material limpo, água corrente ou soro fisiológico e cobertura estéril, com uso de coberturas passivas, que somente cobre a ferida; e V - orientação e apoio, em domicílio, para a correta administração da medicação do paciente em situação de vulnerabilidade (BRASIL, 2017, p. 27).

Nesse sentido, compreende-se como descaracterização do papel da atenção básica por evidenciarmos sua missão primordial de ordenadora da rede de atenção a saúde sendo prejudicada pelo excesso de burocracias e procedimentos científicos em contraponto ao contato corpo a corpo no cotidiano das comunidades. Sobretudo, no que tange à saúde mental, que apresenta como ponto estratégico da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS.

No que se refere à RAPS, existe a portaria 3088/2011 que dispõe sobre o funcionamento da mesma enquanto reconhecimento dos dispositivos necessários para atenção às pessoas em sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde. Dessa forma, a RAPS considera e esclarece a importância de cada serviço de saúde para a eficácia do tratamento em saúde mental, em todos os níveis de atenção a saúde, tais como: consultório de rua, saúde da família, Núcleo de Atenção a Saúde da Família - NASF, CAPS, residências terapêuticas, leitos integrais em hospitais gerais, centros de convivências, unidades de acolhimento, entre outros (BRASIL, 2011).

Vale salientar, que atualmente o trabalho em saúde mental se constitui atribuição de todos os profissionais de saúde que compõem a rede de atenção, incluindo os cargos envolvidos direta ou indiretamente no cuidado, tais como: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, psicólogos, nutricionistas, profissionais de educação física, professores, assistentes sociais, dentistas, dentre outros (LANCETTI e AMARANTE, 2006).

Em dezembro de 2017, foi lançada uma nova Portaria, a 3588, que representa graves retrocessos para luta antimanicomial, tais como o retorno dos investimentos aos hospitais psiquiátricos, fortalecimento das unidades ambulatoriais especializadas, incentivo financeiro às comunidades terapêuticas para entrada no circuito de cuidado, entre outros (BRASIL, 2017).

Nesse capítulo pode-se identificar os conceitos principais relacionados ao campo da saúde mental, sua evolução história e regressões, os arcabouços jurídicos que resguardam todos os direitos garantidos às pessoas em sofrimento mental e seus familiares, os serviços ofertados na rede de atenção e os profissionais que articulam todos esses componentes para eficácia do cuidado. É de suma importância conhecer as bases que norteiam e os desafios que foram superados, para fortalecer as pesquisas acadêmicas, enquanto atores políticos e produtores de saúde, informações e conhecimentos.

4 ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM TRANSTORNOS MENTAIS NA ATENÇÃO BÁSICA

Entende-se por Saúde Mental a busca contínua pela congruência entre os conteúdos internos emocionais e as dificuldades externas encontradas no cotidiano. Compreendida também como a capacidade de ter autonomia sobre as ações de sua vida, reconhecendo seus limites e buscando harmonia nas relações interpessoais. A saúde mental (ou sanidade mental) é um termo usado para descrever o nível de qualidade de vida cognitiva ou emocional ou ausência de uma doença mental. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2001).

De acordo com Amarante (2007), o campo da saúde mental é considerado um dos mais ricos e complexos das ciências humanas, tendo em vista sua relação com variados saberes e disciplinas. Para atuação como técnico em saúde mental leva-se em conta o contexto, a sociedade, a cultura e os sujeitos envolvidos. Sendo compreendida como um cuidado global do bem-estar do indivíduo e coletividades, vai muito além do reducionismo de entendê-la como o tratamento para insanidades mentais. Em contraponto, essa transdisciplinaridade aponta um “borramento” quanto aos seus limites e fronteiras de intervenções.

Na realidade da atenção básica, o cuidado a saúde mental se apresenta como um desafio a ser trabalhado arduamente, tendo em vista a dificuldade dos profissionais em identificar esse cuidado como parte da saúde integral e totalmente associada às questões orgânicas; não se tratando de acúmulo de atribuições, mas de competências que precisam ser sensibilizadas e aprimoradas na prática cotidiana dos serviços (BRASIL, 2013).

A atenção básica tem um papel fundamental no cuidado aos usuários em sofrimento mental por ser a porta de entrada do sistema de saúde e pela facilidade no acesso aos usuários que se deve a sua instalação no território adstrito. A atenção básica trata-se, inegavelmente, de uma estratégia potente pela proximidade, construção de vínculos e continuidade do cuidado, sendo um erro atribuir toda a responsabilidade sanitária a esse equipamento, considerando a existência de demandas que necessitam de cuidados de outras competências para além das ofertas disponíveis na estratégia de saúde da família. Corroborando com esse pensamento, é possível compreender que “[...] a Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral” (BRASIL, 2013, p.19).

No âmbito da Estratégia de Saúde da Família, por caracterizar-se como modelo prioritário de organização e ampliação da atenção básica, frequentemente, os profissionais se deparam com usuários que buscam ajuda decorrentes de sofrimento mental, apresentando sintomas de tristeza e ansiedade. Pesquisas mundiais revelam que uma em cada quatro pessoas que procuram a atenção básica apresenta transtorno mental segundo a Classificação Internacional de Doenças - CID-10 (BRASIL, 2013).

Além disso, existe um grande volume de casos de pessoas com problemas relacionados ao uso do álcool, que são recorrentes na população brasileira, acometendo um em cada dez adultos. Bem como os transtornos graves e persistentes caracterizados principalmente pelas psicoses afetivas e esquizofrenias (BRASIL, 2013).

Pode-se dizer que existem fatores estruturais como gênero, cor da pele, renda, escolaridade e trabalho que contribuem para a vulnerabilidade psicossocial

do indivíduo. Ademais acontecimentos marcantes na vida, por exemplo, perdas significativas e lutos, podem preceder o surgimento do sofrimento mental. O mais preocupante, contudo, é constatar que a partir da singularidade do indivíduo e do contexto no qual está inserido podem se estabelecer fatores de risco e de proteção. Não é exagero afirmar que qualquer pessoa pode desenvolver um transtorno mental no decorrer da vida. Para tanto, são necessárias ações de promoção e prevenção na saúde da família, visando minimizar esses riscos através de uma rede de apoio fortalecida. Tais como: vínculo e acolhimento, salas de espera, grupos e oficinas terapêuticas e operativas, visitas domiciliares, ações do programa de saúde na escola, ações intersetoriais, encaminhamentos, dentre outras (BRASIL, 2013).

Qualquer pessoa pode ser acometida por transtorno mental, porém, quando os adoecimentos acontecem nos diferentes ciclos da vida, apresentam características diferenciadas. Contudo, precisam-se considerar as crises normativas que acontecem na mudança de fase. Para tanto, percebe-se a importância, na identificação do transtorno mental, de alguns aspectos: duração, intensidade, contexto e consequências para a vida do indivíduo.

As intervenções com crianças e adolescentes em saúde mental precisam deixar de ser invisibilizadas e passar a ser priorizadas enquanto política pública, desmistificando a visão de que o trabalho com esse público deve ser ultraespecializado e engajando todos os trabalhadores da saúde da família nesse cuidado.

Corroborando esse entendimento, Lima (2014, p. 229) refere que:

É importante reconhecer que os transtornos mentais infantis e juvenis são frequentes, causam sofrimento, prejuízos na sociabilidade e limitações no desenvolvimento, podem persistir na vida adulta e são potencialmente tratáveis.

Com o passar do tempo, observa-se uma transição demográfica e epidemiológica na população brasileira, quando aumentou a expectativa de vida das pessoas e diminuiu a taxa de fecundidade, bem como alterou o perfil do adoecimento e mortalidade. Diante desses são traços do progresso socioeconômico da sociedade, precisam ser garantidas condições para um processo de envelhecimento com qualidade de vida (GROISMAN, 2014).

Dentre os agravos em saúde mental que têm maior relevância nas faixas etárias mais avançadas de idade destacam-se a depressão e os transtornos demenciais. Ambos trazem sérios prejuízos à qualidade de vida da pessoa idosa e familiares, desafiando a organização dos serviços assistenciais. Vale salientar que a cultura favorece muito a exclusão e isolamento do idoso, quando não valoriza sua experiência e sabedoria de vida e o trata como um peso sem utilidade para a família (GROISMAN, 2014).

Dessa forma, pretende-se sensibilizar a população, os profissionais de saúde e a comunidade acadêmica sobre a importância dessa temática, retomando as atitudes questionadoras e de luta por melhorias das práticas de saúde, o fortalecimento dos serviços públicos e a participação empoderada do controle social.

5 O CUIDADO ÀS PESSOAS QUE FAZEM USO ABUSIVO DE DROGAS NA ATENÇÃO BÁSICA

O aumento do uso abusivo de drogas na sociedade vem se mostrando como um preocupante problema de saúde pública brasileira, tendo em vista o avanço vultoso do tráfico de drogas e da criminalidade, que permeiam o acesso às substâncias psicoativas, bem como o comprometimento biopsicossocial de algumas pessoas que apresentam relações adoecidas com as drogas. Corroborando esse pensamento, Schneider et al. (2013, p. 255) afirma que:

[...] nos últimos anos, o mundo vem procurando respostas ao crescente prejuízo (social, cognitivo, cultural e político) associado a esses hábitos prejudiciais na sociedade. O consumo das mais diversas substâncias psicoativas pelo homem (e não somente o álcool ou as drogas consideradas 'ilícitas') é uma prática secular, mas vem aumentando consideravelmente em diferentes regiões do mundo, especialmente em países em desenvolvimento.

O termo “droga” teve origem do holandês medieval “*droog*” que significa “seco” e ganhou visibilidade no período das grandes navegações, com a comercialização de especiarias (ALARCON, 2014). Contudo, é importante ressaltar que existem registros de uso de substâncias psicoativas desde a Pré-história, onde são observados estados de embriaguez e outras formas de alteração da percepção

e comportamento; inclusive em animais, que ingeriam propositalmente frutos e raízes que apresentavam tais propriedades. O consumo do ópio, por exemplo, vem sendo utilizado desde a época dos antigos egípcios, gregos e romanos, com fins religiosos e recreativos. Na atualidade, a medicina recomenda o uso do ópio como terapia medicamentosa eficiente (FONSECA; BASTOS, 2012).

As drogas sempre existiram e continuaram a fazer parte do cotidiano humano, porém as diferenças na forma de consumo são significativas, considerando o tempo, o espaço, a subjetividade do indivíduo e os aspectos socioculturais envolvidos.

Para tanto, verifica-se como essencial para a mudança no processo de cuidado lidar com o estigma da população, dos profissionais de saúde e dos próprios usuários de drogas com relação a essa condição patológica. Essa transformação no olhar sobre a questão visa quebrar os entraves que aumentam a vulnerabilidade e marginalidade, além de dificultar o acesso ao cuidado adequado (BRASIL, 2013).

Para trabalhar com pessoas em sofrimento mental por uso abusivo de drogas, os profissionais precisam refletir e elaborar suas questões pessoais sobre a temática, evitando apresentar atitudes preconceituosas e baseadas no julgamento moral presentes no senso comum (BRASIL, 2013). O mais preocupante, contudo, é constatar que a clandestinidade e criminalização vinculadas à comercialização das drogas ilícitas despertam temores, colocando obstáculos na busca de ajuda profissional e complicando a situação de saúde física e psicológica dos indivíduos.

Segundo Karam (2013, p.34), "a economia demonstra a inevitável ineficácia da política proibicionista. Guerra, mortes, prisões em nada afetam o fornecimento das drogas tornadas ilícitas". É interessante, aliás, saber que a criminalização do processo de produção, comercialização e consumo de drogas ilícitas, globalmente, ocorreu no Século XX. Essa lógica pretendeu atingir uma inviável abstinência como suposta solução para evitar os riscos e danos eventualmente decorrentes do consumo das substâncias proibidas.

Nesse sentido, não parece haver razão para que essa ideologia permaneça predominante em nossa sociedade atual, trazendo prejuízos à cidadania das pessoas. É sinal de que há, enfim, alguns segmentos da comunidade acadêmica se

posicionando contrários a esse modelo de intervenção, abrindo assim espaços de diálogos sobre a temática de forma intersetorial.

As drogas têm um sentido relacional, ou seja, a priori as substâncias não são boas nem ruins, o resultado depende do significado presente na vida de cada um e das relações estabelecidas subjetivamente. O mais relevante é perceber em qual contexto de vida as drogas são usadas, quais redes de apoio o indivíduo pode contar e não apenas focar nos efeitos do tipo de droga de predileção. Por exemplo, na Grécia antiga, o conceito de fármacos significava tanto remédio como veneno, a depender do manejo realizado (ALARCON, 2014).

Nesse contexto, acontecem muitas inquietações sobre o posicionamento da Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD) por seu caráter que reforça uma ideologia punitiva e repressora sobre as drogas, além de estar dissociada da questão de saúde pública.

Se as medidas de prevenção e tratamento foram centralizadas num órgão de Segurança Pública, cuja condução só é possível a um militar graduado, nota-se uma priorização pelo Estado brasileiro da abordagem às substâncias proibidas, seu alvo principal, quando são as drogas lícitas as mais consumidas no Brasil. (OLIVEIRA, 2003, p. 99).

O processo de construção de uma política sobre drogas reflete as contradições sociais que coabitam o estado, pois essas discussões favorecem o tensionamento entre a promoção do bem-estar coletivo e os interesses das classes sociais dominantes com seus julgamentos morais e religiosos. Nesse sentido, além de relações sociais e políticas, as relações de poder são incisivas nesse processo (OLIVEIRA, 2003).

As relações de poder envolvidas no processo decisório político cotidiano interferem diretamente no modelo de cuidado construído historicamente. Sobre isso, observam-se mudanças bruscas nos investimentos realizados, como a supervalorização das comunidades terapêuticas. Desse modo, verifica-se o propósito a que se destina o desmonte do SUS e da RAPS, constatando o aumento da disputa comercial entre a rede pública e privada, onde se considera a oferta da

qualidade de vida uma moeda de compra e venda de serviços a quem pode pagar. O que se contrapõe a compreensão de que se trata do direito de todos e dever do estado.

Nesse sentido, mostra-se relevante na política sobre drogas atual a entrada das comunidades terapêuticas enquanto dispositivo de cuidado financiadas pela SENAD. Tais comunidades apresentam uma metodologia baseada na exclusão social pelo encarceramento nas unidades, muitas vezes, apoiada na moral e religiosidade, sem a disponibilidade do acompanhamento clínico garantido e com várias denúncias de crimes contra os direitos humanos.

As comunidades terapêuticas são instituições privadas e, muitas vezes, de caráter confessional, em que a religião é imposta como a principal estratégia de tratamento, independentemente das convicções religiosas do indivíduo anteriores ao ingresso nela. Elas possuem um programa específico de tratamento, que dura de seis a doze meses, conforme a instituição, regras rígidas e atividades obrigatórias, que devem ser seguidas por todos que ingressam na instituição. As visitas dos familiares são parcas e restritas e o contato com o mundo externo é inexistente, inclusive, no que diz respeito às atividades escolares e profissionais. (FOSSI; GUARESCHI, 2015, p.95-96).

Uma das principais estratégias implantadas pelo Ministério da Saúde para o cuidado a usuários de álcool e outras drogas chama-se redução de danos que teve seu reconhecimento através da inclusão no rol de ações pertencentes à atenção básica, sendo caracterizada por uma abordagem possível para lidar com diversas condições de saúde.

As ações de redução de danos têm como base a utilização de tecnologias relacionais como acolhimento empático, vínculo e confiança, pois essas posturas facilitam a adesão do usuário ao diálogo e negociações com a equipe em busca de sua qualidade de vida. Essa abordagem evita a normatização dos comportamentos, considerando os desejos e possibilidades do indivíduo (BRASIL, 2013).

A redução de danos reconhece o prazer que as drogas oferecem e não tem como foco a abstinência total, mas busca reduzir as consequências adversas criadas pelo uso desequilibrado das drogas na saúde, vida social e econômica do usuário e familiares. Dessa forma, a estratégia de redução de danos propõe

intervenções singulares porque considera cada contexto envolvido, tais como: o uso protegido, a redução desse uso, a substituição por substâncias que causem menos problemas e até a abstinência das drogas que causam complicações a vida do usuário. Bem como, a distribuição de materiais informativos, oficinas de discussões, acesso a preservativos, ações comunitárias, parcerias intersetoriais (fóruns, reuniões e redes), ações do Programa Saúde na Escola.

Para que essa estratégia tenha eficácia, o trabalho precisa ser intersetorial, proporcionando a garantia dos direitos essenciais à pessoa humana, tendo em vista que a vulnerabilidade social pode favorecer o uso abusivo das drogas e proporcionar consequências como o aumento da violência, criminalidade e assassinatos. Para retirar a importância das drogas na vida das pessoas, precisa-se ofertar outras oportunidades relacionadas à reinserção social, tais como: habitação, trabalho e renda, educação, lazer, saúde, assistência social, entre outros.

Desse contexto, aproximam-se questões como as “cracolândias” que vêm ganhando muita visibilidade na mídia, onde muitos gestores acreditam que a situação se modifica apenas com uma limpeza urbana na base da força bruta de policiais, sem oferecer novas possibilidades a essas pessoas.

Entender este contexto significa considerar que a busca dos efeitos desejados pode estar vinculada, também, ao circuito que os oferece e à forma de conduta apropriada para a circulação nesse espaço, construindo-se um estilo e uma estética próprios que possibilitam a identificação com seus pares e pelos “outros”, estabelecendo-se um padrão de sociabilidade. (...) Portanto, é importante atentar para o fato de que não existe um único, mas diversos tipos de usos de drogas, e levar em conta as diferenças e multiplicidades dos indivíduos e o significado que atribuem a esse uso. (SILVA, 2000, p.1-2).

Assim, identifica-se a relevância da temática sobre drogas para a oferta do cuidado integral pelos profissionais de saúde, sociedade, familiares e usuários. Percebe-se que esse quadro nos remete a questões mais amplas do que apenas a saúde, ou seja, para a eficácia da atenção aos usuários precisa de articulação intersetorial e multiprofissional. Não é exagero afirmar que esse tema desperta

várias inquietações nas pessoas, pois mobiliza as emoções, fragilidades e avanços que fazem parte da condição humana de sujeito e precisam ser trabalhadas.

6 O PROCESSO DE TRABALHO NA SAÚDE DA FAMÍLIA

O processo de trabalho em saúde pode ser entendido como o conjunto de ações coordenadas desenvolvidas por profissionais buscando transformar a realidade sanitária da população. Vale salientar que o trabalho em saúde tem características essencialmente relacionais, atuando no processo saúde - doença - cuidado, pois o consumidor ou usuário apresenta um papel ativo no processo de trabalho. No âmbito da saúde da família, o processo de trabalho apresenta certas peculiaridades, porque intervém nos âmbitos singulares e da coletividade (FONTANA; LACERDA; MACHADO, 2016). Neste contexto, a atenção baseia-se prioritariamente na promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, sem esquecer do seu papel na recuperação e reabilitação das pessoas.

O mais preocupante, contudo, é constatar que ainda coexistem concomitantemente, os modelos biomédicos e da promoção da saúde. Não é exagero afirmar que muitos profissionais desconhecem o conceito e ações que devem ser executadas segundo as diretrizes da promoção da saúde, isso porque a formação profissional permanece centrada numa concepção curativista, ou seja, preocupa-se bastante no tratamento das patologias e nos cuidados com o corpo apenas biológico.

A saúde da família passa por diversos desafios para a implementação de um modelo de saúde que corresponda ao preconizado pela reforma sanitária. Para isso, torna-se necessário uma reorganização dos serviços de saúde que compõem a rede, no que tange aos processos de trabalho, buscando garantir a efetivação dos princípios do SUS nas diferentes localidades brasileiras. Alguns elementos importantes nesse processo são: financiamento adequado, mobilização social e gestão participativa.

Conforme Heidemann, Wosny e Boehs (2014), os recursos financeiros destinados para materiais e infraestrutura das unidades são fundamentais para a realização das atividades de forma digna e efetiva. Os autores deixam claro que ter acesso aos recursos materiais adequados, inclusive com relação às medicações para os usuários, favorece o funcionamento exitoso da unidade, promovendo também uma relação de confiança mútua entre gestores, profissionais e usuários.

Outro obstáculo constatado na saúde da família é o excesso de práticas profissionais, tendo em vista as cobranças da gestão sobre a produtividade quantitativa, o aumento de trabalhos burocráticos como a alimentação do sistema de informações, e por vezes, uma população superestimada no território, o que diverge do que se encontra preconizado na PNAB.

A autora Acioli et al (2014, p. 640) deixa claro que "as exigências de produtividade e o cadastramento ultrapassado, subestimando o número de famílias da área, colaboram para a sobrecarga de trabalho". Assim, pode-se dizer que o excesso de atividades burocráticas vem fragilizando a oferta de cuidado na saúde da família. Neste contexto, fica claro que a utilização das tecnologias leves baseadas nas relações interpessoais são essenciais para uma atenção qualificada prestada pelas equipes de saúde da Família. Nesse sentido, é alarmante o quanto o tecnicismo vem sendo valorizado e privilegiado pelas micropolíticas.

É possível afirmar que as atividades coletivas estão perdendo espaço para o atendimento ambulatorial e individualista com todo esse processo. Um exemplo disso é o retorno vultoso de doenças infectocontagiosas e parasitárias que estavam erradicadas no Brasil. Isso pode indicar que a importância do registro está se sobrepondo ao contato direto com as pessoas.

"Percebe-se carência de capacitação profissional para entendimento e incorporação da Política Nacional de Promoção da Saúde, assim como das Diretrizes Operacionais da Estratégia de Saúde da Família." (HEIDEMANN; WOSNY; BOEHS, 2014, p.3556).

Destacou-se situação crítica no processo de trabalho para executar as práticas de promoção da saúde. Percebe-se que há necessidade de construção de conhecimento específico das bases teóricas da promoção da saúde, assim como oportunidades reduzidas de educação permanente em

metodologias ativas e criativas para abordagem coletivas com a comunidade. (HEIDEMANN; WOSNY; BOEHS, 2014, p.3557-3558).

Os autores deixam claro as dificuldades advindas da falta de conhecimentos teóricos e técnicos dos profissionais para colocar em prática as atividades de promoção da saúde. De modo que para superá-las, propõe-se o desenvolvimento e aplicabilidade da política de educação permanente nas três esferas de governo, e a qualificação dos espaços de construção coletiva como fóruns, seminários e congressos multiprofissionais. Também sugerem garantir a existência de espaços na semana padrão para reuniões de equipe, reuniões com a comunidade, matriciamento, espaços de cuidado com o cuidador, entre outros. (HEIDEMANN; WOSNY; BOEHS, 2014).

De acordo com Heidemann, Wosny e Boehs (2014, p. 3557):

"Com relação ao funcionamento da Unidade, apontaram que reuniões das equipes, horário estendido e participação nos grupos de educação em saúde, promovem o desenvolvimento das práticas consideradas como promoção da saúde".

Por todas essas razões, observa-se que existem vários fatores que interferem negativamente no progresso da saúde da família. Para tanto, percebe-se a importância de transformações em vários aspectos, que vão da infraestrutura até o processo de trabalho das equipes, para a realização dos objetivos propostos. Contudo, nesse equipamento estratégico existem várias potencialidades e possibilidades de intervenções.

O processo de trabalho em saúde mental na saúde da família apresenta-se como muito rico em possibilidades e privilegiado, devido ao vínculo estabelecido com as pessoas, a proximidade, a longitudinalidade e a continuidade do cuidado. A exemplo disso tem a ferramenta do acolhimento à demanda espontânea, que se trata da porta de entrada do usuário na unidade de saúde e na rede de atenção a saúde.

"O acolhimento é uma prática presente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de

receber e escutar as pessoas, podendo acontecer de formas variadas" (BRASIL, 2011, p.19).

Pode-se dizer que o acolhimento à pessoa em sofrimento psíquico retrata algumas peculiaridades, pois o usuário precisa ser acolhido, respeitado e compreendido em suas necessidades (LEAL e MUNÕZ, 2014). Neste contexto, o adoecimento psíquico pode acometer qualquer pessoa em determinada fase da vida. Contudo, alguns profissionais não desenvolveram a escuta qualificada e, conseqüentemente, aumentam o volume de encaminhamentos ao especialista. Esse tipo de postura profissional proporciona o afastamento do usuário e interfere prejudicialmente na prática do cuidado.

A aproximação é indispensável quando se quer ter acesso ao universo das experiências do usuário com transtorno mental. De modo geral, os profissionais de saúde precisam considerar as diversas manifestações subjetivas do sofrimento humano nessa escuta qualificada. Por mais estranhas que pareçam, apresentam um sentido lógico na vida do usuário, que se precisa entender e intervir para a evolução do quadro (LEAL e MUNÕZ, 2014).

Outros dispositivos importantes no cuidado em saúde mental são potencializados pelas equipes do Núcleo de Atenção à Saúde da Família - NASF:

[...] o trabalho integrado do NASF com a equipe de saúde da família se operacionaliza com o uso de algumas ferramentas tecnológicas: o apoio matricial, a clínica ampliada, o Projeto Terapêutico Singular - PTS e o Projeto de Saúde no território - PST (CARVALHO, 2010, p.68).

O NASF foi idealizado com a finalidade de ampliar a abrangência, a resolutividade e o cardápio de ações ofertadas na atenção básica, tratam - se de equipes compostas de profissionais com variados saberes, objetivando proporcionar retaguarda às eSF, atuando nas esferas assistencial e técnico – pedagógica (BRASIL, 2013).

Dentre as maiores potencialidades existentes na atenção básica merecem destaque a atuação multiprofissional e intersetorial, que conseguem aumentar a

resolutividade e integralidade da atenção aos usuários, pois cada saber profissional e institucional, para além da saúde, se complementam e se agregam para a melhoria da qualidade de vida da população, sobretudo quando se consideram os altos índices de vulnerabilidade social.

Além disso, na atualidade, pode-se utilizar várias técnicas terapêuticas, amplamente reconhecidas, as práticas integrativas e complementares (PICs) ofertadas no SUS. Esse campo contempla sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos que envolvem abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras. Algumas dessas práticas são: Medicina Tradicional Chinesa, Acupuntura, Homeopatia, plantas medicinais e fitoterapia, crenoterapia, medicina antroposódica, meditação, florais, biodança, danças circulares, reick, dentre outras. (BRASIL, 2013).

Outra potencialidade de grande relevância presente nos territórios diz respeito à reabilitação psicossocial através das oficinas de geração de renda e economia solidária, tendo sua importância devido à dificuldade de acesso dos usuários com sofrimento mental ao exercício de atividades produtivas. Essa abertura para o mundo do trabalho proporciona qualidade de vida, autonomia, condições concretas de inclusão social e o desenvolvimento da dignidade aos atores envolvidos (LUSSI, MATSUKURA e HAHN, 2011).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento do presente estudo possibilitou a revisão histórica do processo de construção da política de saúde mental, partindo do modelo hospitalocêntrico para a reforma psiquiátrica e chegando à estruturação do modelo atual de cuidado em saúde mental. Proporcionou também a identificação dos cuidados ofertados aos usuários acometidos por transtornos mentais na saúde da família, suscitou a reflexão sobre a atenção oferecida aos usuários de álcool e outras drogas nos territórios da atenção básica e viabilizou a avaliação do processo de trabalho em saúde na atenção primária.

De modo geral, buscou-se estabelecer alguns parâmetros sobre o contexto atual da política de saúde mental, considerando os avanços conquistados e as ameaças de retrocessos que estamos vivenciando; discutir alguns conceitos importantes em torno da saúde mental na atenção básica e do manejo dos transtornos mentais nesse espaço de cuidado; revisitar a história das drogas na sociedade, o estigma e preconceito que permeiam o senso comum dos profissionais de saúde; e refletir sobre a estratégia de redução de danos na atenção básica. Além disso, evidenciaram-se alguns desafios e potencialidades presentes no processo de trabalho da atenção primária.

Através do estudo das teorias citadas no decorrer do trabalho, foi possível refletir e discutir sobre vários aspectos relevantes que compõem o campo da saúde mental, dessa forma ficou evidente que os objetivos propostos foram alcançados com êxito.

A partir da revisão integrativa utilizada como instrumento de coleta de dados pôde-se ampliar a visão do pesquisador sobre a temática, conhecendo novas experiências exitosas possíveis de ser implantadas e reformuladas.

Dada à importância do tema adotado, torna-se necessário o desenvolvimento de projetos que se proponham a compreender melhor a visão dos profissionais da equipe de saúde da família sobre a saúde mental, a realização de levantamentos epidemiológicos sobre os transtornos mentais prevalentes, a exposição de experiências exitosas de intervenções com esse público-alvo, a avaliação da eficácia da política de saúde mental nos serviços de saúde, entre outros.

Nesse sentido, percebe-se que a principal contribuição dessa pesquisa é possibilitar uma compreensão reflexiva sobre os cuidados de saúde mental ofertados na atenção básica, salientando várias nuances que interferem direta ou indiretamente no progresso e eficácia desse cuidado.

Além disso, enquanto limitação, encontraram - se poucos trabalhos científicos que se dediquem a investigar e intervir nas dificuldades e potencialidades presentes no processo de trabalho das equipes de saúde da família relacionados à saúde mental, necessitando-se que os pesquisadores, sobretudo os profissionais atuantes, tenham um olhar diferenciado para essa temática no sentido de fortalecer e

enriquecer os aspectos relevantes da prática cotidiana, bem como expandir e divulgar as práticas exitosas que se apresentam no território; pois, as pesquisas focadas em intervenções nos serviços precisam ser valorizadas academicamente e serem fatores de transformação social.

REFERÊNCIAS

ACIOLI, S. et al. Práticas de cuidado: o papel do enfermeiro na atenção básica. **Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, p. 637-642, set.-out. 2014. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v22n5/v22n5a09.pdf>> Acesso em: 01 mar. 2018.

ALARCON, S. O uso prejudicial e dependência de álcool e outras drogas. In: (org.) JORGE, M. A. S.; CARVALHO, M. C. D. A.; SILVA, P. R. F. D. **Políticas e Cuidado em saúde mental: contribuições para a prática profissional**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. Cap. 9, p. 201-228.

AMARANTE, P. **Loucos pela Vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

_____. **Saúde mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

_____. D. D. C. Saúde Mental, Desinstitucionalização e Novas Estratégias de Cuidado. In: (org.) GIOVANELLA, L., et al. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. Cap. 20, p. 635-655.

APPOLINÁRIO, F. **Dicionário de Metodologia Científica**. 2ª. ed. São Paulo: Atlas, 2011.

BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE - BVS., 2017. Disponível em: <<http://decs.bvs.br/P/decsweb2017.htm>>. Acesso em: 20 mar. 2018.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.**, Brasília, 6 abr 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acesso em: 27 mar. 2018

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica **Acolhimento à demanda espontânea/Ministério da Saúde**. Brasília, 2011. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab28>>. Acesso em: 02 mar. 2018.

_____. PORTARIA Nº 3.088, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011. **Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento mental**, Brasília-DF, 23 dez 2011a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 03 mar. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2012. Disponível em:

<<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 04 mar. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde Mental/ Departamento de Atenção Básica. Departamento de Ações Estratégicas. **Cadernos de Atenção Básica, n.34**. Brasília, 2013. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf>. Acesso em: 06 mar. 2018.

_____. PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017. **Revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica**, Brasília, DF, 21 set 2017. Disponível em: <<http://www.foa.unesp.br/home/pos/ppgops/portaria-n-2436.pdf>>. Acesso em: 07 mar. 2018.

_____. PORTARIA Nº 3.588, DE 21 DE DEZEMBRO DE 2017. **Dispõe sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências**, Brasília, 21 dez 2017. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/images/portarias/dezembro2017/dia22/portaria3588.pdf>>. Acesso em: 27 mar. 2018.

CARVALHO, D. A. D. **Desafios da saúde mental na atenção básica**. Corinto: [s.n.], 2010. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3157.pdf>>. Acesso em: 08 mar. 2018.

DELGADO, P. G. G. et al. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. In: (org.) MELLO, M. F. D. **Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2007. Cap. 2, p. 39-83. *Descritores em Ciências da Saúde: DeCS*. *. ed. rev. e ampl. São Paulo: BIREME / OPAS / OMS, 2017. Disponível em: <<http://decs.bvsalud.org>>. Acesso em 22 de mar. 2018.

SCOREL, S. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: (org.) GIOVANELLA, L., et al. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2ª. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. Cap. 11, p. 323 -363.

FONSECA, E. M.; BASTOS, F. I. Os tratados internacionais antidrogas e o Brasil: políticas, desafios e perspectivas. In: (org.) ALARCON, S.; JORGE, M. A. S. **Álcool e Outras drogas: diálogos sobre um mal-estar contemporâneo**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. Cap. 1, p. 15 - 43.

FONTANA, K. C.; LACERDA, J. T. D.; MACHADO, P. M. D. O. O processo de trabalho na Atenção Básica à saúde: avaliação da gestão. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, p. 64-80, Julho-Setembro 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v40n110/0103-1104-sdeb-40-110-0064.pdf>>. Acesso em: 08 mar. 2018.

FOSSI, L. B.; GUARESCHI, N. M. D. F. O modelo de tratamento das comunidades terapêuticas: práticas profissionais na conformação dos sujeitos. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 94-115, 2015. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epp/v15n1/v15n1a07.pdf>>. Acesso em: 09 mar. 2018.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6ª. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

HumanÆ. *Questões controversas do mundo contemporâneo*, v. 14, n. 1 (Ano, 2020) ISSN: 1517-7606

GROISMAN, D. Saúde mental e envelhecimento: um passo necessário para as políticas públicas. In: (org.) JORGE, M. A. S.; CARVALHO, M. C. D. A.; SILVA, P. R. F. D. **Políticas e Cuidado em saúde mental: contribuições para a prática profissional**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. p. 255-278.

HEIDEMANN, I. T. S. B.; WOSNY, A. D. M.; BOEHS, A. E. Promoção da Saúde na Atenção Básica: estudo baseado no método de Paulo Freire. **Ciência e Saúde Coletiva**, Florianópolis, p. 3553 - 3559, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n8/1413-8123-csc-19-08-03553.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2018.

JULIÃO, G. G.; WEIGELT, L. D. ATENÇÃO À SAÚDE DO HOMEM EM UNIDADES DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Cruz do Sul, v. 1, p. 144-152, Maio-Agosto 2011.

KARAM, M. L. Direitos Humanos, Laço Social e Drogas: Por uma política solidária com o sofrimento humano. In: PSICOLOGIA, C. F. D. **Drogas, Direitos Humanos e Laço Social**. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2013. Cap. 2, p. 33-51. Disponível em: <<https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/07/Drogas-Direitos-Humanos-e-Laco-Social.pdf>>. Acesso em: 11 mar. 2018.

LANCETTI, A.; AMARANTE, P. Saúde Mental e Saúde Coletiva. In: CAMPOS, G. W. D. S., et al. **TRATADO DE SAÚDE COLETIVA**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. Cap. 18, p. 615 - 634.

LEAL, E. M.; MUÑOZ, N. M. Estratégias de intervenção em saúde mental. In: JORGE, M. A. S.; CARVALHO, M. C. D. A.; SILVA, P. R. F. D. **Políticas e cuidado em saúde mental: contribuições para a prática profissional**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. p. 75-98.

LIMA, E. M. F. D. A.; YASUI, S. Territórios e sentidos: espaço, cultura, subjetividade e cuidado na atenção psicossocial. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, p. 593-606, jul-set 2014.

LIMA, R. C. Saúde mental na Infância e Adolescência. In: (org.) JORGE, M. A. S.; CARVALHO, M. C. D. A.; SILVA, P. R. F. D. **Políticas e Cuidado em Saúde mental: contribuições para a prática profissional**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. p. 229- 254.

LIRA, B. C. **O passo a passo do trabalho científico**. Petrópolis: Vozes, 2014.

MARCONI, M. D. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 5ª. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MATHEUS, C. E. M. Filosofia da pesquisa. In: (org.) PERDIGÃO, D. M.; HERLINGER, M.; WHITE, O. M. **Teoria e Prática da Pesquisa Aplicada**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012. Cap. 1, p. 2 - 11.

MELLO, M. F. D.; MELLO, A. D. A. F. D.; KOHN, R. Introdução. In: (org.) MELLO, M. F. D.; MELLO, A. D. A. F. D.; KOHN, R. **Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2007. p. 11-15.

MINOZZO, F.; COSTA, I. I. D. Apoio matricial em saúde mental entre CAPS e Saúde da Família: trilhando caminhos possíveis. **Psico-USF**, Bragança Paulista, v. 18, n. 1, p. 151-160, jan/abril 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS. **Relatório sobre a saúde no mundo 2001**: Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Geneva - Suíça, 2001.

OLIVEIRA, C. J. D. **Dependência de álcool e outras drogas: debate conceitual, políticas públicas e a inserção do serviço social nessa área**. Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, p. 96-125. 2003. Disponível em: <file:///C:/Users/Pavilion/Documents/TCR/Dissertacao%20Claudete.pdf>. Acesso em: 22 mar. 2018.

OLIVEIRA, D. M. T. D a. Introdução à pesquisa qualitativa. In: PERDIGÃO, D. M.; HERLINGER, M.; WHITE, O. M. **Teoria e prática da pesquisa aplicada**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012. Cap. 10, p. 100 -108.

SCHNEIDER, J. F. et al. Atendimento a usuários de drogas na perspectiva dos profissionais da estratégia saúde da família. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, p. 654-661, Julho-Setembro 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000300011>. Acesso em: 12 mar. 2018.

SILVA, S. L. D. **Mulheres da Luz**: uma etnografia dos usos e preservação no uso do crack. São Paulo: [s.n.], 2000. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-27042008-180551/pt-br.php>>. Acesso em: 13 mar. 2018.

SOUZA, M. T. D.; SILVA, M. D. D.; CARVALHO, R. D. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, v. 8, p. 102-6, 2010.