



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ  
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**DIEGO MENDONÇA VIANA**

**Saúde Mental e Atenção Primária: compreendendo articulações e práticas de cuidado na  
Saúde da Família no Ceará.**

**FORTALEZA-CE**

**2016**

DIEGO MENDONÇA VIANA

Saúde Mental e Atenção Primária: compreendendo articulações e práticas de cuidado na  
Saúde da Família no Ceará.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação, Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Saúde da Família. Área de concentração: Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Aluísio Ferreira de Lima.

FORTALEZA

2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará  
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

---

- V667s Viana, Diego Mendonça.  
Saúde Mental e Atenção Primária : compreendendo articulações e práticas de cuidado na Saúde da Família no Ceará. / Diego Mendonça Viana. – 2016.  
225 f. : il. color.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Mestrado Profissional em Saúde da Família, Fortaleza, 2016.  
Orientação: Prof. Dr. Aluisio Ferreira de Lima.
1. Atenção Primária à Saúde. 2. Saúde Mental. 3. Cuidado. 4. Integralidade. I. Título.

CDD 610

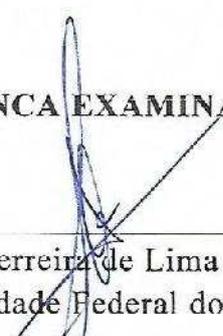
---

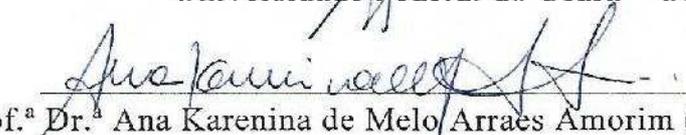
**DIEGO MENDONÇA VIANA**

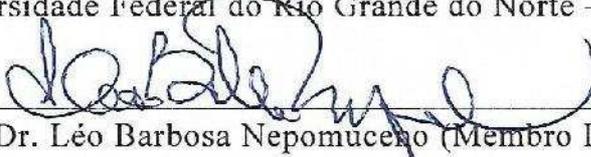
**SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PRIMÁRIA: COMPREENDENDO  
ARTICULAÇÕES E PRÁTICAS DE CUIDADO NA SAÚDE  
DA FAMÍLIA NO CEARÁ**

Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado à banca de defesa do  
Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em  
Saúde da Família, Universidade Federal do Ceará.

**BANCA EXAMINADORA:**

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Aluísio Ferreira de Lima (Presidente/Orientador)  
Universidade Federal do Ceará – UFC

  
\_\_\_\_\_  
Prof.ª Dr.ª Ana Karenina de Melo Arraes Amorim (Membro Efetivo)  
Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Léo Barbosa Nepomuceno (Membro Efetivo)  
Universidade Federal do Ceará – UFC

Aprovada em: 26 / Agosto / 2018

Fortaleza-CE

Primeiramente, Fora Temer!!!

Aos profissionais da Estratégia Saúde da

Família,

À minha família.

## AGRADECIMENTOS

A gratidão é um ato revolucionário daqueles que humildemente reconhecem que seu caminho nunca foi trilhado sozinho. No meu caso, tenho muito a agradecer a uma porção de gente das quais dedico especial apreço:

Agradeço em primeiro lugar à minha família por sempre estar ao meu lado, acreditando e dando força a todas as minhas maluquices desde que eu me entendo por gente. Deixo agradecimentos sinceros a minha mãe Anna, meu pai Antonio, meus irmãos Bruno, Igor e Mayara. Este texto também é de vocês!

Agradeço ao meu cachorro Dimb, fiel companheiro das madrugadas de estudos e escritas. Dimb me acompanhou na minha monografia de graduação, em duas monografias de especialização e agora na dissertação do mestrado. Dimb é um cachorro sanitarista e comprometido com o SUS e deixo aqui minha gratidão pelos latidos inspiradores.

Agradeço enormemente a Rayane pelo apoio e pelo companheirismo durante boa parte desta empreitada de pesquisa. Você, minha querida, é parte integrante desta produção e dividiu comigo os momentos mais difíceis e os mais belos desse caminhar. Você é parte importante de cada palavra e sentimento aqui escrito.

Agradeço ao meu orientador, Prof. Dr. Aluísio Ferreira de Lima, pela confiança em meu trabalho, pela liberdade em todo processo de construção da pesquisa e pelas contribuições científicas e políticas neste texto.

Agradeço aos meus colegas de turma de mestrado: Adriana (e os 10 centavos), Alyne (pela calma), Aila (torcedora do Leão!!!), Bruno (e as piadas sensacionais), Cristiane (colega das orientações clandestinas), Cristiano (Bilú), Danuta (e a eterna aroeira), Dírlia (e sua objetividade), Eline (uma potência de pessoa), Manu (faz mil coisas), Fabio (chama o SAMU e autor da frase “sempre precisei”), Gessika (a menina de rosa), Veronica (potência da Caucaia), Gemimma (te preserva, criatura), Joverlandia (reservada e sempre precisa no que faz), Lucenir (potência do Icó), Luciana (energia, muita energia para cuidar do universo),

Malu (positividade), Risolinda (a maior organizadora de zap zap que o mundo já viu) e Marielle (chegou depois que o jogo começou e já é do time). O mundo ficou mais especial depois que vocês apareceram na minha vida.

Agradeço aos meus amigos de Iguatu-CE que tive a oportunidade de ver e rever. Vocês fazem parte da minha caminhada e também deste texto. Agradeço também a Secretaria Municipal de Saúde de Iguatu e os trabalhadores dos serviços de saúde por terem acolhido esta proposta.

Agradeço aos trabalhadores das unidades de saúde de Fortaleza-CE pela colaboração neste estudo e a Secretaria Municipal de Saúde por ter acolhido a proposta.

Agradeço aos trabalhadores (as) do Departamento de Enfermagem da UFC. Dedico especial agradecimento aos (as) trabalhadores (as) da portaria pela simpatia sincera, aos (as) trabalhadores (as) da limpeza pelo carinho de sempre e a Suerda, nossa eterna amiga e competente funcionária da pós-graduação. Suerda, você torce para o Ceará Sporting Club, mas você é tão especial que até esqueço que tu torces para o meu arquirrival futebolístico.

Agradeço a minha banca de defesa pelas contribuições dadas durante todo o delineamento desta pesquisa. O olhar crítico e construtivo é um presente que todo pesquisador precisa receber para aprimorar o seu fazer.

## **Sufoco da Vida**

### **Harmonia Enlouquece<sup>1</sup>**

Estou vivendo

No mundo do hospital

Tomando remédios

De psiquiatria mental

Estou vivendo

No mundo do hospital

Tomando remédios

De psiquiatria mental

Haldol, Diazepam

Rohypnol, Prometazina

Meu médico não sabe

Como me tornar

Um cara normal

Me amarram, me aplicam

Me sufocam

Num quarto trancado

Socorro

---

<sup>1</sup> Banda Harmonia Enlouquece: é uma banda formada a partir da articulação de pacientes do Centro Psiquiátrico Rio de Janeiro (CPRJ), com início embrionário em um projeto datado de 1998 e a formalização da banda ocorreu em 2001. Desde então, as diversas formações do Harmonia vêm percorrendo o país divulgando o trabalho da luta por uma Saúde Mental mais humana e crítica.

Sou um cara normal

Asfixiado

Minha mãe, meu irmão

Minha tia, minha tia

Me encheram de drogas

De levomepromazina

Ai, ai, ai

Que sufoco da vida

Sufoco louco

Tô cansado

De tanta

Levomepromazina

Ai, ai, ai

Que sufoco da vida

Sufoco louco

Tô cansado

De tanta

Levomepromazina

## RESUMO

Esta dissertação se configura como uma das iniciativas de investigação do espaço de fronteira na política pública de saúde, ou seja, consiste de um esforço científico de compreensão das relações existentes entre o campo da Atenção Primária à Saúde (APS) e o campo da Saúde Mental (SM) nos territórios. O objetivo central da pesquisa consistiu em compreender as práticas de cuidado desenvolvidas pelos profissionais na Estratégia Saúde da Família (ESF) no estado do Ceará para com as demandas de saúde mental existentes nos territórios de responsabilidade das equipes. A metodologia está situada no campo da pesquisa qualitativa em saúde coletiva e este estudo se configura como transversal quanto ao tempo e em uma perspectiva exploratória quanto as descobertas de seu objeto. Os cenários de pesquisa foram compostos por unidades de saúde, vinculadas à Estratégia Saúde da Família (ESF) nas cidades de Fortaleza e Iguatu, no estado do Ceará. Os sujeitos da pesquisa foram os profissionais da Equipe de Referência da Saúde da Família (EQRSF) e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). A coleta de dados foi feita por entrevistas semiestruturadas individuais e coletivas. A análise de dados foi feita por meio do referencial teórico da Análise de Conteúdo e a interpretação feita a luz do Materialismo Histórico Dialético. A pesquisa seguiu todos os procedimentos éticos cabíveis e preconizados pelas legislações vigentes. Entre os resultados alcançados tem-se a estruturação das seguintes categorias: Questões da Fragmentação da Formação em Saúde com evidências de que a formação dos profissionais é deficitária em relação à Saúde Mental, à Integralidade e ao Cuidado. A categoria Medicalização do Cuidado e da Vida apresenta evidências de que a prescrição de remédios sem acompanhamento é uma prática corriqueira e central no manejo de usuários de saúde mental na APS. A categoria Desarticulação Normativa entre Saúde Mental e Atenção Primária à Saúde: desafios para formação de Redes evidenciou que os profissionais sentem falta de orientações precisas sobre como manejar os casos de saúde mental e articulam precariamente as redes de atenção. A categoria Conjunto de Discursos e Práticas de Cuidado em Saúde Mental com Tendências Manicomiais evidenciou que há avanço de práticas manicomiais e o desmonte da rede substitutiva por parte do Estado. Conclui-se que ao construir um panorama sobre os principais avanços e retrocessos existentes entre o campo de fronteira entre a saúde mental e a atenção primária, pode-se constatar que as práticas de cuidado em saúde mental na atenção primária possuem dimensões contraditórias e dialéticas, sendo possível identificar nas mesmas equipes ações progressistas e retrógradas em relação ao que preconizam as Reformas Sanitária e Psiquiátrica.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde; Saúde Mental; Cuidado; Integralidade.

## ABSTRACT

This dissertation is configured as one of the border area of research initiatives in public health policy, ie it consists of a scientific effort to understand the relationship between the field of Primary Health Care (PHC) and the field of Mental Health (SM) in the territories. The main objective of the research was to understand the care practices developed by professionals in the Family Health Strategy (FHS) in the state of Ceará to the demands of mental health exist in the teams responsible for territories. The methodology is situated in the field of qualitative research in public health and this study is configured as cross as to time and in an exploratory perspective on the findings of its object. The research scenarios were composed of health facilities linked to the Family Health Strategy (FHS) in the cities of Fortaleza and Iguatu, State of Ceara. The research subjects were the professionals of the Family Health Reference Team (EQRSF) and Support Center for Family Health (NASF). Data collection was done by interviews semi-structured individual and collective. Data analysis was done using the theoretical framework of content analysis and interpretation made light of Dialectical Materialism History. The research followed all appropriate ethical procedures and recommended by current legislation. Among the results achieved has been the structuring of the following categories: Health Education Fragmentation Issues with evidence that the training of professionals is deficient in relation to mental health, the integrality and health care. The medicalization category Care and Life presents evidence that prescription drugs without monitoring is a trivial and central practice in the management of mental health users in APS. The Disarticulation Normative category between Mental Health and Primary Health Care: challenges for networks of training showed that professionals have a lack of clear guidance on how to handle cases of mental health and precariously articulate care networks. The category Set Speeches and Care Practices in Mental Health with Trends madhouse showed that there advance madhouse practices and the dismantling of the substitutive network by the state. We conclude that to build an overview of the main existing advances and retreats between the border field between mental health and primary care, it can be seen that the care practices in mental health in primary care have contradictory and dialectical dimensions, possible to identify the same teams progressive and retrogressive actions in relation to prescribing the Sanitary Reform and Psychiatry.

**Keywords:** Primary Health Care; Mental Health; Health Care; Integrality.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1	– Imagem da Ponte da Estrada de Ferro sob o Rio Jaguaribe (cartão postal da cidade) em Iguatu – CE.....	047
Figura 2	– Mapa de Iguatu.....	048
Figura 3	– Imagem da Estátua de Iracema (cartão postal da cidade) em Fortaleza – CE.....	056
Figura 4	– Mapa das Secretarias Regionais de Fortaleza.....	063
Figura 5	– Etapas da Análise de Conteúdo.....	078
Figura 6	– Proposta de Rede em Saúde do Relatório.....	222
Figura 7	– Evolução da Ampliação de Equipes de Saúde da Família.....	090
Figura 8	– Linha do Tempo da Saúde da Família parte 1.....	091
Figura 9	– Linha do Tempo da Saúde da Família parte 2.....	093
Figura 10	– Mudança de Sistemas Hierárquicos para Poliárquicos.....	105
Figura 11	– Estrutura Operacional das Redes de Atenção à Saúde (RAS).....	105
Figura 12	– Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).....	110
Figura 13	– Articulação entre APS e Saúde Mental.....	112
Figura 14	– Nuvem de Palavras da Primeira Categoria.....	120
Figura 15	– Nuvem de Palavras da Segunda Categoria.....	127
Figura 16	– Nuvem de Palavras da Terceira Categoria.....	132
Figura 17	– Serviços existentes na Unidade Flávio Marcílio – Fortaleza.....	136
Figura 18	– Serviços existentes na Unidade Matheus Fernandes Morero (Cohab e Novo Iguatu) – Iguatu.....	137
Figura 19	– Nuvem de Palavras da Quarta Categoria.....	139
Figura 20	– CAPS Infanto-Juvenil de Iguatu “Casa Azul”.....	143

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	– Distribuição Populacional de Iguatu Segundo Raça/Etnia .....	049
Gráfico 2	– Distribuição Populacional de Iguatu Segundo a Idade/Sexo.....	049
Gráfico 3	– Distribuição de Mortalidade por Grupo de Causas e Faixa Etária de Iguatu.....	050
Gráfico 4	– Distribuição Populacional de Fortaleza Segundo Raça/Etnia.....	059
Gráfico 5	– Distribuição Populacional de Fortaleza Segundo a Idade/Sexo.....	059
Gráfico 6	– Distribuição de Mortalidade por Grupo de Causas e Faixa Etária de Fortaleza.....	060
Gráfico 7	– Perfil de Escolaridade dos Sujeitos Participantes.....	068
Gráfico 8	– Distribuição por Categoria Profissional dos Sujeitos Participantes....	070
Gráfico 9	– Expansão dos CAPS.....	109
Gráfico 10	– Comparativo de Bolsa das Residências Multiprofissionais.....	153
Gráfico 11	– Quantitativo de Metilfenidato comprado e dispensado por órgãos públicos.....	163

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1	– Levantamento de Leis Infraconstitucionais (1990-2003).....	026
Tabela 2	– Momentos Relevantes na História do PSF no Brasil.....	028
Tabela 3	– Distribuição Comparativa (tipo de Gestão/Gerência) da Rede de Saúde em Iguatu.....	052
Tabela 4	– Distribuição da Composição de Equipe do Posto PSF COHAB em Iguatu.....	053
Tabela 5	– Distribuição da Composição de Equipe do Posto Novo Iguatu.....	054
Tabela 6	– Distribuição da Composição de Equipe do Posto Dr. Ernani Barreira em Iguatu.....	055
Tabela 7	– Distribuição Comparativa (tipo de Gestão/Gerência) da Rede de Saúde em Fortaleza.....	062
Tabela 8	– Distribuição da Composição de Equipe da UAPS Flávio Marcílio em Fortaleza.....	064
Tabela 9	– Distribuição da Composição de Equipe da UAPS Irmã Hercília em Fortaleza.....	065
Tabela 10	– Matriz Analítica do Roteiro de Entrevistas.....	072
Tabela 11	– Conceitos que Norteiam o enfoque da atenção primária à saúde.....	087
Tabela 12	– Situação de Perca de Recursos do SUS.....	100
Tabela 13	– Matriz Sintética de Descrição da Categoria Questões da Fragmentação da Formação em Saúde.....	121
Tabela 14	– Matriz Sintética de Descrição da Categoria Medicalização da Vida e do Cuidado.....	127
Tabela 15	– Matriz Sintética de Descrição da Categoria Desarticulação Normativa entre Saúde Mental e Atenção Primária à Saúde: desafios para formação de Redes.....	133
Tabela 16	– Quadro Síntese dos Indicadores do PMAQ.....	138
Tabela 17	– Matriz Sintética de Descrição da Categoria Conjunto de Discursos e Práticas de Cuidado em Saúde Mental com Tendências Manicomiais..	140

Tabela 18	– Síntese das Propostas de Formação das Profissões das Equipes.....	148
Tabela 19	– Expansão comparativa das oportunidades de Educação Permanente....	150
Tabela 20	– Índice de Ociosidade de Vagas em Residência de Medicina de Família e Comunidade.....	152
Tabela 21	– Origem dos Encaminhamentos para os CAPS em Iguatu.....	174
Tabela 22	– Rede de Atenção Psicossocial de Iguatu.....	178
Tabela 23	– Rede de Atenção Psicossocial de Fortaleza.....	178
Tabela 24	– Lista de Hospitais Gerais com Leitos Psiquiátricos em Fortaleza.....	182

**LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

APS	Atenção Primária à Saúde
ABS	Atenção Básica à Saúde
SM	Saúde Mental
SUS	Sistema Único de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
CSF	Centro de Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde
UAPS	Unidade de Atenção Primária
EqSF	Equipe de Saúde da Família
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ACE	Agente de Combate às Endemias
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
SRT	Serviço Residencial Terapêutico
UA	Unidade de Acolhimento
LOS	Lei Orgânica da Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
PAB	Piso da Atenção Básica
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
LILACS	Índice da Literatura Científica e Técnica da América Latina e Caribe
IBECS	Índice Bibliográfico Español de Ciencias de la Salud
OPAS	Organização Pan Americana de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
OMS	Organização Mundial de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	024
1.1	A Reforma Sanitária e Seus Movimentos Contraditórios: um breve passeio sobre os encontros e distanciamentos entre Saúde Mental e Atenção Primária.....	024
1.2	O Contexto Histórico do Estado do Ceará na Reforma Sanitária: pioneirismo e controvérsias.....	031
1.3	O Contexto Histórico do Estado do Ceará na Reforma Psiquiátrica: vanguardismo e convivência com atrasos.....	034
1.4	Saúde Mental, Reforma e Retrocessos: disputas históricas pelo espaço e os novos lobbies da loucura no Brasil.....	036
1.5	Relevância e Interesse pelo Tema.....	039
<b>2</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	<b>043</b>
2.1	Tipo de Pesquisa Desenvolvida.....	043
2.2	A Pesquisa Qualitativa – Algumas Reflexões Sobre as Escolha deste Campo.....	043
2.3	A Pesquisa no Campo da Saúde Coletiva.....	044
2.4	Revisão e Sistematização Primária de Bibliografia para o Campo.....	045
2.5	Cenários de Pesquisa.....	046
2.5.1	Justificativas da Escolha dos Cenários de Pesquisa.....	046
2.5.2	Conhecendo os Cenários: o Município de Iguatu.....	047
2.5.3	Conhecendo os Cenários: o Município de Fortaleza.....	056
2.6	Sujeitos Participantes.....	066
2.7	Coleta de dados.....	071
2.7.1	O Roteiro de Entrevistas.....	072
2.7.2	Procedimentos de Tratamento de Dados.....	076
2.8	A Análise de Conteúdo.....	077
2.9	O Diário de Campo.....	081

2.10	Aspectos Éticos.....	082
2.11	Devolutiva ao Campo de Pesquisa.....	082
3	<b>REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	083
3.1	Atenção Primária à Saúde.....	083
3.2	A Estratégia Saúde da Família.....	089
3.3	O Sistema Único de Saúde: um sistema universal e contraditório.....	099
3.4	Redes de Atenção à Saúde.....	103
3.5	Saúde Mental em Debate: avanços e retrocessos na aproximação com a APS.....	106
3.6	Articulação entre Atenção Primária (APS) e Saúde Mental (SM): um diálogo necessário.....	112
3.7	O Cuidado em Saúde.....	115
3.8	O Materialismo Histórico-Dialético e o Contexto de Saúde.....	117
4	<b>RESULTADOS.....</b>	120
4.1	Questões da Fragmentação da Formação em Saúde.....	120
4.2	Medicalização da Vida e do Cuidado.....	127
4.3	Desarticulação Normativa entre Saúde Mental e Atenção Primária à Saúde: desafios para formação de Redes.....	132
4.4	Conjunto de Discursos e Práticas de Cuidado em Saúde Mental com Tendências Manicomiais.....	139
5	<b>DISCUSSÃO.....</b>	146
5.1	Em discussão as Questões da Fragmentação da Formação em Saúde.....	146
5.2	Em Discussão a Medicalização da Vida e do Cuidado.....	160
5.3	Em Discussão a Desarticulação Normativa entre Saúde Mental e Atenção Primária à Saúde: desafios para formação de Redes.....	167
5.4	Em Discussão o Conjunto de Discursos e Práticas de Cuidado em Saúde Mental com Tendências Manicomiais.....	175
6	<b>QUE CAMINHOS PODEM SER TRILHADOS? UTOPIAS E POSSIBILIDADES QUE BATEM À PORTA.....</b>	189
7	<b>CONCLUSÃO.....</b>	192
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	200

**APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

<b>(TCLE).....</b>	<b>216</b>
<b>APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA.....</b>	<b>218</b>
<b>APÊNDICE C – DIAGRAMA DE CATEGORIAS.....</b>	<b>219</b>
<b>APÊNDICE D - INSTRUMENTAL DE IDENTIFICAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DE CASOS DE SAÚDE MENTAL.....</b>	<b>220</b>
<b>ANEXO A - LEI Nº 12.151, DE 29.07.93.....</b>	<b>225</b>

## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 A Reforma Sanitária e Seus Movimentos Contraditórios: um breve passeio sobre os encontros e distanciamentos entre Saúde Mental e Atenção Primária.

*“Tempo eterno é tempo infinito, mas tem o além e o além do além. Nenhum cientista foi até o além, quanto menos no além do além. Para mim, tudo o que nasce é nativo, isto é, natal”.*

Estamira Gomes de Souza (2004)<sup>2</sup>

Considerando os subsídios de sentido fornecidos pela frase de Estamira Gomes de Souza, personagem do documentário que leva o seu nome, provavelmente, a ousadia seja um dos maiores desafios enfrentados pelo fazer da Ciência enquanto campo de construção do conhecimento. Este desafio, de ir até o “além do além” também é extensivo aos movimentos sociais e aos movimentos de construção de políticas públicas comprometidas com efetivas transformações sociais com vistas à redução de desigualdades estruturais e conjunturais.

O sentimento de mudança e o desejo de construir uma proposta coerente para a saúde fez parte, desde suas raízes, da agenda política e das proposições do movimento de Reforma Sanitária Brasileira. As maiores comprovações históricas desta assertiva constam nos relatórios finais da VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) e da I Conferência Nacional de Saúde Mental (1987). Ambos os documentos apontavam para uma completa reorientação dos modelos de atenção, mudança de concepção de sistema de saúde e reivindicação de saúde enquanto um direito social inalienável. Estes documentos serviram de base para a formulação de partes importantes do texto da Constituição Federal de 1988, da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8080/90), da Lei nº 10.216 de 2001 (conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica ou Lei Paulo Delgado) e de várias normativas complementares, bem como estas duas conferências (re) inauguraram um movimento de militância e de luta no campo de saúde.

---

<sup>2</sup> Estamira Gomes de Sousa foi personagem do Documentário “Estamira” (2004), dirigido por Marcos Prado, sendo este documentário vencedor de diversos prêmios. Estamira viveu no lixão de Jardim Gramacho (RJ) por cerca de 20 anos, era bastante conhecida em sua comunidade pelos seus delírios lúcidos, frases fortes e cheias de significados profundos. Estamira faleceu aos 72 anos esperando por atendimento no Hospital Miguel Couto (RJ), acometida por uma infecção generalizada.

Os relatórios das duas conferências tiveram seus textos finais aprovados após disputas intensas de interesses e de entendimentos sanitários. Estes documentos continham em seu bojo a reivindicação de um sistema de saúde de caráter universal, com protagonismo do Estado na efetivação do sistema, com ações de integralidade e financiamento específico. A cidadania, a participação e o controle social também aparecem como elementos estruturantes para a construção democrática das políticas de saúde e, em especial, nos documentos da conferência de saúde mental, a defesa do cuidado com uma perspectiva antimanicomial, de base territorial e com participação ativa dos sujeitos nas terapêuticas propostas.

No conjunto, os relatórios apresentam propostas bastante avançadas para o que viria a ser o Sistema Único de Saúde (SUS). Importante destacar que os movimentos sociais, as universidades e o poder público foram acumulando debates e práticas tanto do campo conhecido como “saúde geral” e no campo da “saúde mental”. Cada um destes campos de construção da política pública de saúde, com suas especificidades, possuem momentos de aproximação e articulação, bem como há outros momentos de extrema segregação nas ações pensadas e efetivadas, muitas vezes, para os mesmos usuários. Eis aqui um dos pontos de contradição relevantes para a reflexão a respeito dos rumos e percursos dos movimentos de reforma sanitária no Brasil.

De modo geral, os apontamentos políticos contidos nos relatórios da VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) e da I Conferência de Saúde Mental (1987) apresentam os seguintes pontos importantes de convergência de projetos:

- Mudança do modelo de atenção com vistas ao deslocamento da centralidade dos hospitais pelo entendimento que a instituição hospitalar era matriz de segregação e fragmentação do cuidado;
- Reivindicação de uma proposta de cuidado territorial e comunitária de serviços, com participação dos sujeitos ativos tanto nas terapêuticas quanto na determinação dos rumos políticos das ações de Reforma na saúde;
- Percepção dos fenômenos saúde-doença enquanto arranjos complexos, multideterminados e entrelaçados por questões conjunturais e sociais.

Neste sentido, do ponto de vista progressista, estas duas conferências históricas

representam um marco de ruptura, trazendo novos aportes ideológicos e epistemológicos para formulação de modelos e sistemas de saúde, mas especificamente o que viria a ser o SUS no Brasil.

Além dos movimentos de convergência a respeito do produto das duas conferências supracitadas, existem elementos que demonstram haver divergências e distanciamentos no processo de construção conjunta tanto do SUS quanto das disputas sociais. A título de ilustração, têm-se os seguintes elementos:

- Construção de ordenamento de políticas públicas “apartadas” entre os dois campos, haja vista que na Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/90), matriz do SUS, não há menção da saúde mental entre os eixos prioritários e nem sequer há a instituição de uma vigilância específica como se fez com a saúde do trabalhador e a saúde nutricional;
- Embora haja aproximação política entre os dois campos de fronteira (“saúde geral” e “saúde mental”), do ponto de vista histórico, a saúde mental aparece de forma tardia na formulação de ordenamento jurídico e de subsídio de políticas públicas. Um exemplo interessante se materializa pelo fato de que é possível notar que a saúde mental aparece com a instituição de marcos legislativos relevantes apenas nos anos de 2001 e 2003 em relação aos demais componentes do campo saúde, representando um lapso de mais de 10 anos de “vácuo” normativo como se pode notar na tabela abaixo:

Tabela 1 – Levantamento de Leis Infraconstitucionais (1990-2003)

<i>Lei nº</i>	<i>Data</i>	<i>Conteúdo</i>
8080	19/09//1990	Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e funcionamento dos serviços correspondentes.
8142	28/12/1990	Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão dos SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.
8089	27/07/1993	Dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) e dá outras providências.
9434	20/03/1997	Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências.
9656	03/06/1998	Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.

9787	10/02/1999	Altera a Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976, que dispõe sobre a vigilância sanitária, estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras providências.
9836	23/09/1999	Acrescenta dispositivos à Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”, instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.
<b><u>102016</u></b>	<b><u>6/04/2001</u></b>	<b><u>Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.</u></b>
10424	15/07/2001	Acrescenta capítulo e artigo à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de serviços correspondentes e dá outras providências, regulamentando a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde.
10507	10/06/2002	Cria a Profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências.
<b><u>10708</u></b>	<b><u>37/07/2003</u></b>	<b><u>Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações.</u></b>
10741	01/10/2003	Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências.
11350	05/10/2006	Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências.

Fonte: adaptado de Andrade (2007). Grifos na tabela feitos pelo autor deste trabalho.

Considerando o mesmo prisma de análise dos cenários estabelecidos e demonstrados acima, ao se levar em conta os principais marcos históricos da fundação da Atenção Primária à Saúde do Brasil (APS), fortemente representada pela estruturação da proposta dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e a emergência do Programa Saúde da Família (PSF), posteriormente remodelado para Estratégia Saúde da Família (ESF), tem-se o seguinte demonstrativo relevante na tabela que segue:

Tabela 2 – Momentos Relevantes na História do PSF no Brasil.

<i>Ano</i>	<i>Fatos</i>
1976	O PIASS (Plano Integrado de Assistência a Seguridade Social) propunha a implantação de estrutura básica de atenção em comunidades de até 20 mil habitantes e ampliou consideravelmente a rede no interior do país.
Final da dec. De 80	Início da experiência de Agentes Comunitários de Saúde pelo Ministério da Saúde (MS) no Ceará.
1991	Criação oficial do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) pelo MS.
1994	Realização do estudo: “Avaliação Qualitativa do PACS”.
	Criação do PSF. Primeiro documento oficial “Programa Saúde da Família: dentro de casa”.
	Criação de procedimentos vinculados ao PSF e ao PACS.
	NOB 01/96 – Definição de novo modelo de financiamento para a atenção básica à saúde com vistas à sustentabilidade financeira desse nível de atenção.
1996	Primeiro número do “Caderno de Saúde da Família: construindo um novo modelo”.
	Reforsus – implantação dos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Recursos Humanos para Saúde da Família.
	Segundo documento oficial “PSF: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial”,
1997	dirigido aos gestores e trabalhadores do SUS e instituições de ensino.
	O PACS e PSF são incluídos na agenda de prioridades da política de saúde.
	Publicação da portaria MS/GM nº 1.882, criando o Piso de Atenção Básica (PAB) e da Portaria
	MS/GM nº 1.886, com as normas de funcionamento do PSF e do PACS.
	O PSF passa a ser considerado estratégia estruturante da organização do

	sistema de saúde.
	Início da transferência dos incentivos financeiros ao PSF e ao PACS, do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municípios de Saúde.
1998	<b>Primeiro grande evento:</b> “I Seminário de Experiências Internacionais em Saúde da Família”.
	Edição do “Manual para a Organização da Atenção Básica”, importante respaldo organizacional para o PSF.
	Definição, pela primeira vez, de orçamento próprio para o PSF, estabelecido no Plano Plurianual.
	Realização do 1º Pacto da Atenção Básica.
	<b>Segundo grande evento:</b> “I Mostra Nacional de Produção em Saúde da Família – constituindo um novo modelo”
1999	Lançamento do 1º número da “Revista Brasileira de Saúde da Família”.
	Realização do estudo “Avaliação da implantação e funcionamento do Programa Saúde da Família”.
	Edição da Portaria nº 1.329 que estabelece as faixas de incentivo ao PSF por cobertura populacional.
2000	Criação do Departamento de Atenção Básica para consolidar a Estratégia de Saúde da Família.
	Publicação dos Indicadores 1999 do Sistema de Informação da Atenção Básica.
	Edição da “Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS/01”, ênfase na qualificação da atenção básica.
2001	<b>Terceiro evento:</b> “II Seminário Internacional de Experiências em Atenção Básica/Saúde da Família”.
	Apoio à disponibilização de medicamentos básicos para a Equipe da Saúde da Família (ESF).
	Incorporação das ações de saúde bucal no PSF.
	Primeira fase do estudo: “Monitoramento das equipes de Saúde da Família no

	Brasil”.
2002	<b>Quarto evento:</b> “PSF – A Saúde mais perto de 50 milhões de brasileiros”.
	Segunda fase do estudo: “Monitoramento das equipes de Saúde da Família no Brasil”.
2003	Início da execução do Programa de Expansão e Consolidação de Estratégias de Saúde da família (PROESF).
	Publicação dos Indicadores 2000, 2001 e 2002 do Sistema de Informação da Atenção Básica.
<b><u>2006</u></b>	<b><u>Em fevereiro de 2006 já havia 25.141 equipes, com cobertura estimada de 86,74 milhões de pessoas, ou 46,9% da população. Criação de diversas portarias que normatizam a atenção básica, como por exemplo: Portaria n° 493/GM – Relação de Indicadores da Atenção Básica a serem pactuados entre Municípios, estados e Ministério da Saúde; Portaria n° 648/GM – Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica (PSF e PACS); Portaria n° 649/GM – Valores de financiamento para o ano de 2006, para a estruturação de Unidades de Saúde da Família (com residência médica); Portaria n° 650/GM – Novos valores de financiamento do PAB fixo e variável.</u></b>

Fonte: Adaptado de Rodrigues (1999) apud Medeiros (2008). Grifos na tabela feitos pelo autor deste trabalho

Importante perceber que, nos documentos fundamentais da estruturação da APS e do campo da Saúde da Família no Brasil, não há referência direta à articulação com a saúde mental e, quando há menção, ocorre de forma discreta e simplista. Um fato interessante chama atenção a respeito da desarticulação entre saúde mental e atenção primária no Brasil. Mesmo considerando que o debate de aproximação entre os dois campos acima citados é de caráter recente, no ano de 2003, a Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou um documento intitulado “Cuidados Inovadores para Condições Crônicas”. Nesta referência, a OMS alertava para a necessidade dos sistemas de saúde se adequarem ao panorama epidemiológico e demográfico que apontava para a predominância dos agravos crônicos de saúde. Dentre estes agravos, estavam os de saúde mental. A Organização Mundial de Saúde – OMS (2003) alertou em documento de referência da seguinte maneira a respeito da temática:

Os problemas de saúde mental ocupam cinco posições no ranking das 10 principais causas de incapacidade no mundo, totalizando 12% da carga global de doenças. Atualmente, mais de 400 milhões de pessoas são acometidas por distúrbios mentais ou comportamentais e, em virtude do envelhecimento populacional e do agravamento dos problemas sociais, há probabilidade de o número de diagnósticos ser ainda maior. Esse progressivo aumento na carga de doenças irá gerar um custo substancial em termos de sofrimento, incapacidade e perda econômica. (p 19)

Apesar da existência deste relevante indicador de saúde, o governo brasileiro elaborou os documentos estruturantes da Política Nacional de Atenção Básica<sup>3</sup> em 2006 sem que o campo da saúde mental fosse instituído enquanto projeto de cuidado prioritário ou indicador de relevância. O mesmo fato ocorreu em 2011, quando da instituição da nova e atual Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)<sup>4</sup>.

Os fatos históricos trazidos até este ponto são uma amostra dos movimentos oscilantes de aproximação e distanciamento dos campos da saúde mental e da atenção primária no país. Também são dados relevantes sobre as contradições sistêmicas, sanitárias, estruturais e institucionais que existe no bojo da Reforma Sanitária Brasileira. É o que se pode perceber no breve percurso histórico da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica no estado do Ceará, sede dos cenários de investigação desta pesquisa.

## **1.2 O Contexto Histórico do Estado do Ceará na Reforma Sanitária: pioneirismo e controvérsias.**

O estado do Ceará é inegavelmente um protagonista de inovações na Reforma Sanitária Brasileira e deixou contribuições históricas relevantes para a Reforma Psiquiátrica e

---

<sup>3</sup> No Brasil, a APS incorpora os princípios da Reforma Sanitária, levando o Sistema Único de Saúde (SUS) a adotar a designação Atenção Básica à Saúde (ABS) para enfatizar a reorientação do modelo assistencial, a partir de um sistema universal e integrado de atenção à saúde (MATTA; MOROSINI, 2009).

<sup>4</sup> Instituída pela PORTARIA Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011.

a oxigenação dos movimentos constitutivos da Luta Antimanicomial.

Um evidência concreta de que o estado do Ceará esteve na vanguarda da implementação de políticas inovadoras no Sistema Único de Saúde, consiste da iniciativa do médico sanitarista Antônio Carlile Holanda Lavor<sup>5</sup> nos movimentos de gestão da experiência que deu origem aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). O município de Iguatu foi contemplado com as primeiras iniciativas de implementação do programa dos ACS que, posteriormente, serviu de base para implementação no país inteiro por parte do Ministério da saúde (MS) como bem define o próprio Carlile Lavor (2010):

De 1979 a 1986, Miria e eu, de volta ao Ceará, adaptamos o trabalho do auxiliar de saúde para as condições do sertão na região de Iguatu, especialmente em nossa cidade natal, Jucás. Em 1987, ao implantarmos o SUDS no Estado, contratamos, durante um ano, seis mil mulheres entre as mais pobres para trabalharem como agentes de saúde, novo nome para aquelas auxiliares. O sucesso na redução da mortalidade infantil, que sempre se agravava em anos de seca como aquele de 1987, tornou permanente o programa emergencial. As avaliações coordenadas pelos professores Cecilia Minayo e César Victora e as observações do próprio Ministério da Saúde levaram este a adotar o programa para os demais Estados nordestinos em 1991 e, posteriormente, para todo o País. Os agentes são novamente rebatizados e constituem o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). (pp 17-18).

Ou seja, o importantíssimo trabalho dos Agentes de Saúde é oriundo de uma experiência de construção de uma proposta de cuidado em saúde de base comunitária no bojo da Reforma Sanitária, acumulando discussões e fazeres que culminaram na formação embrionária do SUS e reconhecida como iniciativa exitosa e de caráter permanente.

Na mesma linha de reconhecimento do protagonismo da Reforma Sanitária no estado do Ceará que se ressalta mais um feito histórico: o desenho daquilo que viria a se consolidar enquanto Programa Saúde da Família (PSF). É bem verdade que a História do “nascimento” do PSF é diversa e multifacetada, inclusive pelos dados oficiais apresentados nesta dissertação. Contudo, a criação do PSF se confunde com a História do Médico Luis Odorico

---

<sup>5</sup> Nascido em 1940 em Jucás-Ce, médico, passou da microbiologia para a saúde pública, trabalhou no Instituto de Medicina Preventiva da U. F. Ceará e na Universidade de Brasília - UnB, onde participou da criação do Agente Comunitário de Saúde, desenvolvido posteriormente na S. Saúde do Ceará e adotado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2010)

Monteiro de Andrade<sup>6</sup>. Odorico relata em riqueza de detalhes a importância da experiência oriunda do município de Quixadá enquanto iniciativa estruturante para se formarem as bases do futuro PSF, centrado em uma nova lógica de cuidado como se pode notar no trecho abaixo:

A partir de 1993, aceitamos o desafio de organizar o Sistema Municipal de Saúde de Quixadá, sertão central do Ceará, 70.000 habitantes. Tempo de amadurecer. O povo precisava de assistência à saúde. Mas como aumentar a cobertura de atenção primária sem reproduzir o modelo biomédico? Como ampliar as equipes de atenção básica do município com os escassos recursos existentes? Dessas contradições nasceu a ideia de elaborar o Projeto Saúde da Família, em que Quixadá solicitava o apoio do Ministério da Saúde para organizar equipes multiprofissionais, formadas por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente de saúde, para cada uma das 13 áreas descentralizadas de saúde do município. As equipes multiprofissionais de saúde deveriam realizar um diagnóstico de saúde da população pela qual era responsável (entre 500 e 1.000 famílias); realizar o reconhecimento do território, mapeando os recursos sociais existentes; cadastrar as famílias, priorizando as de maior risco no processo de atenção; garantir o acompanhamento longitudinal dos indivíduos e famílias; realizar ações de promoção da saúde e prevenção de doenças; prestar assistência aos agravos mais prevalentes; encaminhar casos para atenção especializada se necessário; construir vínculos com as lideranças comunitárias e organizar o conselho local de saúde. A primeira equipe de Saúde da Família de Quixadá foi implantada na comunidade Serra do Estevão nos primeiros meses de 1994. Esse projeto foi discutido com o Ministro Henrique Santillo e o seu assessor especial, na época, Halin Girade, tendo sido referência na tomada de decisão para implantação do Programa Saúde da Família (PSF) no Brasil. (ANDRADE e BARRETO, 2010)

De maneira análoga, o estado do Ceará também possui os exemplos, dentre outras, das cidades de Icapuí (1986), Sobral (1997) e Fortaleza (2005), boa parte das experiências capitaneadas por Odorico Andrade e diversos colaboradores. Cada experiência possuiu suas peculiaridades, seus entraves e suas potencialidades. Estes são fatos e personagens que atestam de forma cabal que o estado do Ceará, se não foi o que criou, foi o estado da federação que participou de forma definitiva na determinação da orientação ideológica da proposta dos serviços e da proposta de orientação do cuidado por meio da criação dos Agentes Comunitários de Saúde e do PSF.

---

<sup>6</sup> Médico, Doutor em Saúde Coletiva com Pós-Doutorado na Universidade de Montreal – Canadá. Professor da Universidade Federal do Ceará (UFC) e do Doutorado em Saúde Coletiva (UECE-UFC). Diretor Presidente do Instituto CENTEC. Recebeu 47 prêmios e homenagens, entre eles em 2009 o Prêmio Sérgio Arouca de Gestão Participativa no SUS e em 2010 recebeu pelo Ministro da Saúde, José Gomes Temporão, a Medalha da Ordem do Mérito do Médico na qualidade de Comendador. (BRASIL, 2010)

Apesar deste avanço histórico e sanitário, o estado do Ceará tem vivido o crescente sucateamento das propostas de cuidado de base territorial, bem como tem havido, em diversas prefeituras, inclusive na atual gestão da Prefeitura de Fortaleza (2013-2016), a implantação de um modelo de Atenção Primária que privilegia a clínica individual e o atendimento a demanda espontânea enquanto estratégia primordial de cuidado em saúde.

Importante ressaltar que, mesmo com o cenário de idas e vindas demonstrado acima, há movimentos intensos de luta concreta por melhoria dos aspectos que concernem à efetivação das bandeiras de reforma levantadas nas conferências temáticas e nos espaços de controle social. Estas contradições apontadas aqui serão melhor discutidas nas seções posteriores

### **1.3 O Contexto Histórico do Estado do Ceará na Reforma Psiquiátrica: vanguardismo e convivência com atrasos**

De forma análoga ao protagonismo na Reforma Sanitária, o estado do Ceará também assim se destaca no campo da Saúde Mental. Um exemplo concreto e clássico desta afirmativa, configura-se pelas experiências inovadoras de construção de espaços de cuidado em meio aberto em plena disputa de modelos de atenção em Saúde Mental que ocorria no estado nos anos 1990. Os dados da pesquisa de Acioly (2006) são elucidativos a esse respeito:

No Ceará, a emergência ou a maior visibilidade da reforma psiquiátrica se deu a partir da década de 90, caracterizada por uma maior mobilização dos trabalhadores de saúde mental a respeito das questões políticas, morais, econômicas e culturais que ofereciam (e ainda oferecem) sustentabilidade ao modelo tradicional (segregador) vigente. Dentro da perspectiva preconizada pela reforma psiquiátrica em 1991 surgiu o primeiro CAPS do Estado, no município de Iguatu, localizado na região Centro-Sul. Nesse período logo passaram a surgir seminários e outros eventos 5 no cenário local, que tinham como objetivo a discussão das experiências em construção, inclusive, em outros estados. A partir dessa iniciativa em Iguatu, outros CAPS foram implantados no Ceará, dentre os quais: os de Canindé (1993), Quixadá (1993), Icó (1995), Cascavel (1995), Aracati (1997), entre outros. Na capital, mais especificamente, o primeiro CAPS surgiu apenas em 1998, vinculado à Universidade Federal do Ceará. (p 14)

É relevante destacar que houve um movimento crescente de questionamento e luta

pela construção de equipamentos do tipo meio aberto no estado. A articulação crescente dos movimentos de Luta Antimanicomial conseguiu pressionar os governos e atrair para a pauta da saúde mental um debate qualificado na construção de políticas pública de caráter desinstitucionalizantes e emancipatórias dos sujeitos. O Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) situados nos interiores do estado, a exemplo do CAPS de Iguatu, foram e ainda são responsáveis por dar visibilidade às experiências inovadoras e exitosas em saúde mental em diversos aspectos. Retomando o CAPS de Iguatu, o autor deste trabalho teve a honra de conhecer e trabalhar junto com a Terapeuta Ocupacional Socorro Mendonça no ano de 2013, sendo Socorro a responsável por integrar a primeira equipe de saúde mental do referido município. Os relatos tanto de Socorro Mendonça, quanto de outros profissionais são encantadores pelo fato de ter havido luta junto com os familiares dos usuários dos serviços de saúde mental para experimentar outra proposta de cuidado: por meio da arte, da expressão e da reinserção social e produtiva.

O estado do Ceará também é pioneiro no protagonismo das iniciativas de articulação da economia solidária nos equipamentos de saúde mental, tendo as feirinhas do CAPS espaço importante nos calendários festivos de diversos municípios. Outro exemplo foi ao avanço do debate para o fechamento do Hospital Casa de Repouso Guararapes (Hospital Psiquiátrico) do município de Sobral em julho de 2000 (ROCHA SÁ; BARROS e COSTA, 2007).

Também é emblemática a condenação<sup>7</sup> do estado do Ceará pela Corte Interamericana de Direitos Humanos pela violação de vários direitos da Convenção Americana de Direitos Humanos (Pacto de San José) no tocante a morte de Damião Ximenes Lopes que era paciente do referido hospital fechado em Sobral. Damião faleceu em 1999 e a condenação internacional foi proferida em 2006, justamente o período em que Sobral vivia a efervescência de implantação de sua rede substitutiva.

Data de 2006 a expansão da rede de saúde mental da cidade de Fortaleza, outro campo investigado nesta dissertação, nas gestões municipais do Partido dos Trabalhadores (2004-2008 e 2009-2012). Neste período, Fortaleza implantou sua rede de CAPS (todas as

---

<sup>7</sup> Os estudos de Pontes (2015) são elucidativos a respeito das repercussões que a condenação do caso Damião Ximenes Lopes trouxe para os rumos da Reforma Psiquiátrica. Nesta pesquisa é possível perceber um panorama mais detalhado sobre os avanços e retrocessos constantes existentes no Brasil e no estado do Ceará sob a óptica crítica da condenação feita pela Corte de Direitos Humanos.

modalidades).

Esta série de avanços, cada um em sua proporção e contexto histórico, também possuem um conjunto de retrocessos de magnitude semelhante. Houve expansão da rede substitutiva no estado (interior e capital em momentos diferentes), mas não houve uma luta articulada para manutenção da qualidade estrutural e fixação de recursos humanos nestes espaços. Ou seja, a Reforma Psiquiátrica foi, aos poucos, sendo sabotada. Somados a este retrocesso, tem-se ainda, o convênio de internação do SUS em leitos conveniados em Hospitais Psiquiátricos (manicômios) privados.

Além destes fatores acima mencionados, outra prova cabal de retrocesso que a Reforma vive no Ceará se destaca pelo fato de o Manicômio Estatal (Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto), também conhecido em Fortaleza como Hospital de Saúde Mental de Messejana, ter sido premiado por sua excelência no ano de 2015. Este é um retrocesso relevante, pois a Lei Estadual 12.151, de 29 de julho de 1993 busca em seu teor fechar os manicômios. Ou seja, 25 anos após a implantação do primeiro CAPS no estado, é no mínimo irônico assistir um manicômio ser homenageado com prêmio e matéria jornalista em vez da rede substitutiva estar a ser homenageada como se pode notar abaixo:

Hospital de Saúde Mental de Messejana é o melhor do Brasil, aponta pesquisa

Desde a última avaliação do Programa Nacional, o hospital subiu da 52<sup>o</sup> para 1<sup>o</sup> colocação, passando de uma nota 72,05 para 97,56

O Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto (HSM), em Messejana, foi eleito o melhor hospital da rede pública pelo Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/ Psiquiatria (PNASH 2012/2014). Entre 143 instituições avaliadas, o HSM teve a nota final de 97,56.

Segundo a Secretaria da Saúde do Estado (Sesa), o hospital tem 180 leitos para internação e dispõe de dois hospitais-dia com 60 leitos distribuídos no atendimento a psicóticos e dependentes químicos e também um núcleo de atendimento à infância e à adolescência. O restante das instituições avaliadas ficaram com média de 65,98. (JORNAL O POVO, 2015. P 01).

#### **1.4 Saúde Mental, Reforma e Retrocessos: disputas históricas pelo espaço e os novos lobbies da loucura no Brasil**

No curso construção da Reforma Psiquiátrica Brasileira, bem como nos episódios de estruturação dos movimentos sociais identificados com a Luta Antimanicomial, o país tem passado por enormes debates a respeito da reestruturação política e administrativa do cuidado prestado aos usuários e famílias envolvidas com a temática da saúde mental.

Relevante se faz destacar que, ao longo dos anos 1980, 1990 e primeira década dos anos 2000, a Saúde Mental no Brasil viveu momentos de florescimento de luta social por visibilidade e afirmação do modelo substitutivo representado pela implantação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e outros equipamentos de base territorial e comunitária. O rompimento da lógica manicomial não ocorreu apenas pela modificação de serviços, mas também pela defesa intransigente de formas de cuidado não aprisionadoras de subjetividades e dos sujeitos (SCHECHTMAN e ALVES, 2014). Neste ínterim, também se formata a luta pela construção de alternativas de enfrentamento ao estigma da doença mental, da desinstitucionalização e o protagonismo das pessoas frente ao preconceito e ao estigma. Estes entendimentos e a perspectiva histórica detalhada sobre a reforma podem ser encontrados nos estudos de Amarante e Lima (2008).

O desenrolar da História da Reforma Sanitária e das reformas do campo da saúde mental, assim como tem ocorrido com os avanços e conquistas dos movimentos do campo progressista, também há involuções. No cenário atual (segunda década dos anos 2000), é possível notar uma nítida disputa entre a lógica de cuidado defendida pela Reforma Psiquiátrica Brasileira e a crescente lógica manicomial patrocinada pelo *looby* dos empresários e instituições religiosas vinculadas às Comunidades Terapêuticas. Os palcos destas intensas disputas são diversos, contudo o principal cenário ocorre na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

A construção da RAPS segundo Brasil (2013) foi orientada para fortalecimento dos serviços substitutivos desde sua concepção e mantém forte instrumentalidade progressista em seu arcabouço de intervenção como a proposta do Matriciamento de acordo com Campos e Domitti (2007) da elaboração de Projetos Terapêuticos Singulares – PTS segundo Oliveira

(2010) e busca de estruturação de cuidado orientado pela Clínica Ampliada de acordo com Brasil (2004).

No entanto, com o lançamento do Programa “CRACK- é Possível Vencer”<sup>8</sup> nos idos de 2012 e 2013 e de outras iniciativas do Governo Federal do Brasil houve uma histórica cisão no acúmulo que vinha sendo desenvolvido no curso da Reforma Brasileira. Nos termos do programa acima referido, abriu-se espaço para financiamento de Comunidades Terapêuticas cujas propostas transitam entre internação compulsória, imposição religiosa e medicalização como base de tratamento, além de tais instituições estarem com larga ficha de denúncias junto ao Ministério Público a respeito de violações de Direitos Humanos. Nota-se um momento preocupante e de extrema contradição no caminhar da reforma brasileira.

Estas disputas dentro da estruturação dos modelos de atenção à saúde também é debate e pauta permanente no campo da Atenção Primária à Saúde. No Brasil, existe um histórico largo desde meados da década de 1990 para estruturação da proposta do Programa Saúde da Família (PSF) e depois a concepção da Estratégia Saúde da Família (ESF) enquanto uma aposta na permanência articulada desta proposta no Sistema Único de Saúde. Contudo, em diversos contextos nacionais, dos quais o estado do Ceará não é exceção, existe um *looby* analogamente crescente ao *looby* de desmonte da saúde mental acima citado também no campo da APS. Propostas de APS seletiva, bem como de fortalecimento do Pronto Atendimento, até então não cogitadas pela Política Nacional de Atenção Básica – PNAB (2011) voltam à agenda política em diversos estados e municípios com o discurso de “avanço e eficiência” no atendimento à população.

Em relação aos aspectos históricos e conjunturais, permeados entre avanços e retrocessos, tanto o campo da Saúde Mental quanto o campo da Atenção Primária à Saúde seguem em disputa e faz-se necessário manter atenção crítica deste sinuoso debate. Alguns destes elementos serão mais bem discutidos nas seções seguintes desta dissertação, acrescidos

---

<sup>8</sup> **Programa Crack, é Possível Vencer:** O programa Crack, é possível vencer é um programa coordenado pelo Ministério da Justiça que desenvolve, em parceria com outros Ministérios, uma ação integrada que envolve três frentes de atuação: prevenção, cuidado e autoridade. Dentro desses três aspectos, o programa integra vários grupos sociais, trabalhando, simultaneamente, na prevenção, no combate, na reabilitação e na reintegração social. O programa é um amplo trabalho realizado pelos Ministérios da Justiça, da Saúde e do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, da Educação e da Secretaria de Direitos Humanos, visando a oferecer aos grupos de risco irrestrito apoio em todas as suas necessidades, contribuindo, desta forma, para a redução dos índices de consumo de drogas (BRASIL, 2015).

do material oriundo do campo de pesquisa.

### **1.5 Relevância e Interesse pelo Tema**

O resultado desta pesquisa se configura como uma das iniciativas de investigação deste espaço de fronteira na política pública de saúde, ou seja, consiste de um esforço científico de compreensão das relações existentes entre o campo da Atenção Primária à Saúde (APS) e o campo da Saúde Mental (SM).

Ressalta-se que esta pesquisa faz uma opção de recorte político quando se refere ao contexto da Atenção Primária à Saúde e ao contexto da Saúde Mental (SM). Vale destacar que existem diversas formas de se operacionalizar a atenção à saúde, bem como de se desenhar os modelos de cuidado na APS e na SM. A Estratégia Saúde da Família (ESF) é a opção de modelo de APS de que esta produção tratou em suas investigações pelo entendimento de que é o modelo mais adequado e eficiente<sup>9</sup> considerando a experiência brasileira desde a estruturação do Programa Saúde da Família (PSF) nos anos 1990, para o fortalecimento de um cuidado em saúde com vistas à vinculação entre os serviços de saúde e usuários, longitudinalidade das ações, trabalho com equipe multiprofissional e enfoque na atenção à saúde da família e da comunidade de acordo com os entendimentos de Andrade, Barreto e Bezerra (2009).

No campo da Saúde Mental, esta pesquisa optou por desenvolver seu escopo teoricamente alinhada com as diretrizes da Luta Antimanicomial e os paradigmas da Reforma Psiquiátrica Brasileira. O detalhamento a respeito dos fundamentos destes recortes e escolhas da pesquisa serão melhor explicitados ao leitor na seção de referencial teórico.

Considerando o levantamento inicial dos estudos realizados sobre os campos de conhecimentos em saúde tratados neste projeto, é possível perceber que existe muito interesse de pesquisa e de intervenção na fronteira entre Atenção Primária em Saúde e Saúde Mental.

---

<sup>9</sup> Considerando diversas pesquisas de caráter abrangente, inclusive os resultados apontados por Luppi, et al (2011), tem-se que: o desempenho do PSF foi regularmente melhor do que o de serviços tradicionais, tanto no Sul como no Nordeste. Este achado coincide com a literatura e com a percepção dos gestores de que o PSF é mais adequado ao funcionamento do sistema municipal de saúde e conta com maior adesão dos profissionais de saúde do que o modelo tradicional (p 349)

Na primeira etapa da revisão bibliográfica deste estudo, feita com a busca integrada e utilizando os descritores em saúde “Atenção Primária à Saúde” e “Saúde Mental”, nas bases de dados ligadas à Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), mais especificamente nas bases LILACS, IBECs, MEDLINE; foram encontrados 6.587 estudos no total. Este primeiro dado é demonstrativo do interesse de pesquisa que estes descritores possuem na literatura científica.

Ao refinar a busca, por meio da articulação dos descritores “Saúde Mental” e “Atenção Primária a Saúde” nos filtros da busca, nota-se que existe uma predominância expressiva de assuntos principais que versam sobre “Atenção Primária à Saúde” (3661 estudos), “Transtornos Mentais” (800 estudos) e “Serviços de Saúde Mental” (590). Este dado breve e ilustrativo de revisão chama atenção pelo fato de o interesse dos estudos na articulação da APS e SM estarem majoritariamente centrados na doença e na investigação de aspectos relativos à institucionalidade das políticas e seus serviços. Neste sentido, este trabalho busca evidenciar algumas contribuições com o intuito de trazer a saúde (em sua complexidade) para a centralidade do debate da reforma sanitária e da pesquisa em saúde.

Ainda no esforço de busca de estudos sobre o campo de fronteira, notou-se que outra fonte de referências importantes consiste nas publicações governamentais sobre a temática. Existem algumas referências de interface interessantes sobre Atenção Primária à Saúde (denominada pelo Ministério da Saúde do Brasil de Atenção Básica) e Saúde Mental, dentre elas, cita-se: o Caderno de Atenção Básica nº 34 – Saúde Mental (2013); o Caderno de Atenção Básica nº 39 – Núcleo de Apoio à Saúde da Família (2014); Caderno de Atenção Básica nº 28 – Acolhimento à Demanda Espontânea, volumes I (2011) e II (2012) e o Guia de Matriciamento em Saúde Mental (2011). Estas são publicações de referência para formação de equipes que pretendem atuar nestes campos.

Percebe-se, preliminarmente, que existe um esforço acadêmico, científico e governamental na busca de caminhos para lidar com os problemas e potencialidades da fronteira existente entre a Atenção Primária à Saúde e a Saúde Mental nos serviços e na estruturação das referidas políticas.

Destaca-se que uma das motivações para a realização desta pesquisa surgiu de inquietações do autor e de uma parte dos colegas de trabalho no sentido de compreender como

lidar, de forma coerente, com as demandas de saúde mental percebidas no cotidiano do serviço de saúde de base territorial, em especial no contexto da Estratégia Saúde da Família. Uma das percepções iniciais consistiu em constatar que existe um incômodo entre os profissionais aos quais tive acesso no cotidiano de trabalho com a fragmentação de redes entre saúde mental e atenção primária.

Outra percepção do autor em sua rotina laboral consistiu em notar que há medo e estigma por parte dos profissionais das Equipes de Referência de Saúde da Família (EQRSF) e das equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) em cuidar de usuários, ou de suas famílias, que apresentam alguma demanda de saúde mental em sua trajetória terapêutica. Estas percepções rudimentares e importantes, oriundas da experiência profissional do autor em diversos territórios, permite levantar alguns questionamentos orientadores: afinal, como as demandas de saúde mental podem ser cuidadas? Os profissionais da ESF se sentem preparados para cuidar de demandas de saúde mental em seu cotidiano de trabalho? Quais são os caminhos possíveis para se estruturar práticas de cuidado atentas à Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família?

É possível notar que existe um campo de possibilidades em aberto tanto para a pesquisa quanto para as intervenções na temática tratada nesta pesquisa. Diante do contexto explicitado, este trabalho se insere na articulação de esforços para produção de conhecimentos com vistas à construção de um sistema de saúde orientado para a integralidade do cuidado, para o fortalecimento de políticas de caráter territorial, em especial na estreita articulação entre a Atenção Primária à Saúde (com foco na Estratégia Saúde da Família) e a Saúde Mental.

Constituiu-se enquanto objetivo principal desta dissertação “compreender as práticas de cuidado desenvolvidas pelos profissionais na Estratégia Saúde da Família (ESF) no estado do Ceará para com as demandas de saúde mental existentes nos territórios de responsabilidade das equipes”. Os objetivos específicos foram: “Sistematizar as práticas de cuidado desenvolvidas pelos profissionais na ESF para com as demandas de saúde mental existentes nos territórios adscritos pelas equipes em um contexto de capital e em um contexto de interior do estado”; “Comparar as práticas de cuidado relatadas pelos profissionais das equipes de saúde da família e as ações defendidas pelas políticas oficiais que tratam das

demandas de saúde mental nos territórios” e “Construir síntese analítica com possíveis avanços, retrocessos e desafios da articulação do cuidado para com as demandas de saúde mental nos territórios”.

Ou seja, o delineamento do objeto de pesquisa se caracteriza por uma iniciativa de compreensão de práticas de cuidado neste campo de fronteira. Para lograr tal intento, norteou-se pelo seguinte questionamento central: quais as práticas de cuidado desenvolvidas pelos profissionais na Estratégia Saúde da Família (ESF) no estado do Ceará para com as demandas de saúde mental existentes nos territórios de responsabilidade das equipes?

Na busca de pistas para esta pergunta norteadora, o leitor será apresentado na seção de Metodologia ao caminho de investigação trilhado pelo pesquisador, considerando todos os aportes teóricos e instrumentais necessários para buscar no campo as informações para reflexão do objeto. Na seção Referencial Teórico, o leitor será apresentado aos marcos teóricos, políticos e epistemológicos que sustentam o olhar do pesquisador sobre as análises desta produção. A seção de Resultados trata o compilado dos principais achados desta pesquisa para que na seção de Análise e Discussão sejam debatidas as questões levantadas pela reflexão e confronto sintético entre o material de campo e os conteúdos da literatura. A seção Sugestão aos Profissionais: caminhos e possibilidades apresenta algumas propostas deste trabalho com base na análise crítica dos dados no sentido de permitir que algumas intervenções sejam feitas nos cotidianos dos serviços de saúde se houver interesse dos participantes. Esta seção está intimamente articulada com as Conclusões desta pesquisa com o intuito de elencar opções de mudança e ressignificação dos serviços aos trabalhadores com base na síntese analítica dos avanços, retrocessos e desafios da articulação do cuidado para com as demandas de saúde mental nos territórios.

## **2 METODOLOGIA**

Nesta seção, serão aprofundados as razões dos recortes e escolhas feitos nesta dissertação, bem como serão devidamente justificados os horizontes metodológicos que foram utilizados para abordar os problemas e inquietações pesquisadas.

### **2.1 Tipo de Pesquisa Desenvolvida**

A respeito das questões relativas à metodologia necessária para realização da pesquisa, é de fundamental importância destacar que este estudo possui algumas delimitações que precisam ficar evidentes ao leitor em relação ao tipo de pesquisa.

Esta produção se caracteriza por ser uma pesquisa exploratória quanto aos objetivos de estudo, uma vez que buscou caracterizar, classificar e definir seus resultados com vistas a contribuir para o debate de outras pesquisas na área ou de áreas correlatas. Trata-se de um estudo de campo quanto a sua modalidade por ter buscado nos ambientes de trabalho o substrato dos dados analisados. O caráter transversal também está presente nesta produção, pois o tempo necessário para realizá-la está determinado e focalizado segundo o entendimento de Rodrigues (2007). Outro fator relevante de corte desta iniciativa consiste no fato de que a pesquisa se situa na abordagem do campo qualitativo em saúde coletiva, com especial vinculação aos estudos de Bosi (2012).

### **2.2 A Pesquisa Qualitativa – Algumas Reflexões Sobre as Escolhas deste Campo.**

A escolha de formas e abordagem da pesquisa é um traço de escolha política do pesquisador. Neste sentido, a escolha desta produção consistiu em transitar pelas metodologias de caráter qualitativo por entender que este universo de possibilidades fornece a instrumentalidade adequada e a fundamentação necessária para dar conta dos aspectos centrais do objeto deste trabalho.

A pesquisa qualitativa se notabiliza pela busca do singular, do particular e do único no campo de investigação. Possui uma característica predominantemente indutiva com vistas a compreensão mais próxima dos sujeitos e objetos. É de fundamental importância deixar

explícito que não se pretende fazer apologia a pesquisa qualitativa em detrimento da pesquisa quantitativa. São abordagens diferentes, embora haja alguns campos de aproximação, sendo a natureza do objeto de investigação o crivo sobre qual método é o mais adequado. Como já destacado acima, esta pesquisa optou pelo método qualitativo, em especial pelos motivos que Godoy (1995) apud Câmara (2013) destacam:

a pesquisa qualitativa não procura enumerar e/ou medir os eventos estudados, nem emprega instrumental estatístico na análise dos dados. Parte de questões ou focos de interesses amplos, que vão se definindo a interesses amplos, que vão se definindo a medida que o estudo se desenvolve. Envolve a obtenção de dados descritivos sobre pessoas, lugares e processos interativos pelo contato direto do pesquisador com a situação estudada, procurando compreender os fenômenos segundo a perspectiva dos sujeitos, ou seja, dos participantes da situação em estudo (p 181).

Outro fator relevante no campo da pesquisa qualitativa, consiste no fato do envolvimento do pesquisador com o objeto ser uma das questões relevantes de análise no processo de pesquisar. O reconhecimento do envolvimento do pesquisador no ato de pesquisar não significa que o processo de pesquisa abdicará do rigor necessário para a manutenção da fidedignidade dos dados. A pesquisa qualitativa, assim, faz seu corte político pela afirmação da de que o conhecimento parte de “algum lugar” situado no tempo e no espaço, bem como o mito na neutralidade científica é constantemente posto em xeque.

### **2.3 A Pesquisa no Campo da Saúde Coletiva**

Pesquisa e construir conhecimento no campo da saúde coletiva foi outra escolha clara desta pesquisa. Nestes termos, assume-se o desafio de sistematizar questões extremamente complexas e difíceis de manejo: o cotidiano de trabalho, os sentimentos, as percepções, as conjunturas externas e internas, a cultura, enfim, tudo o que for relevante para construir sentido sobre os fenômenos de saúde envolvidos em diversos contextos.

A produção de conhecimento em saúde coletiva é um ato marcado pela tomada de posição sobre a construção de um projeto de saúde em um determinado tempo e sob determinadas circunstâncias. Assim como no campo da pesquisa qualitativa, a Saúde Coletiva

é marcada por entendimentos que combatem o neutralismo científico e convocam os sujeitos a serem parte ativa da construção de seu viver e do conhecimento a respeito deste viver como bem destaca o trecho abaixo:

Portanto, no que diz respeito à saúde, como aos demais setores, a produção do conhecimento na área da Saúde Coletiva vem marcada pelo traço de os sujeitos do conhecimento assumirem previamente distintas concepções do que vem a ser o direito à saúde, eficiência e eficácia dos serviços de saúde, e democratização da saúde, para ficarmos somente em alguns pontos. (COHN, A, 2012. P 18)

Ou seja, a Pesquisa Qualitativa é marcada pelo traço político no bojo da sua construção de conhecimento, sendo a coerência e o rigor desta citada construção o elemento de validade da articulação e produção do campo científico. Neste sentido, esta pesquisa assume especial vinculação com este entendimento por entender que assim se faz um ato de honestidade para com o leitor, bem como se caracteriza passo fundamental para elaboração de conteúdo situado politicamente.

#### **2.4 Revisão e Sistematização Primária de Bibliografia para o Campo**

A etapa inicial da pesquisa consistiu em realização de revisão bibliográfica com o intuito de sistematização de estudos pertinentes ao tema e ao objeto. A referida revisão contribuiu na fundamentação teórica, ajustes metodológicos e consistência teórica para a análise dos dados coletados.

Para realização desta etapa foram levantados documentos oficiais a respeito das políticas de saúde com especial enfoque ao campo de fronteira entre Atenção Primária à Saúde e Saúde Mental. No quesito legislações, foram levantados documentos da seguinte natureza:

- 1 – Leis e Decretos;
- 2 – Portarias Ministeriais e Interministeriais;
- 3 – Resoluções;

No quesito técnico, foram levantados os seguintes tipos de documentos para

concretização dos objetivos:

- 1 – Notas Técnicas;
- 2 – Cartilhas;
- 3 – Manuais de Referência;

Além dos materiais acima citados, foram consultados materiais relevantes da literatura da área de forma a subsidiar os instrumentos de ida a campo no sentido de fundamentar os materiais de entrevistas e registros dos quais o pesquisador teve que elaborar.

## **2.5 Cenários de Pesquisa**

### **2.5.1 Justificativas da Escolha dos Cenários de Pesquisa**

Com o intuito ampliar às possibilidades de análise do objeto, esta pesquisa foi realizada em dois contextos da ESF, levando-se em conta as realidades existentes no cenário da capital do estado do Ceará (Fortaleza) e no cenário de uma cidade de médio porte do interior do referido estado (Iguatu). A escolha destas duas cidades deveu-se a algumas justificativas fundamentais.

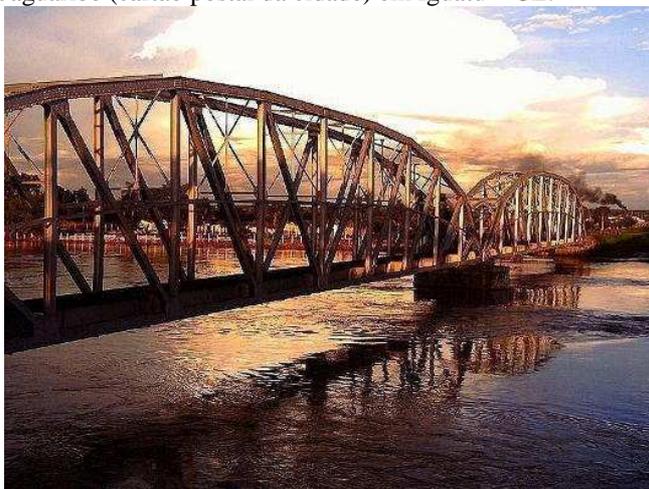
A primeira justificativa deveu-se ao fato de que as duas cidades eram lócus de atuação profissional conhecidos pelo autor e este fator contribuiu na negociação, inserção e devolutiva junto às equipes e seus gestores para a realização das etapas concernentes à pesquisa. A segunda justificativa deveu-se fato de que, em ambas as cidades, havia similitude na existência dos tipos de serviços ofertados à população, bem como há a composição de equipes preconizadas pelas políticas nacionais de Saúde Mental e da Estratégia Saúde da Família. Evidentemente que foram guardadas as devidas proporções entre as demandas atendidas nos serviços de saúde com demandas de metrópole, como o é o contexto de Fortaleza e os serviços com proporção menor em volume, como o é o contexto de Iguatu.

A terceira e última justificativa de escolha destes dois cenários consistiu na razão histórica, pois ambos os municípios eram e ainda são referência na trajetória de luta para os movimentos de reforma sanitária no estado do Ceará, tanto do ponto de vista da

implementação do Programa de Saúde da Família (PSF) que viria a se transformar em uma estratégia denominada Estratégia Saúde da Família (ESF), quanto do ponto de vista da luta por ações de saúde mental para seus munícipes e para o estado.

### 2.5.2 – Conhecendo os Cenários: o Município de Iguatu

Figura 1 – Imagem da Ponte da Estrada de Ferro sob o Rio Jaguaribe (cartão postal da cidade) em Iguatu – CE.



Fonte: [www.oestadoce.com.br](http://www.oestadoce.com.br)

O cenário representado pelo município de interior de médio porte diz respeito ao município de Iguatu-CE. Este município possui uma área territorial de 1.029,214 km<sup>2</sup>, fica situado na região geográfica do estado do Ceará conhecida como Centro-Sul, possui uma população de 96.495 mil habitantes segundo os dados do último Censo de 2010 (IBGE, 2010), bem como alcançou um crescimento de população estimado de 101 mil habitantes para o ano de 2015 segundo as projeções do IBGE. Isto faz de Iguatu o 9º município mais populoso do estado do Ceará e figura entre os 299 municípios mais populosos do Brasil.

Figura 2 – Mapa de Iguatu



Fonte: IBGE (2015)

Iguatu teve seu crescimento histórico alavancado pelo ciclo virtuoso do algodão na História brasileira, tendo a estrada de ferro que corta o município integrado um eixo econômico que deixou marcas definitivas naquela municipalidade. Iguatu é terra famosa por seus filhos ilustres, a saber, o músico e compositor erudito Eleazar de Carvalho e de Humberto Teixeira, parceiro de Luiz Gonzaga.

Do ponto de vista da notoriedade regional, Iguatu é a cidade que mais possui cursos de graduação do Centro-Sul do Estado, possuindo pelo menos três Centros Universitários Públicos, a saber, a Universidade Estadual do Ceará (UECE) – (FECLI) – Faculdade de Ciências e Letras de Iguatu) – Cursos de Biologia, Matemática, Física, Pedagogia, Letras; a Universidade Regional do Cariri (URCA) – Cursos de Enfermagem, Direito, Educação Física, Ciências Econômicas e o Instituto Federal do Ceará (IFCE) – Cursos de Serviço Social, Química, Irrigação e Drenagem. Portanto, Iguatu é um polo formador de trabalhadores para a região, bem como se caracteriza por ser espaço privilegiado de atuação para a mão de obra formada.

Do ponto de vista econômico e das oportunidades de trabalho, tem-se os seguintes contextos, segundo informações da Prefeitura Municipal de Iguatu:

O município exerce papel de centro regional de comércio e serviços, oferecendo apoio para mais de 10 municípios da região onde se localiza. Sua economia é baseada na agricultura (plantio de arroz e algodão), na pecuária e no comércio. A indústria ainda é incipiente. (IGUATU, 2014).

Na subseção a seguir, serão apresentados dados oficiais e formais do Relatório de Gestão em Saúde de Iguatu (2014) para que o leitor possua dimensão dos problemas e das potencialidades em saúde do município:

#### a) Iguatu em Números Sociais e de Saúde

A população de Iguatu é predominantemente parda e branca segundo os dados oficiais. Este dado é representativo de uma polêmica fundamental do ponto de vista das discussões protagonizadas pelos movimentos que militam na causa Negra, pois a categoria “Parda” contribui para a invisibilidade da negritude de uma população. Este debate não é exclusivo de Iguatu, mas deve ser lembrado quando da apresentação de informações a respeito de Raça e Etnia. Os dados de população indígena são praticamente invisíveis e não há registro de comunidades de descendência oriental no município.

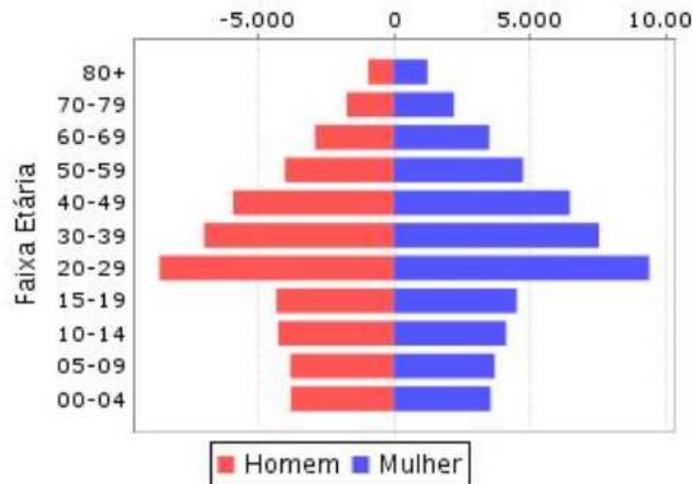
Gráfico 1 – Distribuição Populacional de Iguatu Segundo Raça/Etnia



Fonte: Relatório de Gestão de Saúde (2014)

Em relação ao envelhecimento da população, Iguatu tem percebido um envelhecimento acelerado de sua população com claros reflexos nos serviços públicos de saúde, bem como uma mudança relevante da dinâmica da disposição de mão de obra jovem para o mundo do trabalho formal e informal.

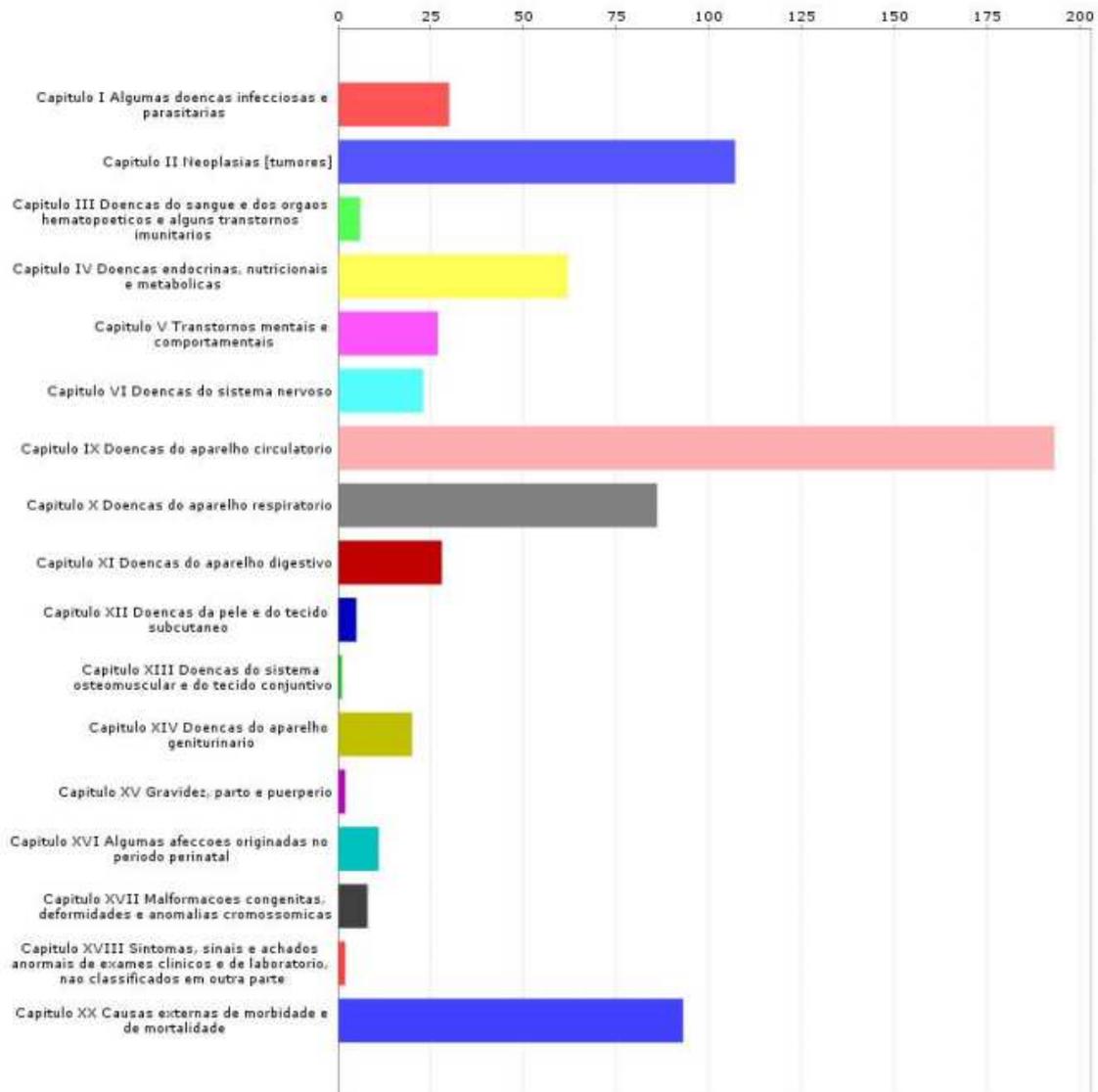
Gráfico 2 – Distribuição Populacional de Iguatu Segundo a Idade/Sexo



Fonte: Relatório de Gestão de Saúde (2014)

A principal causa de mortalidade em Iguatu segundo os dados oficiais são as Doenças do Aparelho Circulatório. Em seguida, vem as Neoplasias (tumores), causas externas e aparelho respiratório. Ou seja, os problemas de maior incidência de mortalidade podem ser cuidados e manejados na Estratégia Saúde da Família. Chama atenção o alto índice de mortalidade por questões de saúde mental (Transtornos Mentais e Comportamentais) em uma faixa etária tão jovem (abaixo dos 25 anos) e tal dado é coerente com um drama que o município vem vivendo de suicídios de adolescentes em diversos bairros.

Gráfico 3 – Distribuição de Mortalidade por Grupo de Causas e Faixa Etária de Iguatu



Fonte: Relatório de Gestão de Saúde (2014)

Em relação à Rede de Saúde de Iguatu, é possível notar que o município dispõe de uma gama grande de equipamentos, guardadas as proporções da cidade. Iguatu é cidade Polo da região e, também por este motivo, abriga diversos serviços que atendem não apenas a demanda municipal, mas a da região Centro-Sul como um todo. A predominância dos serviços de saúde é do SUS, havendo serviços de gestão compartilhada e prestadores de serviços privados de expressão (tanto em volume de contratos com o SUS quanto de compra direta de serviços pela população) na rede.

Tabela 3 – Distribuição Comparativa (tipo de Gestão/Gerência) da Rede de Saúde em Iguatu

## TIPO GESTÃO

Tipo de Estabelecimento	Total	Municipal	Estadual	Dupla
CENTRO DE ATENÇÃO HEMOTERAPIA E OU HEMATOLOGICA	1	0	0	1
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	3	3	0	0
CENTRO DE SAÚDE/UNIDADE BÁSICA	26	26	0	0
CLÍNICA/CENTRO DE ESPECIALIDADE	6	5	1	0
HOSPITAL GERAL	2	2	0	0
POLICLÍNICA	1	0	1	0
PRONTO ATENDIMENTO	1	1	0	0
SECRETARIA DE SAÚDE	2	1	1	0
UNIDADE DE APOIO DIAGNOSE E TERAPIA (SADT ISOLADO)	8	7	1	0
UNIDADE DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE	1	1	0	0
Total	51	46	4	1

## ESFERA ADMINISTRATIVA (GERÊNCIA)

Tipo de Estabelecimento	Total	Municipal	Estadual	Dupla
PRIVADA	10	10	0	0
ESTADUAL	5	0	4	1
MUNICIPAL	36	36	0	0
Total	51	46	4	1

Fonte: Relatório de Gestão de Saúde (2014)

A respeito da Atenção Primária à Saúde, Iguatu adota majoritariamente o modelo da Estratégia Saúde da Família (ESF) na formação de suas equipes. O município possui 26 de Atenção Básica, em sua maioria completas em sua composição (Médicos, Enfermeiros, Dentistas, Auxiliares de Saúde Bucal, Auxiliares/técnicos de Enfermagem, Agentes Comunitários de Saúde e Funcionários técnico-administrativos). Estas equipes estão distribuídas em territórios pertencentes à zona urbana (maioria dos territórios com equipes de saúde da família – 15 unidades) e à zona rural (territórios distantes, com área geográfica extensa e com poucas equipes de saúde da família – 11 unidades). A prefeitura alega em seu Relatório de Gestão e Saúde que o município possui 95% de cobertura da Estratégia Saúde da Família.

As equipes de apoio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) no município são em número de quatro, na modalidade tipo I, prestando cobertura, em média, a seis

territórios diferentes distribuídos pelo município. Destas equipes de apoio (NASF), uma é integralmente composta por profissionais residentes multiprofissionais em saúde da família e as outras 3 equipes são compostas por profissionais da rede do município.

Os territórios que são acompanhados pelo NASF de profissionais residentes (conhecido como NASF-R) são os seguintes: Flores, Paraná, COHAB e Novo Iguatu. Além destes territórios, o NASF-R pode desenvolver atividades em outros territórios tanto em articulação com as demais equipes de NASF quanto por demanda específica.

As unidades de saúde, em Iguatu, que foram sede da pesquisa desta dissertação foram em número de duas. A primeira Unidade de Saúde fica localizada entre os bairros da COHAB e do Novo Iguatu. A segunda unidade de saúde (Dr. Ernani Barreira) fica localizada em outro extremo da cidade, nas proximidades de três bairros: Flores, Paraná e Brasília. Importante destacar que estes bairros apresentam contrastes sociais relevantes, havendo trechos em que tanto as habitações quanto as condições de renda e sociabilidade estão dentro do estrato que o IBGE classifica enquanto classe média de nível C e D. Também nos mesmos territórios, existem seguimentos populacionais vivendo em situação de pobreza e extrema pobreza. Estes bairros são cercados por Fábricas de grande porte, bem como há equipamentos públicos como escolas, praças, unidades de saúde, bem como ficam próximos do principal Hospital público da cidade, o Hospital Regional de Iguatu (HRI). No caso do território da unidade de saúde Ernani Barreira, também se encontram grandes supermercados e a principal via de entrada e saída de passageiros do município, além de contar com os bairros universitários da cidade.

A unidade de saúde COHAB/Novo Iguatu conta com duas equipes completas de saúde da família e apoio de um NASF do tipo Residente no apoio de suas atividades. Segue abaixo uma tabela que demonstra a dimensão da composição dos trabalhadores (das duas equipes) lotados nesta unidade de saúde:

Tabela 4 – Distribuição da Composição de Equipe do Posto PSF COHAB em Iguatu

PSF COHAB			
Equipes Cadastradas	Profissões	Quantidades	Observações
Equipe de Saúde da Família (EqSF)	Médico (a)	01	

01	Enfermeiro (a)	01	
	Agentes Comunitários de Saúde (ACS)	07	
	Auxiliar de Enfermagem	01	
	Dentista (a)	01	
	Auxiliar de Saúde Bucal (ASB)/Atendente de Consultório Dentário (ACD)	01	
Equipe NASF – Residência Multi	Assistente Social	01	Unidade 02 de Cobertura do NASF
01	Psicóloga	01	Unidade 02 de Cobertura do NASF
	Fisioterapeuta	01	Unidade 02 de Cobertura do NASF
	Nutricionista	01	Unidade 02 de Cobertura do NASF

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e Elaboração dos Autores (2016)

Tabela 5 – Distribuição da Composição de Equipe do Posto Novo Iguatu

PSF Novo Iguatu			
Equipes Cadastradas	Profissões	Quantidades	Observações
Equipe de Saúde da Família (EqSF)	Médico (a)	01	
01	Enfermeiro (a)	01	
	Agentes Comunitários de Saúde (ACS)	07	
	Auxiliar de Enfermagem	01	
	Dentista (a)	00	
	Auxiliar de Saúde Bucal (ASB)/Atendente de Consultório Dentário (ACD)	00	
Equipe NASF – Residência Multi	Assistente Social	01	Unidade 03 de Cobertura do NASF

01	Psicóloga	01	Unidade 03 de Cobertura do NASF
	Fisioterapeuta	01	Unidade 03 de Cobertura do NASF
	Nutricionista	01	Unidade 03 de Cobertura do NASF

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e Elaboração dos Autores (2016)

A unidade de saúde Dr. Ernani Barreira conta com três equipes completas de saúde da família e apoio de um NASF do tipo Residente e um NASF de profissionais do município no apoio de suas atividades. Segue abaixo uma tabela que demonstra a dimensão da composição dos trabalhadores (das três equipes) lotados nesta unidade de saúde:

Tabela 6 – Distribuição da Composição de Equipe do Posto Dr. Ernani Barreira em Iguatu

PSF Ernani Barreira			
Equipes Cadastradas	Profissões	Quantidades	Observações
Equipe de Saúde da Família (EqSF)	Médico (a)	04	
03	Enfermeiro (a)	03	
	Agentes Comunitários de Saúde (ACS)	23	
	Auxiliar de Enfermagem	03	
	Dentista (a)	03	
	Auxiliar de Saúde Bucal (ASB)/Atendente de Consultório Dentário (ACD)	04	
Equipe NASF - Permanente	Assistente Social	01	
01	Nutricionista	01	
	Farmacêutico	01	
	Fisioterapeuta	02	
Equipe NASF – Residência Multi	Assistente Social	01	Unidade 01 de Cobertura do NASF
01	Psicóloga	01	Unidade 01 de Cobertura do

			NASF
	Fisioterapeuta	01	Unidade 01 de Cobertura do NASF
	Nutricionista	01	Unidade 01 de Cobertura do NASF

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e Elaboração dos Autores (2016)

A escolha destas unidades foi por intencionalidade do pesquisador e pelo fato de a unidade atender pelo menos os seguintes critérios:

- Apresentar Estratégia Saúde da Família implantada;
- Apresentar equipes completas;
- Apresentar NASF;
- Haver disponibilidade da gestão local e dos profissionais em participarem da pesquisa;

Para finalizar esta subseção, destaca-se que as unidades de saúde são novas em relação às outras existentes no município de Iguatu, passaram por reformas recentes e apresentam uma ambiência satisfatória. As atividades coletivas, no entanto, não ocorrem com frequência nas próprias unidades por questão de não haver espaço e, por tal motivo, via de regra, ocorrem em espaços externos na comunidade.

### 2.5.3 – Conhecendo os Cenários: o Município de Fortaleza

Figura 3 – Imagem da Estátua de Iracema (cartão postal da cidade) em Fortaleza – CE.



Fonte: [www.dialogospoliticos.wordpress.com](http://www.dialogospoliticos.wordpress.com)

O cenário representado pelo município de grande porte diz respeito ao município de Fortaleza - CE. Este município possui uma área territorial de 314,930 km<sup>2</sup>, fica situado na região geográfica do estado do Ceará conhecida como litoral, tendo alcançado uma população de 2.591,188 milhões de habitantes do segundo as projeções do IBGE para o ano de 2015. Estes dados populacionais e a extrema concentração de moradores na Capital Alencarina<sup>10</sup> faz de Fortaleza a capital com maior densidade demográfica do país (7.786,4 hab/km<sup>2</sup>). Cerca de um terço da população do estado do Ceará reside me Fortaleza e Região Metropolitana. Isto faz de Fortaleza o município mais populoso do estado do Ceará e figura como a quinta capital mais populosa do Brasil. (IBGE, 2015)

Fortaleza historicamente foi fundada pela disputa colonial entre expedicionários espanhóis, portugueses e holandeses. O nome da cidade é inspirado nos fortes de guerra construídos em períodos alternados entre holandeses e portugueses. O nome definitivo da cidade é oriundo do último forte defendido pelos portugueses e, desta forma, nascia oficialmente a Fortaleza de Nossa Senhora de Assunção. Fortaleza ganhou status de capital do estado do Ceará de forma tardia quando, em relação ao desenvolvimento político dos municípios de Aquiraz e Aracati, obteve o protagonismo econômico nas exportações de diversos insumos agrícolas em seu porto (FARIAS E BRUNO, 2011).

Do ponto de vista econômico, Fortaleza figura entre as 10 primeiras economias do país e a primeira economia do Nordeste em Produto Interno Bruto (PIB). Possui uma

---

<sup>10</sup> O termo Capital Alencarina é dado em homenagem ao célebre escritor José Martiniano de Alencar (1829 – 1877), autor dentre outras obras, de Iracema (1865).

diversificação de sua matriz econômica (setor primário, secundário e terciário), tendo o setor de serviços um peso importante na economia local. Fortaleza é uma capital rica do eixo Norte Nordeste e esta riqueza também se traduz em desigualdade social e econômica entre sua população. A seguir uma conclusão alarmante do Relatório Perfil Municipal de Fortaleza do Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará (IPECE) com dados de 2012 sobre esta questão:

Nesse sentido, o presente estudo identificou uma forte concentração espacial da renda média pessoal em Fortaleza. É evidente que essa elevada desigualdade espacial pode ocasionar, entre outros problemas, a potencialização de tensões sociais culminando com o aumento da violência, assim como maiores transtornos em termos de mobilidade urbana, na medida em que é natural nesses casos o movimento de pessoas de bairros muito pobres para bairros de nível de renda mais elevada em busca de emprego, renda e serviços. (p 03)

Na subseção a seguir, de forma análoga ao que foi descrito na cidade de Iguatu, serão apresentados dados oficiais e formais do Relatório de Gestão em Saúde de Fortaleza (2014) para que o leitor possua dimensão dos problemas e das potencialidades em saúde do município:

#### **b) Fortaleza em Números Sociais e de Saúde**

A população de Fortaleza é predominantemente parda e branca segundo os dados oficiais. Um fator diferencial desta análise consiste no fato de a Secretaria de Saúde de Fortaleza afirmar em seu Relatório de Gestão em Saúde (2014) que a população da capital é 100% urbana. O autor desta dissertação vê este dado com certa estranheza pois em diversos bairros mais afastados e pobres de Fortaleza, há populações inteiras que vivem em meio rural, mesmo a região estando administrativamente em espaço urbano. Se é urbano do ponto de vista formal, a urbanidade não chegou até aqueles bairros. Aparece nos dados de Fortaleza, o traço de populações indígenas, fator relevantes também para se pensar políticas setoriais de populações específicas.

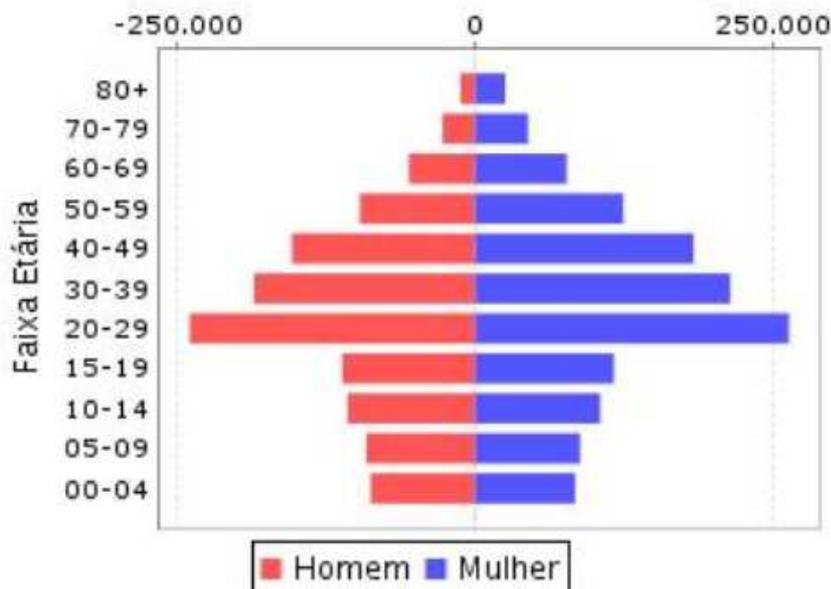
Gráfico 4 – Distribuição Populacional de Fortaleza Segundo Raça/Etnia



Fonte: Relatório de Gestão de Saúde (2014)

Em relação ao envelhecimento da população, Fortaleza possui um quadro análogo ao de Iguatu e tem percebido um envelhecimento acelerado de sua população com claros reflexos nos serviços públicos de saúde, bem como uma mudança relevante da dinâmica da disposição de mão de obra jovem para o mundo do trabalho formal e informal. A diferença fundamental entre os dois municípios é a proporção do impacto do envelhecimento na sociedade.

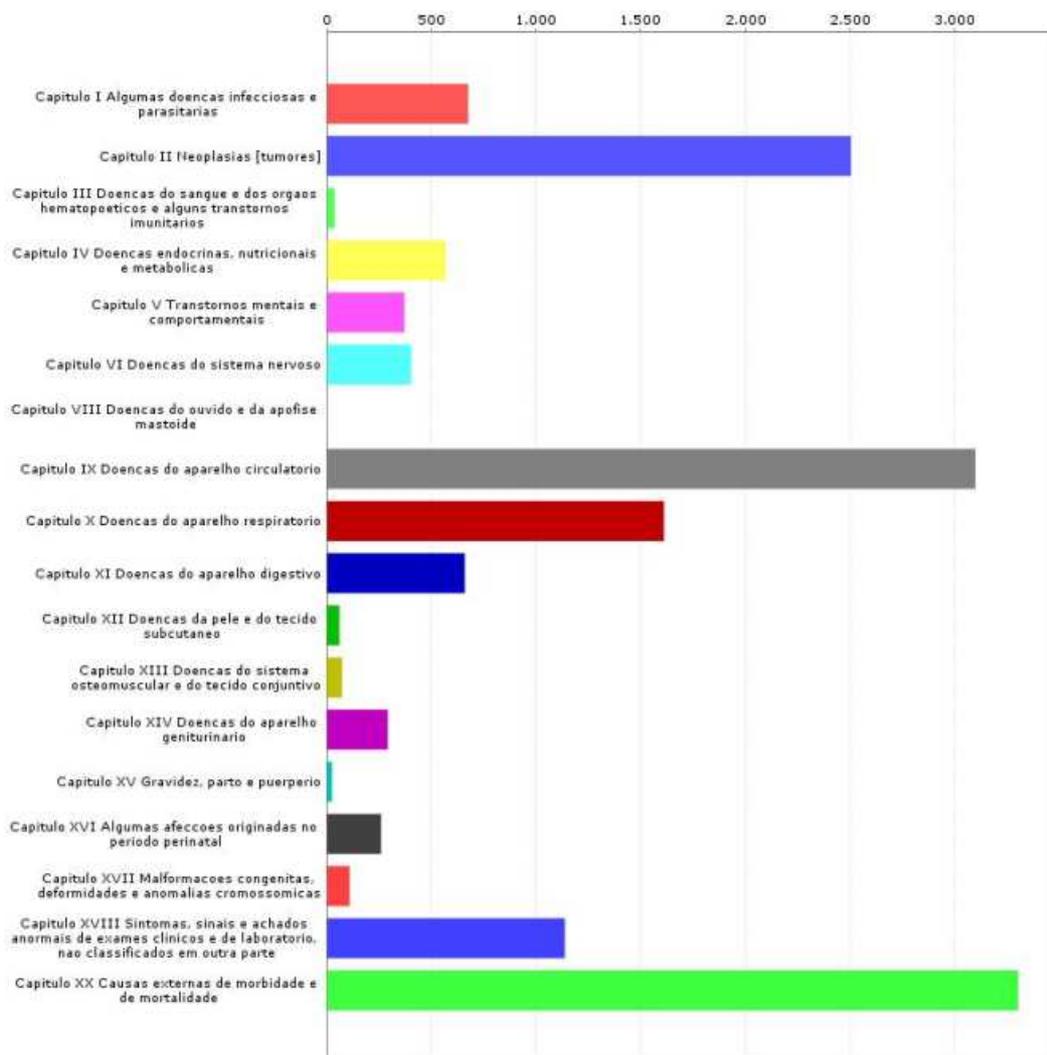
Gráfico 5 – Distribuição Populacional de Fortaleza Segundo a Idade/Sexo



Fonte: Relatório de Gestão de Saúde (2014)

A principal causa de mortalidade em Fortaleza segundo os dados oficiais são as relacionadas às Causas Externas (violências e acidentes de trânsito). Em seguida, vem as Neoplasias (tumores) e as doenças do Aparelho Circulatório. O caso de Fortaleza é emblemático do impacto social que existe em função das causas externas. Este dado é demonstrativo do tamanho do desafio que a cidade tem para repensar suas bases de sociabilidade. Chama atenção, também, o alto índice de mortalidade por questões de saúde mental (Transtornos Mentais e Comportamentais).

Gráfico 6 – Distribuição de Mortalidade por Grupo de Causas e Faixa Etária de Fortaleza



Fonte: Relatório de Gestão de Saúde (2014)

Em relação à Rede de Saúde de Fortaleza, é possível notar que o município dispõe de uma gama grande de equipamentos, proporcionais às demandas enormes de uma capital do Nordeste. Fortaleza sofre historicamente com uma sobrecarga em sua rede em função do envio de pacientes do interior do estado para usufruto dos serviços de saúde da capital. Este tipo de cenário tem melhorado (segunda década dos anos 2000) com a implementação dos equipamentos regionalizados e redistribuição de responsabilidades sanitárias entre os municípios do estado do Ceará.

Contudo, o cenário ainda é dramático para o SUS para ampliar sua capacidade instalada, principalmente na rede de urgência e emergência. A predominância dos serviços de saúde é do SUS, havendo serviços de gestão compartilhada e prestadores de serviços privados de expressão (tanto em volume de contratos com o SUS quanto de compra direta de serviços pela população) na rede. Fortaleza conta com grande número de equipamentos privados de saúde segundo dados do Censo IBGE (2010).

Tabela 7 – Distribuição Comparativa (tipo de Gestão/Gerência) da Rede de Saúde em Fortaleza

### TIPO GESTÃO

Tipo de Estabelecimento	Total	Municipal	Estadual	Dupla
CENTRAL DE REGULACAO	1	0	1	0
CENTRAL DE REGULACAO MEDICA DAS URGENCIAS	1	1	0	0
CENTRO DE ATENCAO HEMOTERAPIA E OU HEMATOLOGICA	2	1	0	1
CENTRO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL	16	16	0	0
CENTRO DE SAUDE/UNIDADE BASICA	95	95	0	0
CLINICA/CENTRO DE ESPECIALIDADE	65	62	3	0
COOPERATIVA	1	1	0	0
FARMACIA	1	0	1	0
HOSPITAL ESPECIALIZADO	24	24	0	0
HOSPITAL GERAL	25	24	1	0
HOSPITAL/DIA - ISOLADO	1	1	0	0
LABORATORIO CENTRAL DE SAUDE PUBLICA LACEN	1	0	1	0
POLICLINICA	1	1	0	0
PRONTO ATENDIMENTO	9	3	6	0
PRONTO SOCORRO ESPECIALIZADO	6	6	0	0
SECRETARIA DE SAUDE	8	6	2	0
TELESSAUDE	1	0	1	0
UNIDADE DE APOIO DIAGNOSE E TERAPIA (SADT ISOLADO)	16	16	0	0
UNIDADE DE ATENCAO A SAUDE INDIGENA	2	2	0	0
UNIDADE DE VIGILANCIA EM SAUDE	7	6	1	0
UNIDADE MOVEL DE NIVEL PRE-HOSPITALAR NA AREA DE URGENCIA	27	27	0	0
Total	310	292	17	1

### ESFERA ADMINISTRATIVA (GERÊNCIA)

Tipo de Estabelecimento	Total	Municipal	Estadual	Dupla
PRIVADA	104	104	0	0
FEDERAL	4	4	0	0
ESTADUAL	38	17	20	1
MUNICIPAL	167	167	0	0
Total	313	292	20	1

Fonte: Relatório de Gestão de Saúde (2014)

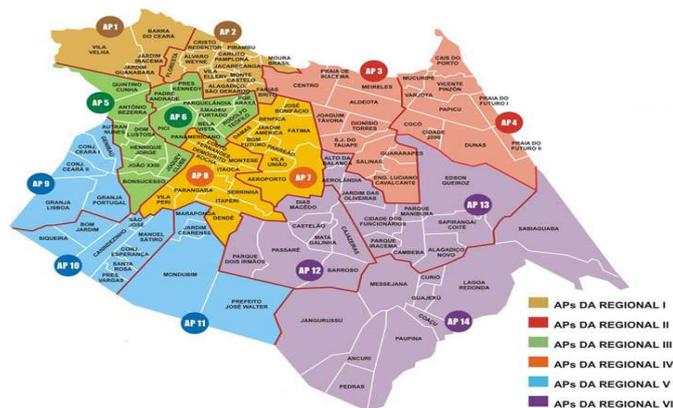
A respeito da Atenção Primária à Saúde, Fortaleza adotava majoritariamente o modelo da Estratégia Saúde da Família (ESF) na formação de suas equipes. O município aderiu a proposta da Saúde da Família em 2005 e assim proveu suas equipes desde então. Ocorre que em 2013, a Prefeitura de Fortaleza passou a implementar uma espécie de “novo modelo” de Atenção Primária à Saúde, baseado em consultorias com o Professor Eugênio Vilaça Mendes.

Os antigos “postos de saúde” da cidade passaram para a denominação de Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) e funcionam com regime de revezamento de equipes de saúde em turnos que variam de 07 da manhã as 19h. Na propaganda institucional da Prefeitura

de Fortaleza é claro o seguinte discurso: “Médico de 07 as 07 todos os dias”. Sem maiores discussões a respeito deste tema, uma vez que assim será feito nas seções posteriores, a unidades de saúde de Fortaleza, mesmo sobre nova lógica de funcionamento e ideologia de atendimento, continuam cadastradas do Ministério da Saúde como Equipes de Saúde da Família (EqSF) e Equipes Enfermeiros e de Agentes Comunitários de Saúde<sup>11</sup> (EACS).

O município possui 86 Unidades de Atenção Primária (UAPS) Atenção Básica, em sua maioria completas em sua composição (Médicos, Enfermeiros, Dentistas, Auxiliares de Saúde Bucal, Auxiliares/técnicos de Enfermagem, Agentes Comunitários de Saúde e Funcionários técnico-administrativos). Estas equipes estão distribuídas em territórios pertencentes a seis Secretarias Regionais (zonas administrativas e sanitárias da cidade). Segue o mapa das regionais de Fortaleza para que o leitor tenha uma dimensão espacial desta divisão:

Figura 4 – Mapa das Secretarias Regionais de Fortaleza



Fonte: [www.fesbe.org.br](http://www.fesbe.org.br)

Em termos de cobertura populacional, a prefeitura alega em seu Relatório de Gestão de Saúde que o município possui 65% de cobertura da Estratégia Saúde da Família.

As equipes de apoio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) no município são em número de seis, na modalidade tipo I, prestando cobertura, em média, a um território

<sup>11</sup> As equipes EACS não possuem o profissional médico em sua composição.

de regional diferente distribuídos pelo município. É um percentual absurdo de cobertura para tão poucas equipes de NASF. Destas equipes de apoio (NASF), todas são compostas por profissionais da rede do município com contratação precária (sem concurso público).

As unidades de saúde, em Fortaleza, que foram sede da pesquisa desta dissertação foram em número de duas. A primeira Unidade de Saúde se chama UAPS Flávio Marcílio fica localizada na Secretaria Regional II sendo o bairro do Mucuripe o mais próximo, dentre os abrangidos, da primeira unidade de saúde. Importante destacar que estes bairros apresentam contrastes sociais relevantes, havendo trechos em que tanto as habitações quanto as condições de renda e sociabilidade estão dentro do estrato que o IBGE classifica enquanto classe média de nível A e B (classe média alta). Também no mesmo território, existem seguimentos populacionais vivendo em situação de pobreza e extrema pobreza. Estes bairros são cercados por Fábricas de grande porte, bem como há equipamentos públicos como escolas, praças, unidades de saúde, bem como ficam próximos ao trade turístico da orla de Fortaleza.

Esta unidade de Saúde conta com quatro equipes completas de saúde da família e apoio de um NASF em suas atividades. Segue abaixo uma tabela que demonstra a dimensão da composição dos trabalhadores (das quatro equipes) lotados nesta unidade de saúde:

Tabela 8 – Distribuição da Composição de Equipe da UAPS Flávio Marcílio em Fortaleza

UAPS Flavio Marcílio			
Equipes Cadastradas	Profissões	Quantidades	Observações
Equipe de Saúde da Família (EqSF)	Médico (a)	09	
04	Enfermeiro (a)	08	
	Agentes Comunitários de Saúde (ACS)	24	
	Auxiliar de Enfermagem	08	
	Técnico de Enfermagem	01	
	Dentista (a)	06	
	Auxiliar de Saúde Bucal (ASB)/Atendente de Consultório Dentário (ACD)	08	

Equipe de Combate às Endemias Vinculada	Agente de Combate às Endemias (ACE)	17	
Equipe NASF - Permanente	Assistente Social	03	
01	Fonoaudiólogo	01	
	Farmacêutico	01	
	Fisioterapeuta	02	
	Psicólogo	01	

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e Elaboração dos Autores (2016)

A segunda Unidade de Saúde chamada de UAPS Irmã Hercília fica localizada no Bairro São João do Tauape ao lado de uma Igreja Católica. O território desta unidade de saúde é extremamente complexo e desigual quanto o território da unidade UAPS Flavio Marcílio. Nas adjacências desta unidade de saúde, existem comunidades extremamente separadas do ponto de vista sócio econômico, tais como o Lagamar<sup>12</sup> marcados pela pobreza e pela luta por cidadania e bairros como São João do Tauape que possui uma nível de renda altíssimo majoritariamente.

Esta unidade de Saúde conta com cinco equipes completas de saúde da família e três equipes de Enfermeiros e Agentes Comunitários de Saúde (EACS) e apoio de um NASF em suas atividades. Segue abaixo uma tabela que demonstra a dimensão da composição dos trabalhadores (das oito equipes) lotados nesta unidade de saúde:

Tabela 9 – Distribuição da Composição de Equipe da UAPS Irmã Hercília em Fortaleza.

UAPS Irmã Hercília			
Equipes Cadastradas	Profissões	Quantidades	Observações
Equipe de Saúde da Família (EqSF)	Médico (a)	16	
	Enfermeiro (a)	11	
05	Agentes Comunitários de Saúde (ACS)	31	
Equipes de Enfermeiros e ACS (EACS)	Auxiliar de Enfermagem	13	
	Dentista (a)	07	
	Auxiliar de Saúde	08	

<sup>12</sup> Bairro do Lagamar: a comunidade é uma das mais antigas de Fortaleza, datando de 1930 os assentamentos das primeiras famílias. O histórico de resistência dos moradores pela permanência no Lagamar é antigo e a luta travada por eles é cotidiana (OBSERVATÓRIO DAS METRÓPOLES, 2016)

03	Bucal (ASB)/Atendente de Consultório Dentário (ACD)		
Equipe de Combate às Endemias Vinculada	Agente de Combate às Endemias (ACE)	13	
Equipe NASF - Permanente	Assistente Social	03	
01	Fonoaudiólogo	01	
	Farmacêutico	02	
	Fisioterapeuta	03	
	Psicólogo	03	
	Terapeuta Ocupacional	01	

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e Elaboração dos Autores (2016)

Importante notar que, em ambas as unidades de saúde, a Prefeitura de Fortaleza vincula as equipes de Agentes de Combate às Endemias (ACE) no cadastro.

De forma análoga ao município de Iguatu, a escolha destas unidades foi por intencionalidade do pesquisador e pelo fato de a unidade atender pelo menos os seguintes critérios:

- Apresentar Estratégia Saúde da Família implantada;
- Apresentar equipes completas;
- Apresentar NASF;
- Haver disponibilidade da gestão local e dos profissionais em participarem da pesquisa;

Para finalizar esta subseção, destaca-se que as unidades de saúde são de construção antiga e passaram por reformas recentes, apresentando uma ambiência satisfatória. A ambiência não favorece, no entanto, a realização de atividades coletivas dentro da unidade de saúde.

## 2.6 Sujeitos Participantes

Os sujeitos participantes desta pesquisa foram os profissionais que integram as Equipes de Referência em Saúde da Família (EQRSF) e os profissionais que integram as Equipes do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF). A quantidade de profissionais foi proporcional ao interesse em participar da pesquisa, ou seja, foram convidados pelos menos um profissional de cada categoria profissional, contudo nem todos quiseram participar ou tiveram disponibilidade.

A primeira etapa de convite aos profissionais foi realizada por abordagem mediada pelas coordenações das unidades de saúde. Antes de iniciar a busca pelos sujeitos participantes, o pesquisador realizou um breve mapeamento junto à gestão sobre os dias em que haveria menos movimento nas unidades de saúde, bem como os dias em que as agendas dos entrevistados estivesse menos conturbada.

De posse destas informações preliminares, era feito o convite aos profissionais mediante conversa prévia a respeito dos objetivos da pesquisa e das garantias de preservação do sigilo das informações concedidas. A flexibilidade e a insistência fizeram parte do processo de busca dos sujeitos nas idas a campo e, de certa maneira, esta é uma função do pesquisador: desenvolver diversas estratégias de negociar com o campo e com os sujeitos pretendidos para a pesquisa como bem aponta Kirchof et al (2012) em sua experiência de pesquisa:

Outras estratégias usadas pelos entrevistadores foram: mostrar aos sujeitos a importância e relevância da pesquisa na sua vida profissional, o estabelecimento de relações de confiança com a equipe e com a ASL, não criando conflitos em momentos de dificuldade, mostrar-se disponível e consciente das normativas da UBS, uma “boa e simpática” apresentação pessoal e, sobretudo, a coleta no horário de trabalho. (p 286).

O pesquisador obteve maior número de recusas por parte dos profissionais do NASF do município de Fortaleza em participar da entrevista e/ou não se encontrou o profissional para abordagem e convite nas oportunidades em que se foi a campo. É importante destacar que o formato do Mestrado Profissional (realizar processo de pesquisa enquanto se trabalha com carga horária cheia no seu ambiente laboral regular) em determinados contextos dificulta as possibilidades de mais idas a campo na busca dos sujeitos de não se conseguiu nas idas anteriores. Trata-se, aqui, apenas do reconhecimento de uma dificuldade ocorrida neste percurso de pesquisa, o que não significa que sempre seja assim em outros contextos.

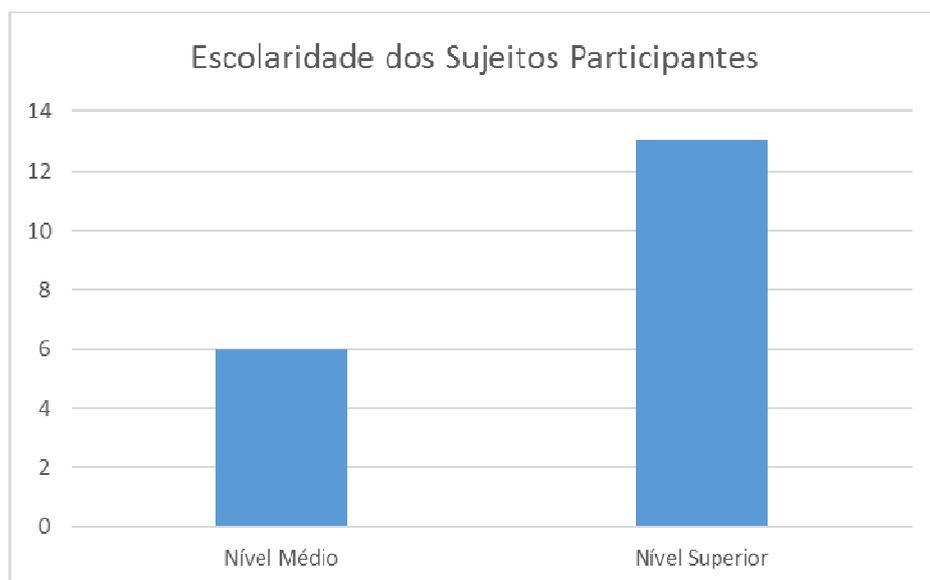
Neste sentido, esta pesquisa reconhece algumas limitações por não ter conseguido colher as percepções dos profissionais do NASF de Fortaleza, uma vez que a participação destes não foi possível pelos motivos acima expostos nas unidades de saúde supracitadas. Ao mesmo tempo em que há o reconhecimento da potência das contribuições para o estudo do objeto fornecido pelos profissionais do NASF do município de Iguatu, sempre guardando as devidas proporções a respeito de cada contexto.

Na distribuição geral de entrevistados, tentou-se manter um equilíbrio de convites com a intenção de permitir a maior diversidade possível de categorias profissionais nas contribuições a respeito do objeto deste estudo.

No apanhado geral de sujeitos, houve a participação de 19 profissionais, distribuídos da seguinte maneira: em Fortaleza – 01 enfermeira, 02 médicos, 02 dentistas, 01 agente comunitário de saúde. Em Iguatu – 04 enfermeiras, 01 médica, 01 fisioterapeuta, 01 nutricionista, 05 agentes de saúde e 01 psicóloga.

Segue abaixo breve demonstrativo gráfico do perfil de escolaridade e da distribuição por categoria profissional os sujeitos participantes.

Gráfico 7 – Perfil de escolaridade dos Sujeitos Participantes



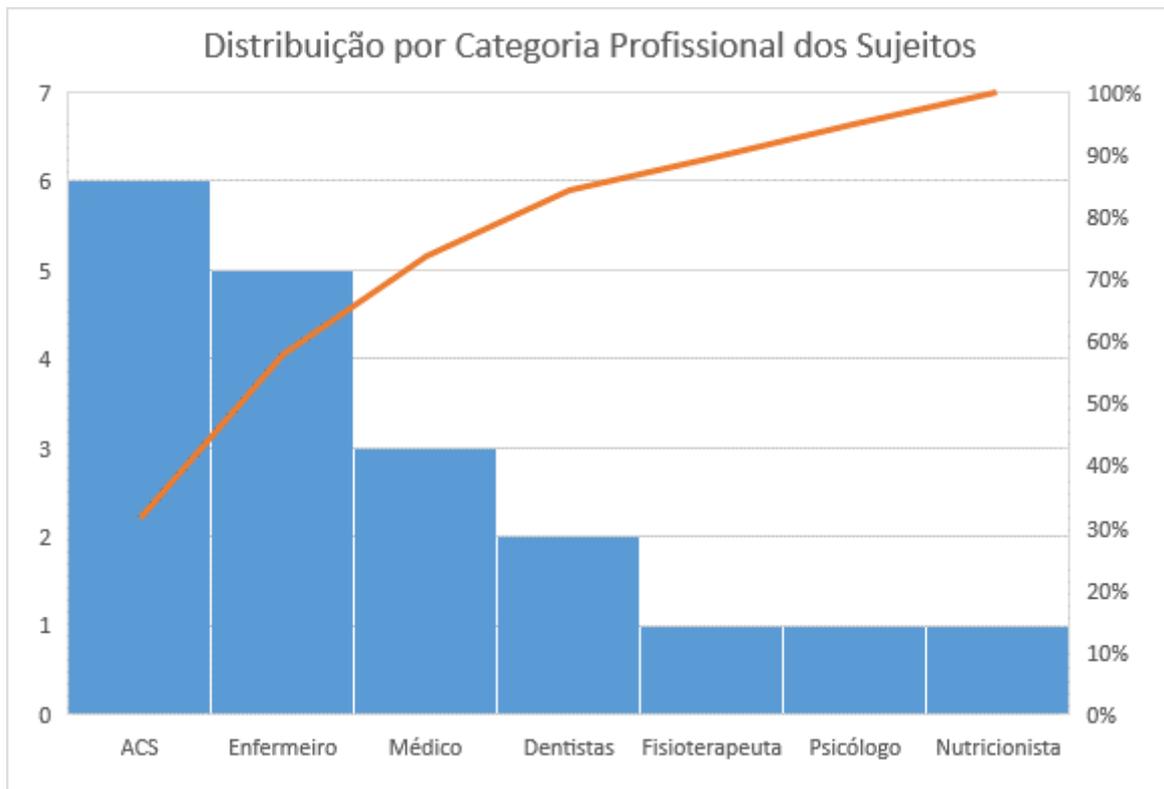
Fonte: Elaboração dos Autores (2016)

A parcela de maior participação e adesão a pesquisa por parte de uma categoria se deu por parte dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), neste gráfico acima representando os trabalhadores de nível médio de escolaridade. É importante que se destaque neste espaço que os ACS queriam falar e se voluntariavam para conversa sobre o assunto e, do ponto de vista qualitativo, mostraram-se o grupo de profissionais mais motivados a conversar sobre o tema. No gráfico, a barra relativa ao nível superior é composta por todas as demais profissões que exigem graduação para o exercício e que participaram da pesquisa, a saber: Enfermagem, Fisioterapia, Medicina, Nutrição e Psicologia.

Importante frisar ao leitor um dado preliminar a respeito dos sujeitos desta pesquisa: uma quantidade expressiva de profissionais de nível superior entrevistados (60%) já era pós-graduada (especialização, residência ou aperfeiçoamento), sendo a modalidade especialização a mais recorrente. Entre os profissionais Agentes Comunitários de Saúde (possuem por exigência de formação para o cargo o nível médio completo), quase todos já havia concluído ou estavam em vias de concluir Curso Técnico de Agentes Comunitários de Saúde.

A respeito da distribuição dos profissionais por categoria profissional que participaram da pesquisa tem-se o seguinte demonstrativo:

Gráfico 8 – Distribuição por Categoria Profissional dos Sujeitos Participantes



Fonte: Elaboração dos Autores (2016)

A enfermagem aparece enquanto segunda categoria com maior participação na pesquisa e também demonstrava interesse em conversar sobre as questões do cotidiano envolvendo a saúde mental e a atenção primária. Duas categorias surpreenderam os conceitos prévios do pesquisador a respeito do interesse ativo em participar da pesquisa: Medicina e Odontologia. Na realização de pesquisas anteriores, o autor não conseguia que os profissionais destas duas categorias acima mencionadas aceitassem participar de entrevistas sobre o seu fazer. Porém, nesta oportunidade, os profissionais demonstraram-se interessados e mobilizados para conversar e contribuir com as pesquisas. As demais categorias também forneceram relevantes informações que permitiram a construção de um dos capítulos dessa dissertação que virá posteriormente: Contribuições e Sugestões aos Profissionais da Atenção Primária.

A escolha de concentrar esforços na investigação das práticas de cuidado dos profissionais se justificou pelo fato de estes serem sujeitos estratégicos para compreensão de possíveis problemas, bem como para o fortalecimento de práticas exitosas em desenvolvimento de cuidado para com as demandas de saúde mental que são percebidas no

cotidiano dos serviços de saúde.

## 2.7 Coleta de dados

A coleta de dados foi feita por meio de 11 entrevistas semiestruturadas individuais e 02 entrevistas semiestruturadas coletivas. O tempo médio de cada entrevista esteve por volta de 17 minutos. As Entrevistas mais longas tiveram por volta de 30 minutos de duração. Totalizando assim um tempo médio de 3 horas de gravação. Para realizar as entrevistas, usou-se um roteiro de entrevistas<sup>13</sup> contendo perguntas orientadoras para que o pesquisador obtivesse o máximo de informações pertinentes durante a entrevista. Importante destacar que algumas entrevistas foram realizadas coletivamente a pedido dos profissionais por se sentirem mais seguros em assim proceder para falar do seu cotidiano de trabalho.

A mudança no percurso de algumas entrevistas se fez salutar para que não se fossem perdidas entrevistas de sujeitos que não se enquadrariam os pressupostos originais desenhados para busca de informações no campo. O pesquisador, ao propões o método de entrevistas individuais para esta pesquisa por acreditar que esta proposta garante, na maioria das situações conhecidas, a intimidade dos sujeitos participantes, bem como o pesquisador possui familiaridade com esta forma de entrevistar.

Ao se deparar com o pedido de alguns profissionais para que fosse feita uma entrevista coletiva, de pronto o pesquisador aceitou e acordou algumas posturas entre os membros participantes, entre elas a de falar apenas uma pessoa por vez. A colaboração de todos e todas com este acordo inicial permitiu que se tivesse uma entrevista fluida e sem sobreposições de fala. Nestes termos, o pesquisador entende que a pesquisa qualitativa permite essa liberdade de mudança de trajeto, desde que feita em coerência com os fundamentos da pesquisa, em comum acordo com o campo e de forma legítima, uma vez que tal demanda partiu dos sujeitos pesquisados.

A respeito da proposta de se fazer entrevistas semiestruturadas, é importante refletir que o caráter semiestruturado da entrevista permitiu maior fluidez durante a conversa, bem

---

<sup>13</sup> Roteiro de Entrevistas contido no Apêndice B

como permitiu que o pesquisador pudesse aprofundar questões suscitadas pelos sujeitos entrevistados que não estavam previstas no roteiro inicial.

Na Entrevista, as relações formadas nessas questões servem ao propósito de tornar mais explícito o conhecimento implícito do entrevistado. As suposições nessas questões são planejadas como algo oferecido ao entrevistado, podendo este adotar ou recusar, conforme eles corresponderem ou não a suas teorias subjetivas. (FLICK, 2008. p 149).

Em boa parte das entrevistas realizadas, surgiram questões e informações não pensadas previamente que iam sendo acrescidas pelos entrevistados e eis uma razão da riqueza do método qualitativo diante do inesperado. Exige uma capacidade de reinvenção do pesquisador, ao mesmo tempo atenção aos pressupostos do método para que qualquer iniciativa de adaptação exigida pelo campo perca coerência com os objetivos do trabalho a ser seguido.

### 2.7.1 O Roteiro de Entrevistas

Relevante se faz uma breve reflexão sobre o roteiro de entrevistas utilizado, submetido a qualificação de banca de mestrado e submetido a teste piloto com dois profissionais (um de nível médio e outro de nível superior).

As dez perguntas do roteiro foram desdobradas em razão dos objetivos geral e específicos desta pesquisa. Além desta inspiração, o roteiro continha perguntas sobre temas discutidos na literatura e na legislação pertinente cujo levantamento prévio já foi mencionado em seções anteriores desta produção. Este conjunto de marcadores ajudou ao pesquisador na condução das entrevistas na busca do diálogo sobre temas de interesse desta pesquisa, bem como na busca de elementos não ditos no conteúdo verbalizado pelos entrevistados. Segue uma breve análise do roteiro com vistas à clarificar a percepção do leitor sobre cada pergunta feita.

Tabela 10 – Matriz Analítica do Roteiro de Entrevistas

<b>Matriz Analítica do Roteiro de Entrevista</b>
<b>Objetivo Geral:</b> compreender as práticas de cuidado desenvolvidas pelos profissionais na

Estratégia Saúde da Família (ESF) no estado do Ceará para com as demandas de saúde mental existentes nos territórios de responsabilidade das equipes.

01. Fale um pouco sobre tua formação acadêmica e um pouco do teu percurso profissional até chegar neste serviço.

**Objetivo específico que pretende contribuir:** *Sistematizar as práticas de cuidado desenvolvidas pelos profissionais na ESF para com as demandas de saúde mental existentes nos territórios adscritos pelas equipes em um contexto de capital e em um contexto de interior do estado;*

**Fundamentação:** saber do percurso acadêmico, das estratégias de formação e de trajetória profissional é de suma importância para solicitar ao sujeito participante que se situe no tempo e no espaço a respeito de sua caminhada de experiências significativas. Busca-se saber as origens da formação das práticas ou não de cuidado na vida profissional.

02. Como é sua rotina de trabalho regular nesta unidade de saúde?

**Objetivo específico que pretende contribuir:** *Construir síntese analítica com possíveis avanços, retrocessos e desafios da articulação do cuidado para com as demandas de saúde mental nos territórios.*

**Fundamentação:** Saber do processo de trabalho é relevante para saber em que nível de reflexão os sujeitos estão a respeito do que fazem, das possibilidades de seu fazer, das cobranças institucionais e produtivas do seu fazer e se existe alguma menção ao cuidado em saúde mental no fazer cotidiano dos profissionais. (FRANCO, 2003)

03. Quantos e como estão organizados os territórios de responsabilidade de sua equipe?

**Objetivo específico que pretende contribuir:** *Construir síntese analítica com possíveis avanços, retrocessos e desafios da articulação do cuidado para com as demandas de saúde mental nos territórios.*

**Fundamentação:** conhecer os territórios de trabalho das equipes é um indicador de compreensão se os profissionais conhecem a sua demanda, se sua demanda contempla público de saúde mental e se há conhecimento de rede de apoio no território. (MENDES, 2012)

04. Qual o perfil de saúde da população atendida e quais as demandas que mais chegam no serviço ou quais as demandas que são percebidas pela equipe?

**Objetivo específico que pretende contribuir:** *Construir síntese analítica com possíveis avanços, retrocessos e desafios da articulação do cuidado para com as demandas de saúde mental nos territórios.*

**Fundamentação:** conhecer o perfil de saúde dos usuários permite ao pesquisador verificar o interesse do profissional entrevistado sobre o estado de sua população, verificar se existem iniciativas de vigilância na equipe e percepção rudimentar sobre demandas de saúde mental no cotidiano na Atenção Primária.

05. Você já se deparou com um caso ou demanda que você considera ser de saúde mental em sua rotina?

**Objetivo específico que pretende contribuir:** *Sistematizar as práticas de cuidado desenvolvidas pelos profissionais na ESF para com as demandas de saúde mental existentes nos territórios adscritos pelas equipes em um contexto de capital e em um contexto de interior do estado*

**Fundamentação:** identificar os critérios de avaliação dos profissionais sobre demandas de saúde mental. Este pode ser um indicador de visibilidade ou invisibilidade dos casos no território.

06. Se sim, como é que se apresenta (o que caracteriza) uma demanda de saúde mental para você?

**Objetivo específico que pretende contribuir:** *Sistematizar as práticas de cuidado desenvolvidas pelos profissionais na ESF para com as demandas de saúde mental existentes nos territórios adscritos pelas equipes em um contexto de capital e em um contexto de interior do estado*

**Fundamentação:** pergunta condicionada com objetivo de aprofundamento da questão anterior.

07. Caso nunca tenha chegado nenhuma demanda de saúde mental, por que você acredita que estas demandas não chegam ao conhecimento da sua equipe?

**Objetivo específico que pretende contribuir:** *Sistematizar as práticas de cuidado desenvolvidas pelos profissionais na ESF para com as demandas de saúde mental existentes nos territórios adscritos pelas equipes em um contexto de capital e em um contexto de interior do estado*

**Fundamentação:** pergunta com objetivo de aprofundar a reflexão sobre a invisibilidade de casos e a relação com as práticas de cuidado sobre a temática

08. Você e sua equipe se sentem preparados para lidar com demandas de saúde mental nos territórios?

**Objetivo específico que pretende contribuir:** *Sistematizar as práticas de cuidado desenvolvidas pelos profissionais na ESF para com as demandas de saúde mental existentes nos territórios adscritos pelas equipes em um contexto de capital e em um contexto de interior do estado*

**Fundamentação:** pergunta com objetivo de compreender estigmas em saúde mental, ou práticas que estejam sendo desenvolvidas com alguma dificuldade ou desenvoltura

09. Quais as ações desenvolvidas por você e por sua equipe para manejar casos de saúde mental?

**Objetivo específico que pretende contribuir:** *Construir síntese analítica com possíveis avanços, retrocessos e desafios da articulação do cuidado para com as demandas de saúde mental nos territórios.*

**Fundamentação:** compreender as ações desenvolvidas para organizar em uma síntese comparativa e analítica sobre as práticas de cuidado existentes e as que deveriam existir

segundo a legislação em vigência e literatura especializada.

10. O que você acredita que pode ser feito para cuidar de usuários com demandas de saúde mental e suas famílias?

**Objetivo específico que pretende contribuir:** *Construir síntese analítica com possíveis avanços, retrocessos e desafios da articulação do cuidado para com as demandas de saúde mental nos territórios.*

**Fundamentação:** compreender o caráter propositivo das equipes de práticas, posturas e desejos de cuidado em saúde mental para com os usuários e suas famílias.

Fonte: elaboração própria dos autores deste trabalho (2016)

Esta estruturação do roteiro permitiu que o pesquisador dispusesse de temas centrais para a coleta de dados e, aos mesmo tempo, permitiu que possíveis novos temas emergissem do contato com o campo.

### 2.7.2 Procedimentos de Tratamento de Dados

Todas as entrevistas foram gravadas em gravadores específicos que convertiam os formatos finais dos áudios para (.mp3) e (.amr). De posse dos áudios gravados na íntegra, os arquivos foram ordenados por data de gravação, bem como cada entrevista recebeu um código inicial para facilitar os trabalhos de retorno ao material de áudio.

Todas as entrevistas foram transcritas na íntegra e novamente receberam códigos de identificação, contendo detalhamentos de data, duração, local e sujeitos envolvidos. Houve padronização das transcrições e pouquíssimos trechos ficaram prejudicados na transcrição em virtude de má qualidade dos áudios gravados ou ruídos dos ambientes de entrevistas.

Após as transcrições, realizados pelo próprio autor e por colaboradores terceirizados para este fim, o material foi revisado pelo autor com vistas a adequação de possíveis erros de interpretação das falas contidas nos áudios. Feito este procedimento, todas as entrevistas passaram pelos processos relativos ao Método da Análise de Conteúdo de Bandin (1977) sobre o qual serão apresentados mais detalhes nas seções a seguir.

## 2.8 A Análise de Conteúdo

Na análise de dados, foi utilizado o referencial da Análise de Conteúdo de Bandin (1977). A escolha deste referencial de análise permitiu a construção de critérios para categorização e subcategorização dos conteúdos oriundos das entrevistas e documentos analisados. Em substância, a Análise de Conteúdo de Bardin (1977) se configura como:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens. (p 35).

A Análise de Conteúdo é um método complexo que parte de um esforço de compreensão de características, estruturas e modelos que podem existir entre os fragmentos e falas, documentos e imagens de diversas formas de comunicação (GODOY, 1995b apud CÂMARA, 2013).

O método da Análise de Conteúdo pode ser utilizado de diversas formas para qualificar a construção de categorias e subcategorias. Em uma perspectiva quantitativa, a análise de frequência da aparição das palavras pode ser um caminho para se evidenciar o conteúdo explícito de um texto ou de uma fala. Outra perspectiva consiste e utilizar a Análise de Conteúdo para propósitos de pesquisa qualitativa, permitindo uma maior plasticidade dos procedimentos do método, sendo mantidos os passos de validação e rigor. Moraes (1999) chama atenção para as seguintes características da Análise de Conteúdo:

Mesmo tendo sido uma fase de grande produtividade aquela em que esteve orientada pelo paradigma positivista, valorizando sobretudo a objetividade e a quantificação, esta metodologia de análise de dados está atingindo novas e mais desafiadoras possibilidades na medida em que se integra cada vez mais na exploração qualitativa de mensagens e informações. Neste sentido, ainda que eventualmente não com a denominação de análise de conteúdo, se insinua em trabalhos de natureza dialética, fenomenológica e etnográfica, além de outras (p 02)

Importante deixar claro que a Análise de Conteúdo é uma proposta de método que também exige posicionamento do pesquisador frente aos dados. Bardin (1977) afirma, por exemplo, que mesmo a Análise de Conteúdo aplicada aos documentos, é um procedimento de envolver o pesquisador, pois haverá o tratamento de o material bruto para um material sistematizado e analisado. Ou seja, os passos de rigor para categorizar exigirão um posicionarse epistemológico do pesquisador na interpretação e leitura dos dados.

Dentre as diversas formas de se conceber a Análise de Conteúdo, esta pesquisa está identificada com a proposta de análise temática dos dados coletados em campo. Como desdobramento desta escolha, o método empregado objetivou a análise das mensagens propriamente ditas, os valores das informações contidas ou a ausência de informações das falas das entrevistas e dos documentos analisados. Busca-se, assim, as palavras e expressões, presentes e ausentes, os argumentos e as principais ideias ali expressas ou escondidas (MORAES, 1999).

A Análise de Conteúdo possui as seguintes etapas centrais, cujas as etapas intermediárias serão desdobradas mais a seguir:

Figura 5 – Etapas da Análise de Conteúdo



Fonte: Bardin (1977) apud Câmara (2013)

Na fase de Pré-Análise, é realizado um trabalho muito cansativo e organização do material a ser explorado posteriormente. Nesta etapa preparatória, os materiais das entrevistas

e os documentos devem ser organizados por semelhança temática ou de ideias obtidas na primeira leitura flutuante dos textos (Bardin, 1977). Esta leitura é fundamental para que o pesquisador faça escolhas sobre o que de fato faz sentido ser transformado em *corpus* (corpo de análise).

Na segunda etapa, Exploração do Material, constitui-se também uma tarefa desta etapa a codificação dos dados. Na codificação feita nesta pesquisa foram utilizados marcadores de tipo de profissão do entrevistado, temas de relevância aparecidos, ausências principais e novos conteúdos não previstos. Estas foram as escolhas de classificação e agregação de sentido.

Ainda fase supracitada, foram estabelecidas as unidades de contexto. Esta etapa é de extrema importância, pois precede a categorização em definitivo do *corpus* dos dados. A esse respeito, Moraes (1999) alerta:

Uma vez identificadas e codificadas todas as unidades de análise, o analista de conteúdo estará pronto para envolver-se com a categorização. Na verdade, seguidamente, especialmente se a quantidade de materiais a serem investigados é grande, recomenda-se realizar o trabalho de unitarização inicialmente apenas com uma parte do material. Daí faz-se um primeiro esforço de categorização, retornando depois à unitarização para completar o trabalho. Isto é especialmente verdadeiro quando as categorias são definidas a partir do material em exame e quando o próprio conceito de unidade de análise é construído a partir do conteúdo investigado. (p 06)

No caso específico desta pesquisa, com volume médio de dados, foi necessário fazer alguns retornos ao trabalho de unitarização e codificação que sempre envolve perdas de alguns sentidos. Estes sentidos podem ser retomados da fase de interpretação, quando são inseridos novos elementos, inclusive a crítica do pesquisador sobre o que os dados demonstram.

Para realizar a última etapa da Análise de Conteúdo concernente à Exploração de Material, seguindo para a categorização propriamente dita, faz-se necessário atender aos princípios da categorização. São estes dos princípios: *Exclusão Mútua* (cada elemento deve estar em apenas uma categoria); *Homogeneidade* (os elementos de mesma categoria devem

ter semelhanças fortes); *Pertinência* (as categorias devem estar conectadas com as intenções do pesquisador, objetivos da pesquisa e aos resultados trazidos pelos dados); *Objetividade e Fidelidade* (as categorias devem ser o mais objetivas e coerentes possíveis) e *Produtividade* (as categorias serão produzidas em função dos elementos possíveis dos dados obtidos). (Câmara, 2013).

Para realizar a etapa de interpretação dos dados, o pesquisador se valeu os aportes teóricos do Materialismo Histórico Dialético. Faz-se necessário que a interpretação dos dados ocorra à luz de um arcabouço teórico do qual o autor se identifique e que forneça elementos conceituais para desdobrar a compreensão dos dados em uma perspectiva que permita ir além do conteúdo manifesto.

Utilizou-se também para finalidade de montagem da apresentação dos resultados, duas ferramentas de criação de nuvens de palavras (Word Cloud). A ideia e montar nuvens de palavras após o refinamento dos dados objetivou encontrar uma forma mais didática e agradável visualmente de apresentar os conteúdos relevantes das categorias elaboradas. Sem nenhum demérito à forma de apresentação por tabelas, contudo, a depender do número de frases e palavras, esta forma pode se tornar exaustiva e pouco ilustrativa para a leitura. Neste sentido, cabe a seguinte reflexão sobre o uso destas ferramentas de apresentação de dados nas pesquisas qualitativas:

Em seu clássico artigo “What is Visualization”, Lev Manovich explica que visualização de dados, historicamente, sempre envolveu a redução. Ao invés de mostrarmos uma lista com cinco mil respostas a uma survey, transformamos essa lista em um gráfico como um histograma, mostrando a distribuição das respostas. Ou seja, uma redução. Esta redução envolve transformar um dado em outro formato visual: o volume de respostas a cada pergunta, por exemplo, se é traduzido/reduzido em tamanho de colunas. (SILVA, 2013)

A primeira ferramenta utilizada para os fins que se mencionou acima se chama-se WordCounter<sup>14</sup>. Esta ferramenta faz a contagem das palavras submetidas enquanto texto e final e fornece um panorama das palavras e expressões mais mencionadas no texto. A

---

<sup>14</sup> Ferramenta gratuita disponível no idioma inglês no website: <http://www.wordcounter.com/>

utilização deste programa online permite que o autor elimine da nuvem de palavras as palavras conectivas (ex: “que”, “para”) que se repetem nas falas e em textos formais e, que na verdade, não trazem informações relevantes sobre o contexto e o sentido para apresentação de dados.

A segunda ferramenta utilizada, após a eliminação das palavras conectivas e permanência das palavras chave de sentido para discussão, foi gerado uma imagem para cada macro categoria por meio do Voyant Cirrus<sup>15</sup>. Cada imagem foi exibida na abertura da discussão de cada categoria temática de forma a facilitar ao leitor uma compreensão daquilo que foi mais significativo tanto pela frequência do que apareceu quanto pela edição do autor para evidenciar questões neste sentido quanto ao objeto e os achados desta pesquisa.

Os principais conceitos, análises e debates a respeito do diálogo dos dados produzidos com o Materialismo Histórico Dialético serão explicitados nas seções Resultados e Discussão dos Resultados. Na seção Referencial Teórico, o leitor encontrará os principais conceitos da teoria acima referida, bem como encontrará mais conceitos relevantes para o entendimento dos produtos desta dissertação.

## **2.9 O Diário de Campo**

No percurso de feitura desta pesquisa, o autor sentiu a necessidade do uso do diário de campo. Esta necessidade surgiu em função de diversas angústias vividas no processo de idas e vindas do campo. Havia dezenas de informações sobre o contexto que dificilmente surgiriam nas entrevistas. Neste sentido, sistematizar a observação do campo era um imperativo para manutenção de uma coerência de análise de dados que não poderia ser reducionista. O fazer do diário de campo também permitiu ao autor organizar alguns sentimentos a respeito do campo, por meio do relato das percepções, contradições e construções de discursos nos ambientes. A respeito da proposta de uso do diário de campo seguem algumas reflexões:

[...], o diário tem sido empregado como modo de apresentação, descrição e ordenação das vivências e narrativas dos sujeitos do estudo e como um esforço para compreendê-las. [...]. O diário também é utilizado para retratar os procedimentos de análise do material empírico, as reflexões dos

---

<sup>15</sup> Ferramenta gratuita disponível no idioma inglês no website: <http://voyant-tools.org/tool/Cirrus/>

pesquisadores e as decisões na condução da pesquisa; portanto ele evidencia os acontecimentos em pesquisa do delineamento inicial de cada estudo ao seu término. (ARAÚJO *et al.*, 2013 apud OLIVEIRA, 2014 p 73).

O diário de campo enquanto proposta e ferramenta, de forma majoritária, advém da tradição de pesquisa de caráter etnográfico, bastante vinculada a prática de pesquisa na Antropologia e em Ciências Sociais em geral. Embora esta pesquisa não seja diretamente ligada à Etnografia enquanto fazer metodológico, o autor lançou mão do diário de campo por entender que tal ferramenta traria boas contribuições para fins de ampliação da riqueza de compreensão do cuidado em saúde mental na atenção primária, objeto deste trabalho. Muitas impressões do autor que estão presentes no texto pertencem às anotações do diário de campo, pois este instrumento permitiu organizar ideias e sentimentos a respeito do tema dentro do processo de pesquisar.

## **2.10 Aspectos Éticos**

É de fundamental importância destacar que toda a tratativa desta dissertação seguiu as normativas em vigência<sup>16</sup> de pesquisa com seres humanos regulamentada pelos comitês de ética pertinentes das instituições envolvidas (CAAE 49552915.0.0000.5054 – aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará), bem como todos os sujeitos que participaram da pesquisa foram voluntários e não receberam qualquer remuneração ou benefício material de qualquer espécie para colaborar com a pesquisa. Todos foram informados sobre os objetivos e metodologias da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)<sup>17</sup>. Todos os sujeitos eram maiores de dezoito (18) anos. Nenhuma entrevista ou método de coleta foi realizado com os sujeitos pesquisados que estivessem em situação de debilidade de saúde severa ou em situações de fragilidade, bem como os voluntários não foram expostos à situação de constrangimento durante a pesquisa ou durante os contatos prévios, tendo sido possível a desistência em qualquer momento.

Importante notar que esta pesquisa foi executada inteiramente com recursos oriundos do pesquisador. Esta pesquisa não recebeu financiamento direto ou indireto de órgãos governamentais ou órgãos privados.

---

<sup>16</sup> RESOLUÇÃO Nº 466 do CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012 e normativas complementares.

<sup>17</sup> Modelo de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) no Apêndice A.

### **2.11 Devolutiva ao Campo de Pesquisa**

Esta dissertação terá seus resultados e os produtos de sua feitura organizados de forma que seja possível uma devolutiva a todas as unidades de saúde contempladas. Caso seja do interesse dos gestores, também será feita devolutiva dos dados. A proposta de devolutiva é que ocorra com a metodologia de roda de conversas para facilitar o debate. Este é um compromisso político e ético para com os trabalhadores que contribuíram para a construção do conhecimento presente neste texto.

### 3. REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1 Atenção Primária à Saúde

Os marcos lógicos e teórico-conceituais aqui tratados versam sobre normativas oficiais a respeito da temática de fronteira entre a Atenção Primária à Saúde (APS) e a Saúde Mental (SM), bem como estudos científicos que podem contribuir para a ampliação da compreensão sobre as práticas de cuidado em saúde mental na Atenção Primária à Saúde nos territórios.

O debate a respeito da Atenção Primária a Saúde (APS) é um dos pilares de sustentação desta dissertação. A respeito deste tema, se faz relevante destacar alguns marcadores históricos sobre a concepção e evolução da APS enquanto proposta de ordenamento sanitário.

Historicamente, o surgimento embrionário da APS está ligado a diversos fatores e influências. Um destes fatores de desdobramento do entendimento que a atenção primária estava a ganhar força foi defendido por Matta e Morosini (2009) no sentido de que o Relatório Dawson<sup>18</sup> lançou as bases fundamentais para que o pensamento em saúde do ocidente se desse conta que era necessário pensar um novo modelo de atenção com foco em serviços comunitários. Dawson pensou um sistema de saúde desta natureza em função de diversos fatores: redução de custos, eficiência e necessidade de reorientação do modelo de atenção. Além das necessidades estruturais, Dawson alertava em seu relatório que era fundamental haver integração das ideias de forma a permitir o sucesso das iniciativas de integração:

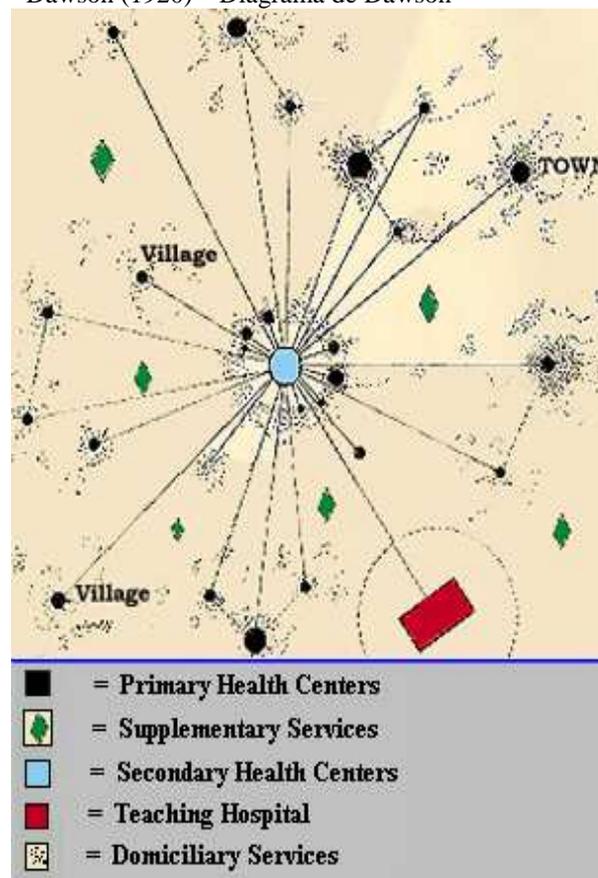
Todos os serviços – tanto curativos como preventivos – estariam intimamente coordenados sob uma única autoridade de saúde para cada área. É indispensável a unidade de ideias e propósitos, assim como a comunicação completa e recíproca entre os hospitais, os centros de saúde secundários e primários e os serviços domiciliares, independentemente de que os centros estejam situados no campo ou na cidade (DAWSON, 1920 apud KUSCHNIR, 2015. p 10)

---

<sup>18</sup> Lord Bertrand Edward Dawson (1864-1945), médico responsável por estruturar, a pedido do Governo Britânico, os serviços de emergência da Inglaterra na I Guerra Mundial. Este modelo de serviços serviu de base para elaborar uma proposta de atenção à saúde que serviria que influenciaria vários sistemas nacionais de saúde e também o que conhecemos hoje como Atenção Primária. O Consolidado destas propostas estão no Relatório Dawson (1920).

O Relatório Dawson também trouxe em termos de proposição dos seguintes conceitos: *Território, População Adscritas, Porta de Entrada, Vínculo/Acolhimento, Referência e Atenção Primária como coordenadora do cuidado*. Ou seja, os conceitos centrais do que veio a se consolidar enquanto campo de discussão da Atenção Primária à Saúde aplicada aos sistemas nacionais surgiram com as ideias e pesquisas do sanitarista britânico em certa medida. Outra formulação de Dawson, consiste no conceito de rede e regionalização dos serviços. Ao defender a estruturação regional de serviços de acordo com a necessidade das localidades e da complexidade do tipo de serviços, Dawson pode ser assim considerado como um dos “pais” do conceito de Rede. A figura abaixo mostra uma proposta de rede do relatório britânico:

Figura 6 – Proposta de Rede em Saúde do Relatório Dawson (1920) – Diagrama de Dawson



Fonte: (KUSCHNIR, 2015)

O Relatório Dawson encontra-se historicamente em contraponto ao Modelo Flexner<sup>19</sup>

<sup>19</sup> Abraham Flexner (1866-1959), médico estadunidense realizador de ampla pesquisa em cursos de Medicina nos Estados Unidos e no Canadá, publicando seus achados no Relatório Flexner em 1910. O Relatório Flexner

de estruturação da formação e da organização dos serviços de saúde. Durante o Século XX, na formação de diversos sistemas de saúde, os debates sempre transitaram na adesão a um dos dois modelos acima citados. Eles representam, cada um ao seu modo, duas visões polarizadas e ideologicamente diferentes de se pensar saúde e os serviços prestados à população, além de haver divergências sobre a concepção de conhecimento e formação de trabalhadores para o campo da saúde.

Com a crise ou colapso de diversos sistemas de saúde na Europa, na América Latina e em outras regiões geopolíticas do mundo, tornou-se pauta premente nas décadas de 1950, 1960 e 1970 a revisão dos modelos de saúde em diversos países. No cenário do pós II Guerra Mundial, a Organização das Nações Unidas (ONU), por meio de seus órgãos correlatos, a saber, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) passaram a pautar o debate sobre a reformulação de sistemas e modelos de saúde.

Neste cenário histórico de acúmulos, é realizada a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde (Conferência de Alma-Ata<sup>20</sup>) em 1978. O resultado desta conferência consistiu na elaboração do documento que embasou o Programa Saúde para Todos no ano 2000. As propostas deste programa buscavam deslocar a centralidade dos hospitais dos cuidados, bem como se defendia a busca de uma aproximação das comunidades para estruturação dos serviços de saúde. Assim descreve o Relatório da Conferência a respeito do que seria a APS:

O primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde as pessoas vivem e trabalham e, constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (OMS & UNICEF, 1978 apud MACHADO et al, 2014. p 31)

Como desdobramento de Alma-Ata, saíram dois entendimentos básicos sobre como implementar a APS. Um dos entendimentos consiste em estruturar a atenção por meio de blocos de problemas a serem enfrentados, a exemplo de melhorias no aleitamento materno de

---

defendia que os modelos de atenção à saúde fossem centralizados no conhecimento especializado, como foco na atenção individual e curativa (Rodrigues e Santos, 2011)

<sup>20</sup> Alma Ata: cidade na República do Cazaquistão, uma das nações da ex União das Repúblicas Socialistas Soviéticas – URSS)

crianças pobres. Este tipo de APS ficou conhecida como APS seletiva ou focalizada. Esta proposta possuía alto impacto nos indicadores de saúde e, de certa maneira, o Programa Saúde da Família (PSF) no Brasil surgiu com este desenho: respostas focalizadas para demandas urgentes. (MACHADO et al, 2014)

A APS Seletiva tem seu valor em determinados contextos, mas esta iniciativa se afasta do conceito primordial de APS defendida pelo acúmulo sanitário oriundo da Conferência de Alma-Ata. Este citado acúmulo aponta para a construção de uma APS Abrangente e centrada nas necessidades de saúde da população de cada território. Ou seja, mesmo que haja diretrizes gerais na organização dos sistemas de saúde, cada região, cada território terá seu desenho de serviços e de rede adequado a realidade social e de saúde daquela localidade. Desta maneira, a meta de aumento do número aleitamento materno exclusivo pode ser uma meta para um determinado local, mas não ser para outro. Fazer APS Abrangente exige das autoridades sanitárias disponibilidade para articulação de rede, serviços centrados no usuário e que respondam às necessidades mais frequentes de saúde da cada população (GIOVANELLA et al, 2009 apud MACHADO et al, 2014).

Em certa medida, a APS Abrangente obedece a alguns conceitos centrais e que remetem a um entendimento ampliado de concepção de saúde, intimamente conectado com a visão de que o processo saúde-doença não é um constructo eminentemente biológico. Há que se considerar os fatores sociais e contextuais da população para que se faça uma intervenção eficiente. Segue abaixo um demonstrativo dos principais compromissos teóricos da APS Abrangente e da qual esta dissertação se alinha epistemologicamente:

Tabela 11 – Conceitos que Norteiam o enfoque da atenção primária à saúde.

Conceitos	Principais Características
Territorialização	Requer o reconhecimento dos problemas de saúde das comunidades, bem como a formulação de um conjunto de serviços ao qual a população esteja vinculada. Além disso, incorpora o entendimento de que o território, ademais de ser um recorte geopolítico, é um espaço de construção de modelos de existência.

Intersetorialidade	O sistema de saúde deve trabalhar com setores e atores diferentes, para impactar os determinantes da saúde, e desse modo contribuir para que as atividades possam efetivar seu potencial de promover equidade.
Abrangência/Integralidade	Atenção abrangente e integrada significa que a variedade dos serviços disponíveis deve ser suficiente em quantidade e qualidade para atender às necessidades da população. Pressupõe uma rede com serviços nos diversos níveis de atenção.
Multidisciplinaridade	Baseia-se na compreensão de que o saber médico tem limites para promover saúde. Cria espaço para que os profissionais de nível superior e técnico componham a equipe de saúde em uma perspectiva de trabalho integrado. Entende que a efetivação de um enfoque que atue no território deveria incorporar profissionais com capacidade de mobilização social e de realização de ações de educação em saúde.
Coordenação	A adoção da APS como enfoque privilegiado implica exercer a coordenação do sistema a partir deste nível. A abordagem integrada e coordenada envolve referência e contrarreferência por todos os níveis do sistema de saúde, algumas vezes, a outros serviços sociais.
Continuidade	Requer uma existência de uma fonte de atenção que não sofre interrupções, tem coerência e permite sua utilização ao longo do tempo. Proporciona vínculo entre a população e sua fonte de atenção, o que se reflete em relações interpessoais. A continuidade pode estar relacionada ao mesmo médico (ou profissional da saúde) ou ao mesmo serviço.
Porta de Entrada	Significa que a atenção primária deve servir de principal ponto de entrada ao sistema de serviços sociais e de saúde para todos os novos problemas de saúde e deve ser o local em que se resolve a maior parte deles. Estima-se que 80% dos problemas de saúde da população possam ser resolvidos no nível primário da atenção.

Fonte: Adaptado de Machado et al (2014)

Na construção da proposta de Estratégia Saúde da Família no Brasil, o governo

assumiu para si o compromisso de implementação de uma proposta em consonância com os princípios acima referidos de APS. Vale lembrar que na Carta Magna de 1988, alguns conceitos da APS foram incorporados ao texto constitucional nas seções que tratam dos assuntos da saúde. Neste sentido, o Brasil é signatário, por via indireta, do entendimento de APS Abrangente na sua Constituição, bem como assume este posicionamento de forma explícitas na Lei 8080/90 (Lei Orgânica da Saúde –LOAS) e nas normativas complementares.

O Entendimento de Alma-Ata apontou para o fortalecimento de sistemas de saúde organizados sobre a lógica da APS para a melhoria dos indicadores de saúde e aproximação de uma construção em saúde de base territorial e comunitária. Os estudos de Starfield (1998) publicados no livro “*Primary Care: balancing Health Needs, Services and Technology*” são contundentes no reforço deste consenso sanitário.

### **3.2 A Estratégia Saúde da Família**

Como desdobramento do debate acima explicitado é fundamental que o leitor saiba que uma opção teórico-conceitual importante dentro do universo de possibilidades de modelos de atenção em Atenção Primária à Saúde (APS), este projeto defende a lógica dos processos de trabalho vinculados à Estratégia Saúde da Família (ESF). Esta opção política deriva do fato de que a ESF tem sido o modelo de APS em expansão no Brasil desde a década de 1990, bem como tem sido um dos modelos de APS que tem conseguido efetividade na melhoria dos indicadores de saúde das populações atendidas nos territórios, bem como tem obtido impactos sobre as dimensões organizativas do SUS como a descentralização, integralidade e controle social segundo estudos de Andrade, Barreto e Bezerra (2009).

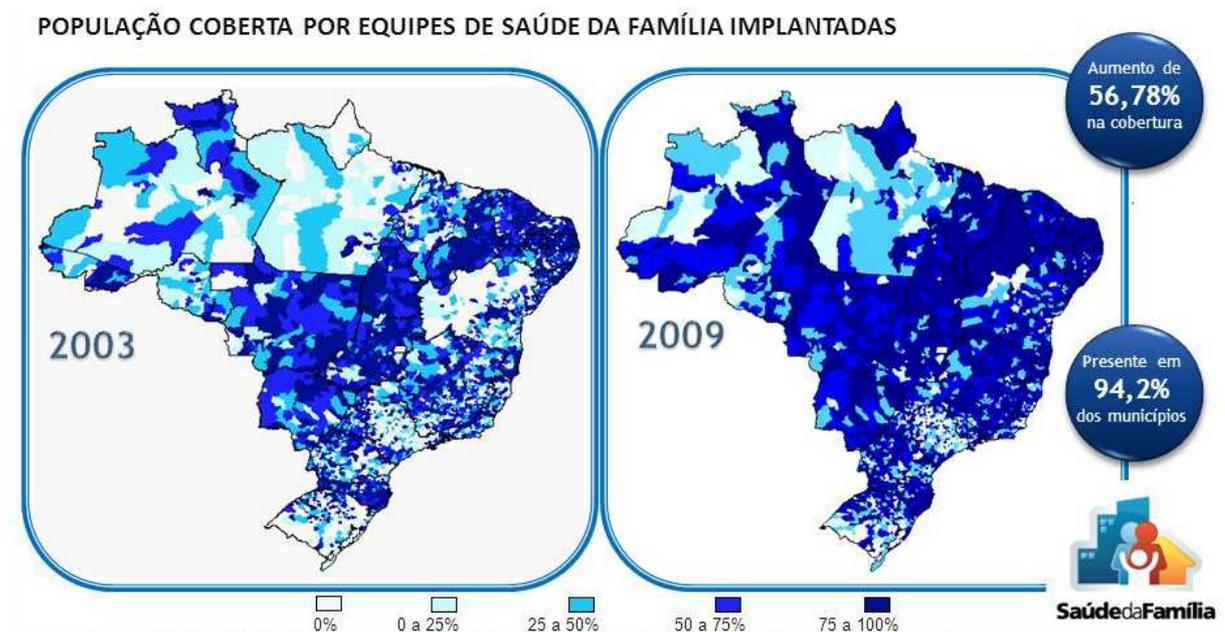
De certa maneira, a concepção da Estratégia Saúde da Família (ESF) representa uma proposta de ruptura com o modelo assistencial predominantemente vigente no período antes da implementação do Sistema Único Saúde (SUS). Este rompimento paradigmático, influenciado pelos pressupostos de APS Ampliada, caminha no sentido de consolidar uma proposta de atenção à saúde que alie a intervenção clínica contextualizada com o contexto social das populações. Desde as primeiras iniciativas de implantação do Programa Saúde da Família (PSF), nos anos 1990 até o reconhecimento da saúde da família enquanto estratégia permanente, há uma coerência clara no alinhamento com os pressupostos de APS descritos

anteriormente como se pode notar no trecho abaixo:

A vinculação e a coerência do PSF com os princípios do SUS foram amplamente afirmadas desde os documentos originais do programa, que ressaltam sua contribuição para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica e buscando outra dinâmica de atuação nas unidades de saúde, com maiores responsabilidades e vínculos entre os serviços de saúde e a população. Diretrizes operacionais são então oferecidas, a saber: (a) Caráter substitutivo, complementaridade e hierarquização; (b) Adscrição de clientela; (c) Cadastramento; (d) Instalação das unidades do PSF; (e) Composição e atribuições das equipes; (f) Atribuições dos membros da equipe (médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário). Sobre a reorganização das práticas de trabalho, enumeram-se, entre outros aspectos, o processo de diagnóstico da saúde da comunidade; a abordagem multiprofissional; o desenvolvimento de mecanismos de referência; a educação continuada; além do estímulo à ação intersetorial e ao controle social. (GOULART, 2010. p 97)

A Saúde da Família venceu uma batalha política importante nos debates sociais e no Parlamento Brasileiro nos anos 1990 para que fosse implantada, bem como este campo vem enfrentando batalhas cada vez mais duras para se firmar enquanto proposta de cuidado no sistema de saúde brasileiro. (GOULART, 2010). Mesmo sob constantes ameaças, a Estratégia Saúde da Família vem se expandindo pelo país, com números vistosos de adesão e ampliação do número de equipes:

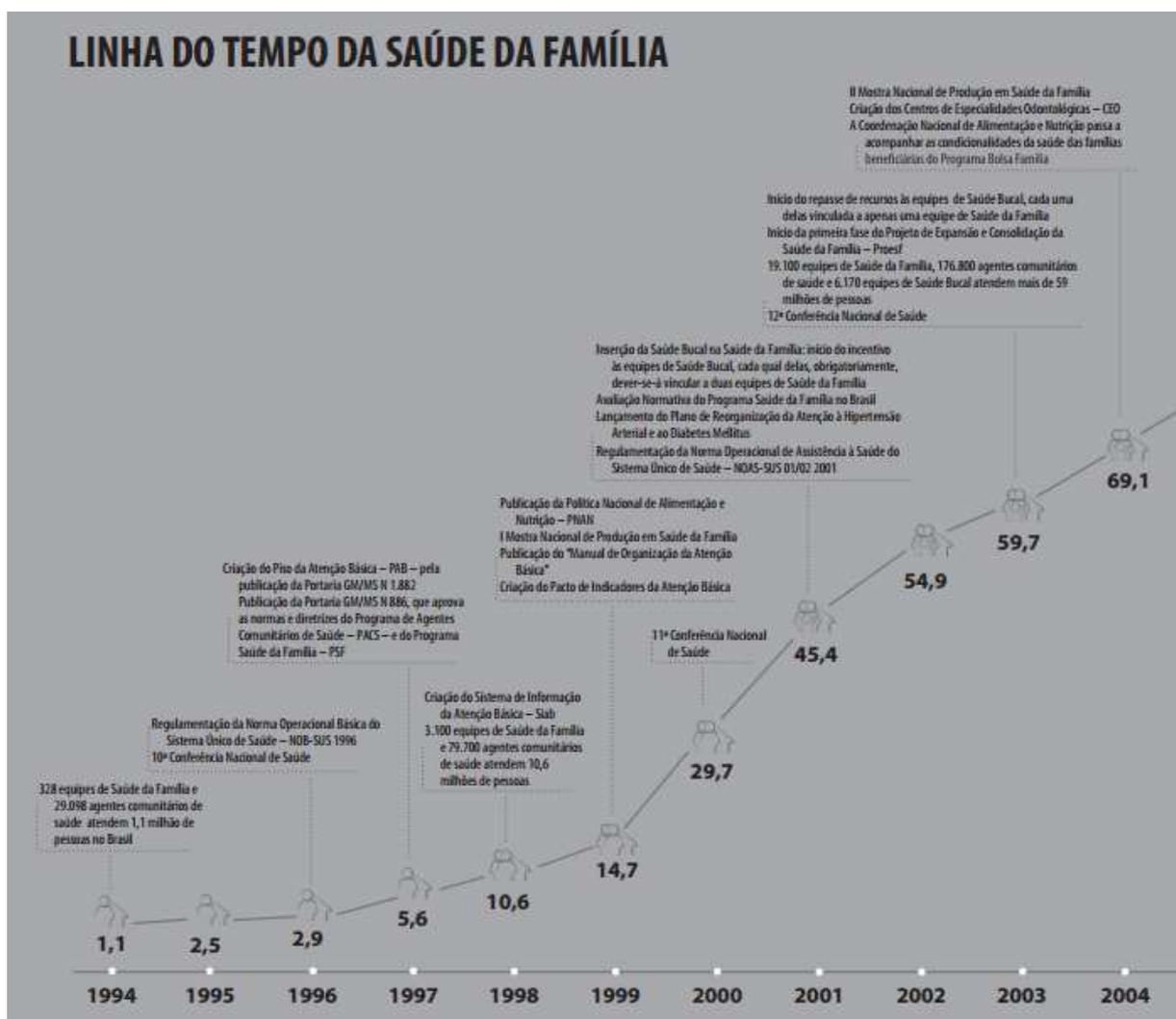
Figura 7 – Evolução da Ampliação de Equipes de Saúde da Família.



Fonte: slideplayer.com.br

Segue abaixo um demonstrativo em linha do tempo sobre os principais eventos que marcaram a implantação da Estratégia Saúde da Família no Brasil. Além do aumento de cobertura de equipes, é possível notar as mudanças de desenho e de estruturação da estratégia dentro da política de atenção primária do governo brasileiro.

Figura 8 – Linha do Tempo da Saúde da Família parte 1.

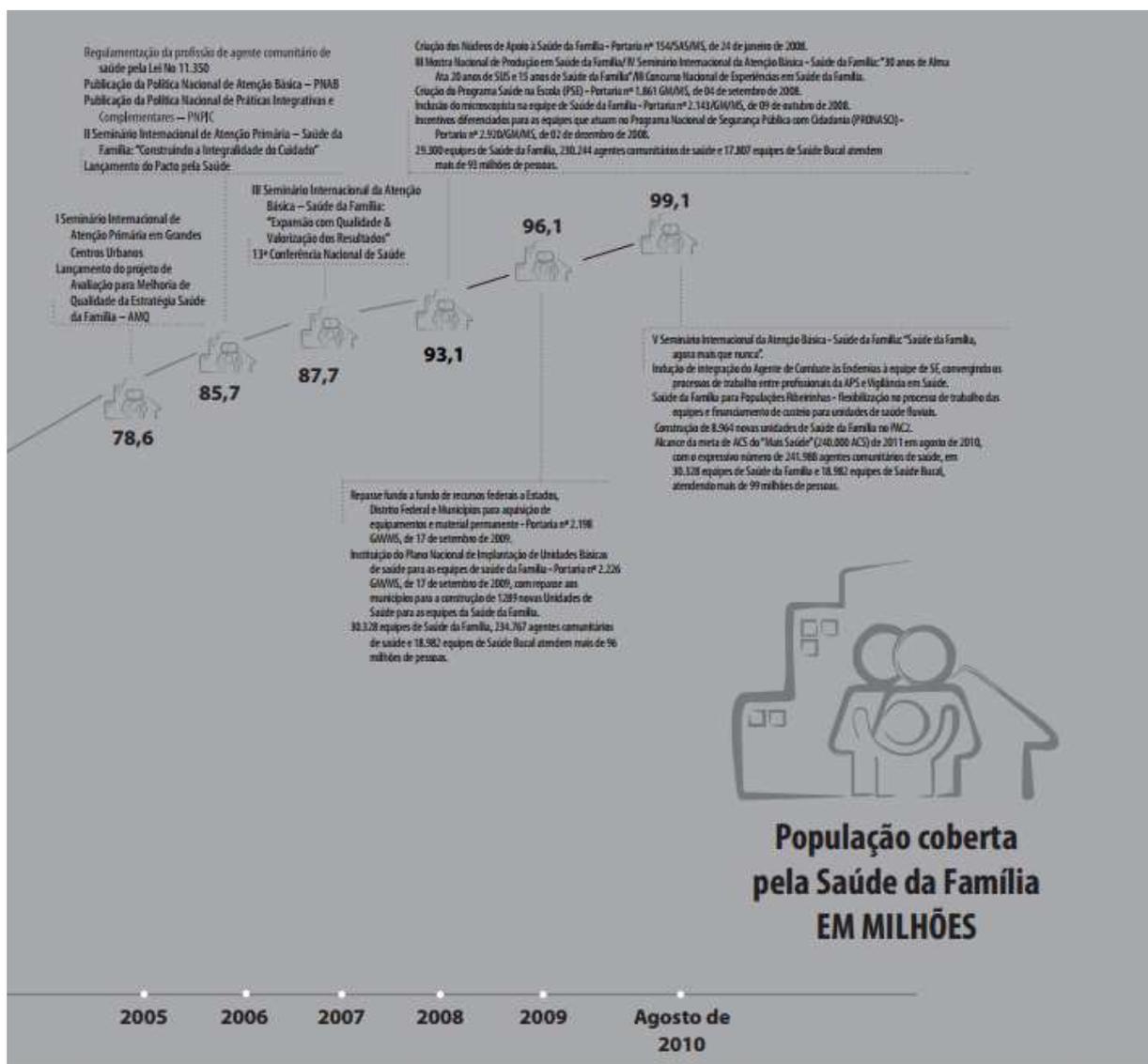


Fonte: (Brasil, 2010)

Pode-se notar, na linha do tempo, que os anos 1990 e começo dos anos 2000 se foram marcados pela criação do desenho elementar do Programa Saúde da Família (PSF), a

estruturação das equipes e institucionalização legal do funcionamento por meio de normas operacionais. No desenvolvimento desta política pública, também se evidencia a ascensão dos primeiros sistemas de informação e a entrada da saúde bucal enquanto eixo estruturante de formação das equipes.

Figura 9 – Linha do Tempo da Saúde da Família parte 2.



Fonte: Brasil (2010)

Na segunda metade da década de 2000, nota-se um aumento expressivo do número de equipes pelo país, acompanhado do advento das primeiras propostas de inserção dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs) e a instauração de uma série de discussões (por meio de seminários temáticos) sobre os avanços e desafios da Saúde da Família. Estes debates serviram de pano de fundo para a implantação de propostas estruturais de avaliação de impacto e qualidade (como exemplo o PMAQ), bem como para firmar institucionalmente a Estratégia Saúde da Família (ESF) como eixo central de se operar a Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, tendo sido a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB - 2011) em vigência a maior expressão desta escolha sanitária.

Para efetivar seus objetivos enquanto estratégia de intervenção, as equipes de saúde da família (cujas composição<sup>21</sup> básica de profissionais consiste de: Médico, Enfermeiro, Auxiliar e/ou Técnico de Enfermagem, Dentista, Auxiliar de Saúde Bucal e Agentes Comunitários de Saúde) devem atender em média de 3.000 pessoas, sendo o máximo permitido de 4.000 pessoas por realidade territorial de equipe segundo o Ministério da Saúde (2015). Este tipo de enquadramento praticamente não é cumprido nas grandes metrópoles. O inchaço populacional e a migração desordenada dificultam bastante estabelecer uma territorialização coerente neste sentido nos grandes centros urbanos.

No ano de 2008, oficialmente, as equipes de saúde da família ganharam o apoio de mais equipes denominadas Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).<sup>22</sup> As equipes de NASF surgiram em um contexto de debate a respeito de retaguarda especializada para o manejo de diversos problemas de saúde que as composições mínimas das equipes de saúde da família não conseguiam dar conta. Importante que se faça o registro de que houve pressão corporativa de diversas profissões que não estavam inclusas originalmente na composição das equipes de saúde da família para que os NASF fossem criados.

As equipes dos NASF ocupam um espaço de fronteira que se apresenta como bastante complexo para estruturar suas ações e efetivar as diretrizes de apoio matricial como se verá mais adiante. O Ministério da Saúde tem acumulado em discussão no sentido de aprimorar a

---

<sup>21</sup> A composição das equipes pode variar em função do território e da forma de contratualização e adesão à Saúde da Família de cada município.

<sup>22</sup> Criados pela PORTARIA GM Nº 154, DE 24 DE JANEIRO DE 2008. Com funções atualizadas pela PORTARIA Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011.

atuação dos NASFs pelo país de forma a permitir que estas equipes consigam dar retaguarda coerente às equipes de saúde da família.

O Nasf, portanto, faz parte da Atenção Básica, mas não se constitui como um serviço com espaço físico independente. Isso quer dizer que os profissionais do Núcleo utilizam-se do próprio espaço das Unidades Básicas de Saúde e do território adstrito para o desenvolvimento do seu trabalho. Eles atuam a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes vinculadas, de forma integrada à Rede de Atenção à Saúde e seus serviços, além de outras redes como o Sistema Único da Assistência Social (Suas), redes sociais e comunitárias.

Pode-se afirmar, então, que o Nasf:

- É uma equipe formada por diferentes profissões e/ou especialidades.
- Constitui-se como apoio especializado na própria Atenção Básica, mas não é ambulatório de especialidades ou serviço hospitalar.
- Recebe a demanda por negociação e discussão compartilhada com as equipes que apoia, e não por meio de encaminhamentos pessoais.
- Deve estar disponível para dar suporte em situações programadas e também imprevistas.
- Possui disponibilidade, no conjunto de atividades que desenvolve, para realização de atividades com as equipes, bem como para atividades assistenciais diretas aos usuários (com indicações, critérios e fluxos pactuados com as equipes e com a gestão).
- Realiza ações compartilhadas com as equipes de Saúde da Família (eSF), o que não significa, necessariamente, estarem juntas no mesmo espaço/tempo em todas as ações.
- Ajuda as equipes a evitar ou qualificar os encaminhamentos realizados para outros pontos de atenção.
- Ajuda a aumentar a capacidade de cuidado das equipes de Atenção Básica, agrega novas ofertas de cuidado nas UBS auxilia a articulação com outros pontos de atenção da rede. (BRASIL, 2014)

A Estratégia Saúde da Família conta com algumas instrumentalidades conceituais para dar seguimento ao seu trabalho nos territórios. A respeito desta questão, na subseção seguinte serão debatidas algumas destas propostas.

#### **a) O Apoio Matricial**

Importante que o leitor saiba que o Apoio Matricial foi uma estratégia desenhada no

ambiente hospitalar para facilitar momentos de encontro entre equipes com vistas à discussão de casos e potencialização de ações. Este conceito de referência é definido por Campos e Domitti (2007) nas seguintes perspectivas do apoio: Equipe de Referência e Equipe de Apoio. A partir deste arranjo, é possível compreender que a Equipe de Referência é a equipe responsável pelo cuidado cotidiano dos sujeitos envolvidos no processo saúde-doença. É possível estabelecer também profissionais de referência para este papel. Importante destacar que a função de referência não é um ato meramente administrativo. Implica em estabelecimento de vínculos efetivos entre profissionais e usuários.

Na proposta de Campos e Domitti (2007), o apoio matricial deve fornecer uma retaguarda pedagógica (de ensino e trocas de habilidades e competências) e técnico-assistencial (de auxílio em intervenção compartilhada ou intervenção propriamente dita do apoiador). Estas são funções primordiais das equipes de apoio. Ou seja, o apoio matricial exige uma postura de compartilhamento e colaboração entre as equipes:

O apoio matricial implica sempre a construção de um projeto terapêutico integrado, no entanto essa articulação entre equipe de referência e apoiadores pode desenvolver-se em três planos fundamentais:

- a) atendimentos e intervenções conjuntas entre o especialista matricial e alguns profissionais da equipe de referência;
- b) em situações que exijam atenção específica ao núcleo de saber do apoiador, este pode programar para si mesmo uma série de atendimentos ou de intervenções especializadas, mantendo contato com a equipe de referência, que não se descomprometeria com o caso, ao contrário, procuraria redefinir um padrão de seguimento complementar e compatível ao cuidado oferecido pelo apoiador diretamente ao paciente, ou à família ou à comunidade;
- c) é possível ainda que o apoio restrinja-se à troca de conhecimento e de orientações entre equipe e apoiador; diálogo sobre alterações na avaliação do caso e mesmo reorientação de condutas antes adotadas, permanecendo, contudo, o caso sob cuidado da equipe de referência. (p. 401)

O apoio matricial é uma ferramenta central do trabalho interrelacionado entre os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e as Equipes de Saúde da Família (EqSF). O trabalho colaborativo no sentido de dividir funções dialogadas na condução terapêutica de processos pode ser uma saída importante do no estabelecimento de projetos de cuidado para com as pessoas. Esta proposta é por excelência afirmadora da multiprofissionalidade enquanto

estratégia de articulação de práticas de cuidado como bem destaca o trecho abaixo:

Portanto, o processo de saúde-enfermidade-intervenção não é monopólio nem ferramenta exclusiva de nenhuma especialidade, pertencendo a todo o campo da saúde. Isso torna o matriciamento um processo de trabalho interdisciplinar por natureza, com práticas que envolvem intercâmbio e construção do conhecimento. Esse novo modo de produzir saúde situa-se dentro da perspectiva do pensamento construtivista que trabalha com a hipótese de uma eterna reconstrução de pessoas e processos em virtude da interação dos sujeitos com o mundo e dos sujeitos entre si. Essa capacidade se desenvolve no matriciamento pela elaboração reflexiva das experiências feitas dentro de um contexto interdisciplinar em que cada profissional pode contribuir com um diferente olhar, ampliando a compreensão e a capacidade de intervenção das equipes. (CHIAVERINI et al, 2011. p 16)

## **b) A Clínica Ampliada**

A Clínica Ampliada (CA) se constitui como outro conceito para se pensar as possíveis práticas de cuidado em saúde mental na Estratégia Saúde da Família. A proposta da Clínica Ampliada busca a reorientação dos modelos de cuidado, com a inclusão da determinação social da saúde. Ou seja, não se admite o fazer da clínica sem considerar os contextos de vida dos indivíduos e das coletividades, bem como as prescrições terapêuticas devem levar em consideração a participação dos sujeitos, em especial a participação dos usuários. Portanto, “a Clínica Ampliada propõe que o profissional de saúde desenvolva a capacidade de ajudar as pessoas, não só a combater as doenças, mas a transformar-se, de forma que a doença, mesmo sendo um limite, não a impeça de viver outras coisas na sua vida”. (Brasil, 2004. p 11).

A clínica ampliada está intimamente conectada com as propostas de reorientação e humanização do cuidado em saúde. Trata-se, em certa medida, de um enfrentamento às propostas fragmentárias e descontextualizadas de se pensar a intervenção clínica das profissões. Não existe uma fórmula para se fazer clínica ampliada. Existe mudança de postura e de percepção sobre os fenômenos do processo saúde-doença com vistas à ampliação das possibilidades de compreensão do fazer.

A proposta de Clínica Ampliada se direciona a todos os profissionais que fazem clínica, ou seja, os profissionais de saúde na sua prática de atenção aos usuários. Toda profissão faz um recorte, um destaque de sintomas e informações, cada uma de acordo com seu núcleo profissional. Ampliar a

clínica significa ajustar os recortes teóricos de cada profissão às necessidades dos usuários. A discussão em equipe de casos clínicos, principalmente se mais complexos, é um recurso clínico e gerencial importantíssimo. A existência desse espaço de construção da clínica é privilegiada para o apoio matricial e, portanto, para o trabalho dos profissionais do NASF. (FIGUEIREDO, 2010. p 65)

### **c) O Projeto Terapêutico Singular (PTS)**

Uma estratégia interessante e ferramenta conceitual que pode contribuir no entendimento do manejo de casos complexos com demandas de saúde mental na saúde da família consiste na elaboração de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS). Os PTS podem ajudar na ampliação do cuidado e na elaboração de iniciativas de corresponsabilidade entre equipe, família e usuários. A respeito do PTS, tem-se o seguinte entendimento:

A palavra projeto no PTS deve ser entendida não apenas no seu sentido de plano, organização de atividades e ações orientadas pela necessidade de resolução de um dado problema. Além disso, será preciso explorar exaustivamente a ideia de projetualidade, ou seja, a capacidade de pensar e de criar novas realidades, novos possíveis (ROTELLI et al., 1990, p. 36 Apud NICÁCIO, 2003). Nesse sentido, a coprodução e a cogestão do processo terapêutico deve incorporar esse olhar aos contextos singulares e, de modo que mesmo tempo em que se planeja e se organizam ações e responsabilidades, faz-se disso uma produção de realidade – projetualidade. (OLIVEIRA, 2010. p 94).

Nestes termos, os Projetos Terapêuticos Singulares podem ser importantes potencializadores de espaços de encontros e reflexão crítica entre as equipes. Ou seja, os casos complexos que demandarem processos de angústia nas equipes ou incapacidade de ação diante das problemáticas multifacetadas existentes, construir PTS pode se configurar enquanto uma saída coerente para o conjunto dos profissionais. A realização de PTS em articulação com o apoio matricial deve contribuir para que as equipes consigam manejar nos territórios grande parte de condições de saúde de caráter individual ou coletivo. O PTS portanto:

Constitui-se em um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, direcionadas a um sujeito individual ou coletivo, realizada por uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário. Geralmente é dedicado a situações mais complexas. É uma variação da discussão de “caso clínico”. Ele representa um momento em que toda a equipe compartilha opiniões e saberes na tentativa de ajudar a entender o sujeito com alguma demanda de cuidado em saúde e, conseqüentemente, para definição de propostas de ações. (FIGUEIREDO, 2010. p 65)

#### **d) O Território**

O território é conceito que versa a respeito de um espaço de produção de modos de vida é um dos elementos teórico-conceituais elementares para o desenvolvimento desta pesquisa. O território aqui é entendido como um conjunto de acontecimentos e modos de organização das coletividades na produção da própria vida. Ou seja, o território é algo mais complexo do que o lugar de moradia, pois sua configuração está permeada pela história e pelas transformações de acordo com o entendimento de Santos (1985):

O que nos interessa é o fato de que cada momento histórico, cada elemento muda seu papel e a sua posição no sistema temporal e no sistema espacial e, a cada momento, o valor de cada qual deve ser tomado da sua relação com os demais elementos e com o todo. (p. 09).

A compreensão crítica do território, assim como fez Santos (1995), possibilita a feitura de uma estratégia importante na Saúde da Família: a territorialização. Muito mais do que um mapeamento geográfico e administrativo, a territorialização de base contextualizada deve procurar os meandros dos terrenos. É preciso estar atento aos movimentos e dinâmicas das populações e interagir com os diversos territórios que podem existir dentro do mesmo espaço geográfico. Territorializar é entrar em contato com as potências e contradições da sociedade capitalista.

O processo de territorialização pode ser entendido como um movimento historicamente determinado pela expansão do modo de produção capitalista e seus aspectos culturais. Dessa forma, caracteriza-se como um dos produtos socioespaciais das contradições sociais sob a tríade economia, política e cultura (EPC), que determina as diferentes territorialidades no tempo e no espaço as desterritorialidades e as reterritorialidades. Por isso, a perda ou a constituição dos territórios nasce no interior da própria territorialização e do próprio território. Ou seja, os territórios encontram-se em permanente movimento de construção, desconstrução e reconstrução (SAQUET, 2003 apud GONDIM e MONKEN, 2009).

#### **e) O Acolhimento e a Humanização**

O acolhimento em saúde se configura como outro conceito estruturante de práticas em saúde comprometidas com a integralidade e com a articulação dos serviços de saúde com outras políticas e dispositivos de cuidado. Nesta dissertação, defende-se que o acolhimento deve ser uma postura de preocupação ética de construção de teias de cuidado com vistas à responsabilização com o usuário.

O acolhimento não deve ser resumido a protocolos de triagem centrados em sinais e sintomas de doenças. Reconhece-se a importância dos protocolos de triagem e classificação de risco, contudo estes mesmos instrumentos não dão conta, por si, da complexidade das demandas trazidas pelos usuários e suas famílias, principalmente se houver demandas de saúde mental. De forma mais específica, o acolhimento aqui discutido caminha no seguinte sentido:

O acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas aos usuários. Implica prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde para a continuidade da assistência e estabelecendo articulações com esses serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos. (BRASIL, 2004. p 05).

Em desdobramento ao conceito de acolhimento acima tratado, tem-se a observância aos princípios da Política Nacional de Humanização (PNH), criada em 2003, como um marco teórico fundamental para construção de práticas de saúde eticamente comprometidas com a autonomia dos sujeitos. A PNH surge em um difícil contexto de revisão das práticas hegemônicas desenvolvidas pelos serviços de saúde, com traços marcantes de autoritarismo terapêutico, de difícil diálogo com a complexidade dos processos de saúde-doença trazidos pelos usuários e com forte discurso de cuidado tecnicista e fragmentário.

### **3.3 O Sistema Único de Saúde: um sistema universal e contraditório**

Esta discussão da implementação da Atenção Primária à Saúde e da Estratégia Saúde da Família no contexto da Reforma Sanitária Brasileira está situada dentro do processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS é o produto das aspirações ideológicas e de luta de um conjunto de atores sociais que militaram intensamente para que o Brasil

possuísse um sistema de saúde não excludente (VASCONCELOS E PASHE, 2009)

O Relatório do VIII Conferência de Saúde (1986) é a expressão máxima da conjunção de esforços para que o Brasil desse um salto no amadurecimento sanitário e que o sistema de saúde fosse a abertura de uma nova proposta de sociedade mais justa e igualitária. Segundo Andrade (2007), o SUS nasceu especificamente nos artigos 196 a 200 da Constituição Federal de 1988. As Leis 8080/90 e 8142/90 delinearão o formato do sistema de saúde e consolidaram os entendimentos dos pilares e princípios de sustentação do SUS: universalidade, integralidade e equidade.

A respeito dos três princípios fundamentais cabem algumas reflexões relevantes. A primeira das reflexões consiste no caráter universal dado ao sistema por parte do conjunto da Reforma Sanitária Brasileira. Por universalidade se entende:

A universalidade, portanto, é um princípio finalístico, ou seja, é um ideal a ser alcançado, indicando, portanto, uma das características do sistema que se pretende construir e um caminho para sua construção. Para que o SUS venha a ser universal é preciso se desencadear um processo de universalização, isto é, um processo de extensão de cobertura dos serviços, de modo que venham, paulatinamente, a se tornar acessíveis a toda a população. Para isso, é preciso eliminar barreiras jurídicas, econômicas, culturais e sociais que se interpõem entre a população e os serviços. (TEIXEIRA, 2011. p 03).

A universalidade é a utopia cotidiana do SUS, pois expressa o projeto de sociedade que o sistema visa a construir. Quando o autor deste trabalho se refere a utopia, o faz pelo fato de que existe nobreza em se pensar em um sistema de saúde que atenda a todos sem qualquer discriminação em um país tão desigual quanto é o Brasil, existe projeto político de que esta sociedade um dia se pautará pelo princípio republicano de que a Lei a todos iguala a começar pelo acesso a saúde.

Esta proposta utópica esbarra na contradição básica pelo fato de não haver sistema que sustente uma proposta universal sem o aporte necessário de recursos para a efetivação do cuidado a todos. Neste sentido, o SUS vem sofrendo decréscimos relevantes nos seus aportes de financiamento. Segue um demonstrativo desta difícil trajetória:

<b>Ano</b>	<b>Governo</b>	<b>Principais Fatos</b>
1988	J. Sarney	Criação do SUS – Constituição Federal
1990	Collor de Mello	Lei nº 8080 – Lei Orgânica da Saúde (LOS) (25 artigos vetados) Lei nº 8142 – Critérios de Repasse dos Recursos e de participação da sociedade.
1991		Norma Operacional nº 01/1991 (NOB 01/91) – Critérios para o repasse de recursos no SUS iguais aos do INAMPS
1992		Crise no financiamento (gasto federal <i>per capita</i> cai de U\$\$ 80 em 1988 para U\$\$ 44 em 1992), vários hospitais privados rompem seus convênios com o SUS.
1993/1994	Itamar Franco	Extinção do INAMPS Início da recuperação dos níveis de financiamento NOB 01/93 – estabelece os primeiros critérios de gestão e de repasses financeiros na direção das diretrizes constitucionais (NOB 01/93) Crise na Previdência Social e fim do financiamento do SUS com base em recursos previdenciários Início da instabilidade das fontes de financiamento
1995	Fernando Henrique Cardoso	O ministro Bresser Pereira (Administração) tenta introduzir medidas neoliberais no SUS
1996		NOB 96 – reação a Bresser – normas de financiamento e organização mais próximas dos princípios constitucionais
2000		EC nº 29 – Determina Mínimos de Despesas da União, nos estados e nos municípios com a saúde Norma Operacional de assistência à Saúde nº 01/2000 (Noas 01/00) – Regras para a regionalização e hierarquização da rede
2003/2010	Lula	Redução de 21% dos recursos para a saúde

Existe outro princípio do qual não restou escrito nos textos legais (não está na Constituição e nem nas Leis Orgânicas do SUS). Trata-se da equidade. A equidade se configura como uma iniciativa de corrigir distorções no acesso ao sistema que, supostamente, seria para todos (universal). Por equidade se entende o seguinte:

O ponto de partida da noção de equidade é o reconhecimento da desigualdade entre as pessoas e os grupos sociais e o reconhecimento de que muitas dessas desigualdades são injustas e devem ser superadas. Em saúde, especificamente, as desigualdades sociais se apresentam como desigualdades diante do adoecer e do morrer, reconhecendo-se a possibilidade de redução dessas desigualdades, de modo a garantir condições de vida e saúde mais iguais para todos. (Idem, 2011. p 05).

A equidade é um princípio ético do sistema de saúde. Embora não esteja escrito no arcabouço legal, é uma das matrizes de estabelecimento de cuidado e de elaboração de estratégias de acesso que superem as desigualdades ao SUS, sobretudo para seguimentos historicamente marginalizados das políticas públicas, em especial a de saúde.

O último princípio e muito importante, trata-se da integralidade. Este, certamente, é a expressão dos anseios de todos os movimentos de Reforma no país (sanitária, psiquiátrica e social). A integralidade é um marco civilizatório da população em relação ao entendimento sobre qual é a função do estado de bem-estar social: prover todos os meios possíveis e necessários para que a saúde dos indivíduos seja plena.

A noção de integralidade diz respeito ao leque de ações possíveis para a promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos e assistência a doentes, implicando a sistematização do conjunto de práticas que vem sendo desenvolvidas para o enfrentamento dos problemas e o atendimento das necessidades de saúde. (Ibidem, 2011. p 06).

Em última instância, a integralidade é o fio que faz a costura do tecido de saúde na construção de um sistema universal que se propõe a dar conta de problemas complexos da sociedade. A integralidade é uma espécie de imperativo ético e estrutural para que os sistema de saúde se efetivem enquanto sistemas atentos ao cuidado das populações.

É pela via da integralidade que se pode pensar em articulação intersetorial, em articulação setorial e em uma visão ampliada e complexa a respeito dos processos de saúde-doença envolvendo indivíduos e coletividades. O desejo de integralidade esteve presente no conjunto de propostas de diversas Conferências Nacionais de Saúde, bem como tem sido pauta da agenda de lutas de diversos movimentos sociais que reivindicam um modelo de saúde atentos ao cuidado.

A integralidade é um conceito fundamental de articulação de um sistema de saúde coerente e robusto quando existe espaço para expansão de práticas de acesso aos serviços, assistência adequada e no tempo certo aos usuários. Contudo, eis aqui outra contradição do SUS: como efetivar a integralidade sem um modelo de gestão que permita a oferta integral de serviços e do cuidado em saúde?

Uma das maiores dificuldades para a garantia do atendimento integral das necessidades de saúde reside na má organização e gestão da rede de ações e serviços que ainda se verifica na grande maioria dos estados e municípios. (RODRIGUES e SANTOS, 2011. p 108).

Ou seja, embora a integralidade seja um conceito central para efetivação do SUS em sua plenitude, existe a necessidade de articular efetivamente outro conceito muito importante: as redes de saúde. Sem redes bem concebidas e administradas, a integralidade não se concretiza no cotidiano dos serviços. A respeito das redes, a subseção a frente trará alguns subsídios para reflexão.

### **3.4 Redes de Atenção à Saúde**

Em termos primários, existem diversas propostas de discussão de rede em saúde: SHORTELL et al. (1996) – “redes de organizações que prestam um contínuo de serviços a uma população definida e que se responsabilizam pelos resultados clínicos, financeiros e sanitários relativos a essa população”; Organização Mundial de Saúde (2008) - “a gestão e a oferta de serviços de saúde de forma a que as pessoas recebam um contínuo de serviços preventivos e curativos, de acordo com as suas necessidades, ao longo do tempo e por meio

de diferentes níveis de atenção à saúde; Organização Pan-Americana de Saúde (2010) – “uma rede de organizações que presta, ou faz arranjos para prestar, serviços de saúde equitativos e integrais a uma população definida e que está disposta a prestar contas por seus resultados clínicos e econômicos e pelo estado de saúde da população a que serve” e do Ministério da Saúde do Brasil (2010) – “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (MENDES, 2011). Estas propostas de rede possuem elementos de convergência e de divergência, estão situadas em um contexto específico de cada país onde foram propostas.

Para discutir o conceito de Redes em Saúde, Mendes (2011) alerta a respeito da necessidade de os sistemas de saúde estarem atentos quanto à virada demográfica em boa parte dos países e o envelhecimento expressivo da população. Essa “virada”, em muitas situações atinge os sistemas de saúde em cheio, pois majoritariamente os sistemas nacionais estão voltados para lidar com as doenças agudas. O SUS historicamente se encaixa neste perfil, inclusive pelos setores estratégicos que a Epidemiologia clássica consolidou como eixos centrais de organização do sistema. Portanto, faz-se necessário repensar os sistemas face a demanda das doenças crônicas que estão em escala crescente pela mudança do perfil populacional.

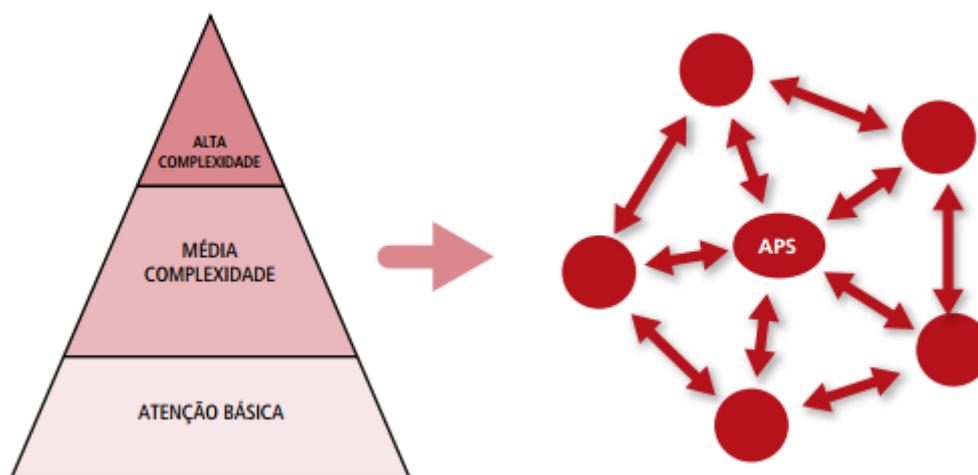
Vale salientar que as doenças crônicas trazem consigo aumento expressivo dos gastos em saúde, tornando alguns sistemas de saúde insustentáveis do ponto de vista da economia da saúde caso não haja planejamento. Existe um agravante contextual: a tripla carga de doenças. O Brasil é um exemplo onde isto ocorre, pois os SUS majoritariamente tenta dar conta de uma demanda enorme de doenças agudas (muitas delas típicas doenças da pobreza), associadas ao crescimento em disparada da carga de doenças crônicas e acrescidas da terceira carga: as causas externas.

Nestes termos, Mendes (2011) afirma que as Redes de Saúde são uma saída para este impasse sanitário. O autor supracitado afirma que historicamente as redes são hierarquizadas ou horizontalizadas. Contudo, a defesa da estruturação de uma rede de saúde deve obedecer a uma poliarquia de interligações:

Nas RASs, a concepção de hierarquia é substituída pela de poliarquia e o sistema organiza-se sob a forma de uma rede horizontal de atenção à saúde. Assim, nas redes de atenção à saúde não há uma hierarquia entre os diferentes pontos de atenção à saúde, mas a conformação de uma rede horizontal de pontos de atenção à saúde de distintas densidades tecnológicas e seus sistemas de apoio, sem ordem e sem grau de importância entre eles. (MENDES, 2011. p 83)

A mudança proposta para os sistemas com histórico de organização hierárquica (geralmente representado por um modelo piramidal) para uma proposta poliárquica segue a analogia da figura abaixo:

Figura 10 – Mudança de Sistemas Hierárquicos para Poliárquicos.



Fonte: Mendes (2011)

Por fim, as redes de saúde devem possuir infraestrutura para que os serviços sejam prestados de forma adequada aos problemas de saúde que pretendem resolver junto à população. Mendes (2011) também defende a Atenção Primária à Saúde como ordenadora da Rede de Saúde. Abaixo segue a figura proposta de articulação das redes, com os devidos sistemas de suporte e a governança necessária para que haja integração.

Figura 11 – Estrutura Operacional das Redes de Atenção à Saúde (RAS)



Fonte: Mendes (2011)

Como se pode notar, o conceito de Rede é de fundamental importância para se fundamentar o debate que vem sendo feito neste capítulo, pois as redes são uma proposta de articulação coerente dos acúmulos feitos a respeito dos modelos de Atenção Primária à Saúde (APS), principalmente dentro das especificidades que o Brasil adotou dentre deste debate ao estruturar seu sistema nacional de saúde (SUS) e sua forma de fazer APS, a saber, a Estratégia Saúde da Família. Como desdobramento do debate sobre as redes, nas subseções a seguir, serão apresentados os elementos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e seus pontos de interlocução com os contextos da Atenção Primária. Antes de se discutir a RAPS propriamente dita, é de fundamental importância situar o leitor a respeito dos posicionamentos desta dissertação a respeito da Reforma Psiquiátrica Brasileira e dos Movimentos de Luta Antimanicomial.

### 3.5 Saúde Mental em Debate: avanços e retrocessos na aproximação com a APS

O movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil, de forma análoga aos movimentos de Reforma Sanitária, possui um histórico de lutas em grande escala em busca da efetivação do direito à saúde por meio de estratégias democráticas e libertadoras. As reformas no campo da saúde mental no Brasil foram fortemente influenciadas pelo movimento de reforma italiana, tendo Franco Basaglia<sup>23</sup> como principal expoente destes citados movimentos.

<sup>23</sup> Franco Basaglia era médico e psiquiatra, e foi o precursor do movimento de reforma psiquiátrica italiano conhecido como Psiquiatria Democrática. Nasceu no ano de 1924 em Veneza, Itália, e faleceu em 1980. (UFRGS, 2016)

Esse modelo inicialmente emergiu na Itália na década de 70, tendo Franco Basaglia como seu principal idealizador. Basaglia, após um processo de amadurecimento crítico em relação à natureza da instituição psiquiátrica a partir de sua experiência inicial em Gorizia, concluiu que de nada bastaria apenas à reorganização da instituição psiquiátrica e assim, iniciou na cidade de Trieste, também na Itália, um processo de demolição da estrutura manicomial - extinguiu os chamados “tratamentos” pautados em violência, destruiu os muros de separação entre os espaços intra e extrainstitucional, abriu cadeados e grades - e propôs a construção de novos espaços e formas de lidar com a chamada loucura (ACIOLY, 2006. p 39).

O eixo propulsor do movimento da Reforma Brasileira consistiu em questionar a instituições aprisionadoras como os manicômios e toda a sua “ferramentaria” ideológica e institucionalizante dos sujeitos. Ou seja, as bandeiras da Reforma não se resumiam em questionar o Hospital Psiquiátrico. Muito pelo contrário, os eixos de enfrentamento exigiam uma nova sociedade que prezasse pela autonomia dos sujeitos, concebendo a loucura como uma condição de existência humana e não apenas enquanto patologia. Amarante e colaboradores (1995) definem os passos da reforma em três momentos: a alternativa, a sanitaria e de desinstitucionalização. (ACIOLY, 2006). Trata-se a primeira etapa enquanto o crescimento do movimento ainda dentro do campo da saúde. Esta etapa fez com que o movimento crescesse na crítica à Psiquiatria Tradicional e a todas as formas de cuidado aprisionantes das diversas profissões de saúde<sup>24</sup>. O segundo movimento, marcado pela confluência dos movimentos de abertura democrática, se caracterizou pela construção de um novo modelo de saúde, mas ainda em uma perspectiva de reforma daquilo que já existia.

[O] início da trajetória institucional da estratégia sanitaria é uma tentativa tímida de continuar fazendo reformas, sem trabalhar o âmago da questão, sem desconstruir o paradigma psiquiátrico, sem construir novas formas de atenção, de cuidados, sem inventar novas possibilidades de produção e reprodução de subjetividades (AMARANTE et al, 1995 apud ACIOLY, 2006, p. 41).

Na terceira fase do movimento, se buscou uma saída mais radical na busca de um novo modelo de cuidado. Aqui se fundamenta uma ruptura, pois a proposta desinstitucionalização não se resumia a simples desospitalização. Era preciso vencer a institucionalização da prisão

---

<sup>24</sup> Basaglia (1974) chama atenção para a função de violência velada exercida por algumas profissões como se pode notar a seguir: “O novo psiquiatra social, o psicoterapeuta, o sociólogo industrial (para só citar alguns) não passam de novos administradores da violência do poder, visto que – suavizando os atritos, desfazendo as resistências, resolvendo os conflitos provocados pelas instituições - com sua ação técnica aparentemente reparadora e não violenta, só fazem permitir a perpetuação da violência global. (pp 94-95).

que habitava os sujeitos, trabalhadores, usuários, familiares e pesquisadores. Era preciso construir uma política de reorientação técnica e ideológica nas formas de se conceber o cuidado para a loucura. Nestes termos, trata-se da busca do rompimento efetivo da lógica de transformar os usuários em coisas, como bem destaca Basaglia (1924):

É diante deste doente coisificado aos nossos olhos que o psiquiatra deve posicionar-se. Se aceitar os parâmetros que a psiquiatria tradicional lhe fornece, e fizer o doente e os sintomas com os quais foi rotulado aderirem a esses parâmetros, então ele torna-se cúmplice deste processo de coisificação, mantendo com o doente a óbvia relação hierárquico-autoritária que seu papel lhe exige e colocando-o na distância do servo diante do senhor. (p 86)

No seguimento histórico e conceitual da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial, tem-se os seguintes marcadores importantes para o acúmulo de mudanças (SCHECHTMAN e ALVES, 2014):

- Fundação do Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) em 1978 durante o Congresso de Brasileiro de Psiquiatria. O MTSM foi o embrião do que viria a ser o Movimento de Luta Antimanicomial;
- Em 1987, implantação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em São Paulo);
- Em 1987, ocorreu a I Conferência Nacional de Saúde Mental (que estruturou as bandeiras do que viria a ser a Política Nacional de Saúde Mental);
- Em 1989, apresentação na Câmara dos Deputados do Projeto de Lei dos Deputado Paulo Delgado cuja iniciativa pretendia extinguir progressivamente os manicômios. Este projeto somente virou lei em 2001.

Em desdobramento aos movimentos da Reforma, surgiram diversas iniciativas de implementação de novos modelos de cuidado e novas formas de se pensar a loucura na sociedade. Na introdução desta dissertação, foram trazidas as experiências das cidades de Iguatu, Quixadá e Sobral na busca de enfrentar diversas questões relativas aos avanços e retrocessos no campo da saúde mental.

Em termos de avanços, o Ministério da Saúde (2010) aponta as seguintes conquistas na

### estruturação da Política de Saúde Mental:

Aumento do acesso e diversificação da rede de atenção em saúde mental – 2010 termina com uma cobertura de 66% em saúde mental.

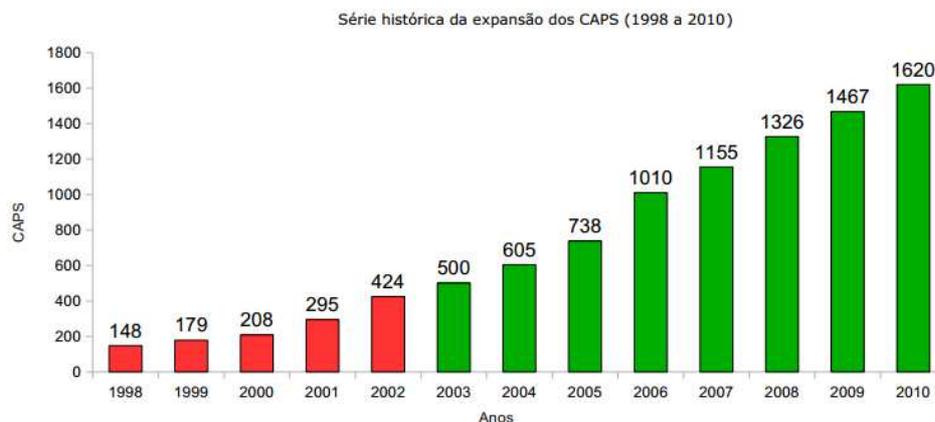
- Fechamento de leitos psiquiátricos com baixa qualidade assistencial de forma pactuada e programada.
- Mudança do perfil dos hospitais psiquiátricos restantes – agora grande parte dos leitos em psiquiatria encontram-se em hospitais de pequeno porte.
- Desinstitucionalização de pessoas longamente internadas, com o Programa de Volta para Casa, e investimento em ações de inserção social através de empreendimentos solidários.

Inversão dos gastos federais do Programa – o gasto com ações extra-hospitalares é hoje maior que os gastos com ações hospitalares.

- Investimento em Formação e educação permanente (p 04)

Em termos de cobertura expansão dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os números também são crescentes, muito embora na maioria das capitais o número da expansão não acompanha a medida das necessidades cada vez mais crescentes de cuidados em saúde mental:

Gráfico 9 – Expansão dos CAPS



Fonte: Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS. Antes de 2001: Levantamento CAPS Disque-Saúde 2001.

O gráfico acima mostra a expansão regular dos serviços tipo CAPS ao longo dos anos. A cobertura em saúde mental no Brasil ao final de 2002, quando existiam 424 CAPS, era de 21%. Em dezembro de 2010 temos 1620 CAPS e 66% de cobertura.

Fonte: Ministério da Saúde (2011).

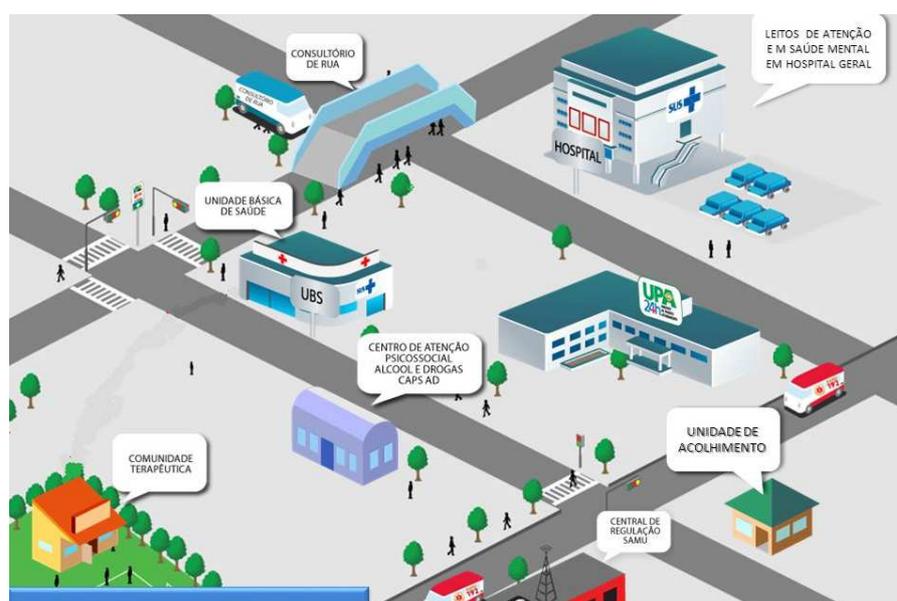
Nota-se uma expressiva expansão dos serviços CAPS, também acompanhada da redução da contratação de leitos psiquiátricos em manicômios. Contudo, apesar destes avanços o fato de ainda existirem leitos contratados pelo SUS em instituições manicomial representa um retrocesso nos passos dados pela Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Do ponto de vista da história de organização de rede, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) representa um marco recente nos episódios da luta por uma política de saúde mental coerente. O conhecimento sobre a estruturação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), bem como seu processo histórico de construção e de disputas é de fundamental relevância para que os fenômenos e processos na fronteira entre os campos saúde da família e saúde mental possam ser investigados.

Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2013), fazem parte dos componentes das RAPS os seguintes dispositivos. **No componente Atenção Básica:** Unidade Básica de Saúde, Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), Consultório de Rua, Apoio aos Serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório, Centros de Convivência e Cultura. **No componente Atenção Psicossocial Estratégica:** Centros de Atenção Psicossocial nas suas

diferentes modalidades. **No componente Atenção de Urgência e Emergência:** SAMU, Sala de Estabilização, UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência /pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde. **No componente de Atenção Residencial de Caráter Transitório:** Unidade de Acolhimento, Serviço de Atenção em Regime Residencial. **No componente Atenção Hospitalar:** Enfermaria especializada em hospital geral, Serviço Hospitalar de Referência (SHR) para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. **No componente Estratégia de Desinstitucionalização:** Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Programa de Volta para Casa (PVC). **No componente Estratégias de Reabilitação Psicossocial:** Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda, Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais. Segue abaixo uma representação esquemática desta rede:

Figura 12 – Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)



Fonte: Ministério da Saúde (2013)

Ainda a respeito da RAPS, cabe uma reflexão breve a respeito do retrocesso desta proposta. Se o leitor olhar com um pouco de atenção no canto inferior esquerdo a figura acima verá que existe um equipamento chamado Comunidade Terapêutica. Importante ressaltar que este termo em nada tem a ver com o conceito de Comunidade Terapêutica discutido por Basaglia (1924). As Comunidades Terapêuticas que a RAPS instituiu, após um lobby enorme da bancada católico-evangélica do Congresso Nacional, tratam-se de instituições de caráter

religioso, voltadas majoritariamente para internação compulsória de usuários em uso abusivo de álcool e outras drogas, cuja a proposta “terapêutica” consiste na abstinência forçada e o doutrinamento religioso.

Ou seja, o Governo Brasileiro, por meio da PORTARIA Nº 131, DE 26 DE JANEIRO DE 2012, tornou equivalentes os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) <sup>25</sup>às Comunidades Terapêuticas acima citadas. Este ato abriu caminho para que o governo financiasse com dinheiro público novos manicômios, desta vez com roupagem religiosa e repletos de denúncias de violação dos direitos humanos como revela, a título de ilustração para o leitor, a publicação “Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas”, de autoria do Conselho Federal de Psicologia (CFP) no ano de 2011.

Nas subseções a seguir, serão tratados os aspectos relativos à articulação entre os campos de fronteira da Atenção Primária à Saúde e Saúde Mental, levando-se em consideração as diretrizes oficiais, a epidemiologia e as fraturas deste encontro de diálogo necessário para a integralidade do cuidado nas políticas de saúde.

### **3.6 Articulação entre Atenção Primária (APS) e Saúde Mental (SM): um diálogo necessário**

O debate entre os campos de fronteira da Atenção Primária a Saúde (no Brasil, representada pela Política de Atenção Básica e pela Estratégia Saúde da Família) e da Saúde Mental (no Brasil, representado pela Rede de Atenção Psicossocial) não se constitui tarefa das mais simples. Contudo, existe quase um consenso internacional que a Atenção Primária deve estar em íntima articulação com o campo da Saúde Mental. A Organização Mundial de Saúde - OMS (2008) defende que as equipes de cuidados primários (equivalente às equipes de saúde da família na realidade brasileira) devem ser articuladoras dos processos de cuidado em saúde mental. Em consonância com os modelos de rede integrados anteriormente explicitados neste

---

<sup>25</sup> O estudos de Amorim (2008) apontam que o os SRTs possuíam as seguintes características antes da regulamentação que os equiparou às Comunidades Terapêuticas (manicomiais): o que podemos apreender é que o SRT enquanto dispositivo híbrido resulta do entrecruzamento entre as demandas de saúde (daí a configuração como serviço) e demandas sociais de toda ordem, sobretudo de alimentação e moradia (daí sua configuração como casa) e a sua peculiaridade reside no fato de que tudo que se venha a produzir nesse dispositivo ou a partir dele tem de considerar irrevogavelmente a complexidade desse entrecruzamento. (p 167).



Traduzindo este retrato epidemiológico para a realidade brasileira, faz-se importante elencar alguns dados relevantes sobre a Pesquisa Nacional de Saúde em que aparecem os seguintes resultados:

11,2 milhões de adultos foram diagnosticados com depressão e somente 46,4% deles receberam assistência médica

A PNS estimou que 7,6% (11,2 milhões) das pessoas de 18 anos ou mais de idade receberam diagnóstico de depressão por profissional de saúde mental. As maiores prevalências foram na área urbana (8,0%), no Sul (12,6%) e Sudeste (8,4%), nas mulheres (10,9%) e na faixa de 60 a 64 anos de idade (11,1%). Por níveis de instrução, prevalecem as pessoas com ensino superior completo (8,7%) e as sem instrução e com fundamental incompleto (8,6%).

Por grupos de cor ou raça, a proporção de adultos diagnosticados foi maior entre as pessoas brancas (9,0%) do que entre pardas (6,7%) e pretas (5,4%).

Aproximadamente metade (52,0%) das pessoas com esse diagnóstico usavam medicamentos para depressão e 16,4% delas faziam psicoterapia. Apenas 46,4% dos que informaram terem sido diagnosticados receberam assistência médica para depressão nos 12 meses anteriores à pesquisa. Os maiores percentuais de atendimento foram em consultório particular ou clínica privada (42,3%) e em unidade básica de saúde (33,2%).

Quanto ao motivo para não receber assistência médica apesar do diagnóstico de depressão, 73,4% alegaram não estar mais deprimidos; 6,6% que não tinham ânimo; 4,6% disseram que o tempo de espera no serviço de saúde era muito grande; 2,4% que tinham dificuldades financeiras; 2,1% que o horário de funcionamento do serviço de saúde era incompatível com suas atividades de trabalho ou domésticas e 10,9% relataram outros motivos. (IBGE, 2014. p 03)

A pesquisa elucidada basicamente um dos problemas de saúde mental, a depressão. Contudo, apesar do foco restrito da pesquisa, ela fornece alguns dados importantes sobre a dificuldade da Atenção Primária em manejar os cuidados em saúde. Haja vista a dificuldade relatada de conseguir ajuda por parte dos usuários. Para vencer estas barreiras, o Ministério da Saúde (2013) tem proposto as seguintes ações para execução por diversos profissionais na Atenção Primária:

Entendemos que as práticas em saúde mental na Atenção Básica podem e devem ser realizadas por todos os profissionais de Saúde. O que unifica o objetivo dos profissionais para o cuidado em saúde mental devem ser o entendimento do território e a relação de vínculo da equipe de Saúde com os usuários, mais do que a escolha entre uma das diferentes compreensões

sobre a saúde mental que uma equipe venha a se identificar.

Abaixo, apresentamos algumas ações que podem ser realizadas por todos os profissionais da Atenção Básica, nos mais diversos dispositivos de cuidado (CHIAVERINI, 2011):

- Proporcionar ao usuário um momento para pensar/refletir.
- Exercer boa comunicação.
- Exercitar a habilidade da empatia.
- Lembrar-se de escutar o que o usuário precisa dizer.
- Acolher o usuário e suas queixas emocionais como legítimas.
- Oferecer suporte na medida certa; uma medida que não torne o usuário dependente e nem gere no profissional uma sobrecarga.
- Reconhecer os modelos de entendimento do usuário. (pp 22-23)

Ou seja, a rigor não existe conceitualmente fórmulas prontas institucionais para preparar os profissionais da Atenção Primária a lidar com casos de saúde mental. A literatura tem defendido que os profissionais tenham acesso mínimo a espaços de formação e requalificação de modo que o tema da Saúde Mental deixe de ser algo estranho ou motivador de medo no cotidiano (CARVALHO, 2014).

### **3.7 O Cuidado em Saúde**

O cuidado em saúde é reivindicado como um conceito estruturante desta pesquisa e faz-se importante destacar que a concepção de cuidado a que este projeto incorpora consiste no cuidado enquanto responsabilização para com o usuário. Neste sentido, o cuidado se apresenta muito além do que um conjunto de técnicas para dar conta dos sintomas do sofrimento, pois o ato de cuidar é um movimento ativo de (co) responsabilidade pela globalidade dos processos aos quais os usuários estão envolvidos. Ayres (2004) fornece alguns dos subsídios em consonância com a proposta de cuidado aqui tratada:

A responsabilidade assume relevância para o Cuidado em saúde em diversos níveis, já desde aquele de construção de vínculos serviço-usuário, de garantia do controle social das políticas públicas e da gestão dos serviços, até este plano em que se localiza aqui a discussão. É preciso que cada profissional de saúde, ou equipe de saúde, gestor ou formulador de política se interroguem acerca de por que, como e quanto se responsabilizam em relação aos projetos de felicidade daqueles de cuja saúde cuidam, preocupando-se, ao mesmo tempo, acerca do quanto esses sujeitos são conhecedores e partícipes desses compromissos (p 24).

No desenvolvimento da ideia de articulação entre integralidade e cuidado, este autor

entende que a estes dois conceitos estão intimamente ligados para construção de políticas de saúde coerentes com o projeto ético e político do SUS. Neste sentido, Ayres (2009) traz a perspectiva de que o cuidado é um princípio que se destaca nesta articulação:

A ideia de *cuidado* vem justamente tentar reconstruir, a partir dos problemas e tensões apontados, uma atenção integral à saúde de indivíduos e comunidades, buscando recompor competências, relações e implicações ora fragmentadas, empobrecidas e desconexas. p 15).

Em uma das propostas de discussão do cuidado em aproximação com o fazer da saúde mental, os estudos de Ballarin, Carvalho e Ferigato (2010) trazem o cuidado enquanto expressões de três dimensões principais: a ética, a política e a técnica-instrumental.

Do ponto de vista da dimensão ética, o cuidado estaria ligado a uma perspectiva ontológica de existência. Ou seja, o cuidado seria uma categoria que inclusive precede o sujeito fundamentando esta postura em Ayres (2006) e Andrade et al (2008). Na dimensão política, o cuidado se apresenta da seguinte forma:

Neste sentido, o cuidado é entendido a partir de seu potencial disruptivo, capaz tanto de emancipar pessoas possibilitando a construção de sua autonomia, como de tutelar. A politicidade do cuidado traduz-se como direito de cidadania, em contraposição ao cuidado como submissão e se expressa no triângulo: conhecer para cuidar melhor – o que implica na compreensão do contexto sócio-histórico onde são geradas as relações de ajuda-poder na política de saúde, cuidar para confrontar – relaciona-se ao gerenciamento de forças que efetivem controle democrático e reordenamento de poderes e cuidar para emancipar – implica na perspectiva de constituição de cenários propícios à desconstrução progressiva de assimetrias de poder. (BALLARIN; CARVALHO e FERIGATO, 2010. p 446)

Sob o prisma da dimensão técnica, baseado em Campos (2006) e Mehry (1994), os autores defendem que o cuidado está intimamente articulado com o acolhimento em saúde, na aposta no potencial da equipe e na pactuação de responsabilização ativa pelas práticas desenvolvidas.

Tanto na perspectiva do cuidado em Ayres (2008, 2009) que defende uma proposta de cuidado enquanto responsabilidade e aproximação com a concretização da integralidade

enquanto horizonte, quanto nas dimensões do cuidado propostas Ballarin, Carvalho e Ferigato (2010), há elementos conceituais relevantes para refletir sobre a prática cotidiana das equipes sobre a temática da saúde mental. Afinal, sempre há de ficar viva a pergunta: qual a proposta de cuidado as equipes partilham?

### **3.8 O Materialismo Histórico-Dialético e o Contexto de Saúde**

Esta pesquisa inspira-se no arcabouço teórico conceitual do Materialismo Histórico Dialético (MHD).<sup>26</sup> De forma alguma, o autor deste trabalho acredita que esta força de pensamento possui elementos para dar conta de todos os fatos de foram notados no campo. Contudo, o MHD possui um entendimento relevante de que o estudo da História, das formas como se produzem os fatos e acontecimentos de formas estruturais e contextuais, é fator fundamental para compreensão do presente. A análise do mundo material também permite compreender a produção de processos de subjetividade.

Neste sentido, o conceito de Atividade oriundo de Leontiev (1978) e Vasquez (1977). A investigação da atividade dos sujeitos é um ato fundamental para se refletir sobre os processos de consciência e de produção do fazer cotidiano. Ou seja, para que e porque os sujeitos se movimentam para modificar o meio.

Vasquez (1977) sustenta como o conceito de atividade caracteriza-se por sua amplitude, à medida que implica um agente na relação com uma matéria-prima que resulta em um produto. A natureza do agente e da matéria-prima, no âmbito da atividade, não é especificada e, nem tampouco, qual a espécie de atos que levam à formação do produto. O conceito de atividade aparece como sendo o oposto ao de passividade, caracterizando-se como uma realização atual - e nunca potencial – de um conjunto de atos singulares que formam uma totalidade concreta. (CASTRO, 2009).

Conectado com o conceito de Atividade, temos o conceito de práxis. A práxis possui uma consciência e uma intencionalidade dos sujeitos no seu atuar no mundo. Neste sentido, as contribuições de Vasquez (1990) são interessantes, pois afirmam que a práxis é uma categoria

---

<sup>26</sup> A concepção materialista da história implicava a reformulação radical da perspectiva do socialismo. Este seria vão e impotente enquanto se identificasse com utopias propostas às massas, que deveriam passivamente aceitar seus projetos prontos e acabados. O socialismo só seria efetivo se fosse criação das próprias massas trabalhadoras, com o proletariado à frente. Ou seja, se surgisse do movimento histórico real de que participa o proletariado na condição de classe objetivamente portadora dos interesses mais revolucionários da sociedade. (BARBOSA, KOTHE, 1996)

comprometida com a transformação da realidade. Importante destacar, também, que o conceito de prática (que faz parte do arcabouço de investigação desta pesquisa) guarda relação de discussão com o conceito de práxis como elucidada o trecho abaixo:

A palavra prática vem do termo grego práxis e significa ação; termo referente a uma ação voluntária voltada para uma razão prática, ou seja, um agir prático. De acordo com o materialismo dialético, a ação transformadora das condições concretas da existência seria a práxis, que englobaria tanto a ação objetiva do homem sobre o seu meio como as construções subjetivas, estando articuladas as ações e as intenções (ACIOLI, 2001 apud QUINDERÉ e JORGE, 2010. p 570).

Para Freire (2005), a práxis é um processo de tomada de consciência crítica sobre a ação no mundo. Ou seja, é uma ação refletida, de consciência, dialética e intencional. A práxis é um movimento de coerência entre o discurso e a ação.

Dado que o homem é também o conjunto de suas relações de vida, pode-se medir quantitativamente a diferença entre o passado e o presente, já que é possível medir a proporção na qual o homem domina a natureza e o acaso. A possibilidade não é a realidade, mas é também ela, uma realidade: que o homem possa ou não possa fazer determinada coisa, isto tem importância na valorização daquilo que realmente se faz (Gramsci, 1987, apud Castro 2009).

Neste sentido, é de fundamental importância lançar mão dos conceitos de Atividade e Práxis para compreensão crítica dos fazeres dos profissionais na Atenção Primária em relação à temática da Saúde Mental. Os processos de consciência envolvidos, bem como os processos de alienação do trabalho podem contribuir para uma análise sobre a produção de fenômenos de saúde-doença.

A investigação por meio da História é outro pilar de sustentação do Materialismo Histórico Dialético. Marx e Engels entendem que a análise crítica da História possibilitará a compreensão das transformações dos diversos modos de produção e, as consequentes repercussões sociais, ao longo da trajetória de construção do sistema Capitalista.

Uma das formas utilizadas para realizar pesquisa qualitativa é o método criado por Karl Marx (1818-1883) e Friedrich Engels (1820-1895) e por eles denominado de método materialista histórico dialético cujo parâmetro metodológico é o materialismo histórico dialético que, a rigor, pressupõe que

o objetivo da pesquisa não é descrever o fato, mas achar diferenças e semelhanças. O método marxista tem como preocupação básica compreender e evidenciar o movimento que se manifesta nas formas, ou seja, o movimento da história. (BORGES e LUZIO, 2010. pp 18-19)

Todos os conceitos e referenciais teóricos acima citados contribuíram bastante para a fundamentação da pesquisa, bem como devem fornecer elementos importantes para a análise de dados na investigação de um tema de grande complexidade, rico de possibilidades de entendimento e estruturante para o debate sobre as possíveis práticas de cuidado para com as demandas de saúde mental nos territórios.

## 4. RESULTADOS

*“S17: É muito difícil... Saúde Mental no meu ponto de vista dentro do PSF é uns dos trabalhos mais difícil que se tem”.*

Os resultados encontrados nesta pesquisa foram organizados em quatro categorias de natureza temática fruto das etapas da metodologia de refinamento da Análise de Conteúdo. As categorias são: **“Questões da Fragmentação da Formação em Saúde”**, **“Medicalização da Vida e do Cuidado”**, **“Desarticulação Normativa entre Saúde Mental e Atenção Primária à Saúde: desafios para formação de Redes”** e **“Conjunto de Discursos e Práticas de Cuidado em Saúde Mental com Tendências Manicomiais”**. Cada categoria possui uma matriz contendo sua definição geral e as subunidades temáticas (também com definição) e os conteúdos percebidos em cada uma delas. Os participantes das entrevistas foram denominados de “Sujeitos” seguidos por um número de ordem, como no exemplo a seguir: *Sujeito 01= S01*. Desta forma, em cada fragmento de fala aqui exposto, este será o código de referência de cada participante.

Para apresentação dos resultados nesta seção, inicialmente será utilizado uma nuvem de palavras na abertura de cada categoria (com função ilustrativa das palavras e expressões mais frequentes nos conteúdos percebidos), seguida de contextualização da categoria em si e das unidades temáticas. As evidências aqui apresentadas versam sobre falas dos entrevistados, trechos de documentos, dados oficiais e imagens com vistas a tornar cada resultado o mais didático possível ao leitor. Importante salientar que o processo interpretativo contou com o suporte do Materialismo Histórico Dialético e de diversos outros aportes conceituais do campo da saúde coletiva para realização das discussões tratadas, com maior profundidade, em seção posterior.

### 4.1 Questões da Fragmentação da Formação em Saúde.

Figura 14 – Nuvem de Palavras da Primeira Categoria.



<i>Insuficiência na Formação Permanente</i>			
<i>Insegurança Técnica para Lidar com Demandas de Saúde Mental</i>			
Análise e Síntese dos dados com a Legislação e Literatura da Área			

Fonte: elaboração própria, com adaptações de Câmara (2013) e Assis (1998) apud Pinto (2008)

A respeito do detalhamento das unidades temáticas, a primeira unidade trata-se de “*Deficiências da Formação de Base*”, sendo esta unidade caracterizada pelos conteúdos e discursos que versam a respeito das graduações ou formações prévias dos profissionais não terem os instrumentalizado para a prática cotidiana de lidar com casos de saúde mental. Este tipo de afirmação está presente em falas tanto dos profissionais de nível superior quanto nas falas dos profissionais de nível médio. Seguem alguns exemplos:

**S15:** na graduação nós não fomos preparados pra isso, a disciplina de saúde mental que eu tive, pelo menos eu, foi bem vaga, uma coisa bem superficial.

**S12:** Eu acho complicado porque é como S15 disse, deveria ter vindo desde o início de tudo, desde a nossa formação, precisava ter sido uma coisa mais específica, voltada mesmo para questão de identificação desses pacientes. [...] Aí essa dificuldade já vem desde o início, acho hoje difícil de certa forma ser quebrada, porque a gente não vai parar pra poder estudar, pra poder ter conhecer.

Nota-se, no conjunto das entrevistas, que os profissionais se queixam de que a graduação lhes forneceu uma formação superficial ou insuficiente para que haja ferramentas sobre o “que fazer” com os pacientes de “saúde mental”. Existem também um conjunto de queixas a respeito da insegurança teórica a respeito do assunto saúde mental no sentido que nas formações profissionais o tema não era explorado a tal ponto que alguns profissionais desconheciam, mesmo que superficialmente, o que viria a ser a Reforma Psiquiátrica, a Luta Antimanicomial ou as possibilidades de inserção da Saúde Mental no cotidiano da Saúde da Família.

Este dado é relevante, pois além de se contatar as deficiências de caráter técnico, epistemológico e metodológico quanto a formação prévia dos profissionais, este estudo pode

perceber que as formações de graduação e os cursos de formação de agentes comunitários de saúde não abordavam adequadamente as diretrizes governamentais oficiais a respeito da integração destes campos de fronteira.

Havia um discurso uníssono de que tanto a graduação quanto a pós-graduação não forneceu elementos suficientes para lidar de forma adequada com as questões que envolvem o cuidado em saúde mental. Este fator se conecta com a próxima unidade temática no sentido que as deficiências de formação de base fazem com que os trabalhadores reivindiquem acesso a mais oportunidades de Educação Permanente em Saúde.

A respeito do detalhamento da unidade temática “*Insuficiência na Formação Permanente*”, esta é caracterizada pelos conteúdos e discursos que versam a respeito da alegação de ausência ou dificuldade de acesso a cursos de formação voltados especificamente para a área de saúde mental. A seguir um trecho que se considera emblemático nos achados desta pesquisa. Trata-se da fala de uma das agentes comunitárias de saúde expressando um pouco de sua indignação quanto à ausência de oportunidades de formação em saúde mental: “**S2:** É muito difícil essa questão de Saúde Mental, a gente tem curso pra (sic) tudo, de AIDS, Tuberculose, meio mundo de coisa, mas Saúde Mental é difícil”.

Além da reivindicação acima, há outras de mesmo grau de importância para consubstanciar esta unidade temática no sentido de chamar atenção para um certo clamor dos profissionais integrantes da Estratégia Saúde da Família de desfrutarem de espaços mais efetivos de Educação Permanente<sup>27</sup>:

**S1:** Precisaria de tanta coisa, eu acho que devido à grande rotatividade profissionais, eu tô (sic) falando em relação ao PSF, eu acho que a capacitação deveria ser continua para todos os níveis. Não é treinar só o médico, não é treinar só o enfermeiro, é treinar o guarda, o atendente, o auxiliar de serviços gerais.

**S2:** Porque assim, saúde mental tinha que ser diferente. Tem que ser tratado diferenciado, em relação a atenção com profissionais. Questão de cursos, para saber como dever abordar, como deve tratar.

**S8:** É porque falta um pouquinho de informação... a gente ter uma

---

<sup>27</sup> No Brasil, as ações de Formação Permanente em Saúde foram instituídas e formalizadas oficialmente por meio da Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007.

capacitação, ter um curso, né. Acredito que as vezes os dentistas são colocados muito de lado, né? Nessa parte da capacitação...teve até agora há pouco tempo, mas foi só pro (sic) pessoal do CAPS, pela prefeitura...foi dado um curso. Então eu acredito que se tivesse mais essa... até porque a gente tem umas horas para isso para justamente a gente ocupar com cursos e aí esses cursos, um deles seria bem importante [...]

Existe uma demanda acentuada por cursos de capacitação, treinamentos e orientações específicas a respeito do campo da saúde mental. Foi possível perceber também no transcurso da pesquisa que, embora a Política de Educação Permanente do Brasil apresente propostas muito mais abrangente para a formação do trabalhador em saúde, existe um desejo por parte dos profissionais de ter acesso ao básico. Existe uma sensação de desemprego grande, bem como de perceber que existe uma demanda de saúde mental no território e não haver iniciativas de formação que acompanhe a evolução e o crescimento das demandas no território.

Importante notar que as categorias de agentes comunitários de saúde e os dentistas sentem-se excluídos do processo formativo. Este sentimento de exclusão se materializa nas famigeradas distribuições de vagas para participar dos escassos cursos existentes e ofertados pelas Secretarias de Saúde. Neste sentido, há fundamento na reclamação majoritária dos profissionais, pois não há cursos (elemento básico da formação permanente) com frequência e quando há, não existem vagas para todos os interessados. Este quadro também se desdobra na próxima unidade temática, uma vez que as deficiências prévias de formação somadas à escassez de iniciativas de formação no cotidiano de trabalho, contribui decisivamente para a configuração de um contexto de insegurança sobre o agir com pacientes e familiares com demandas de saúde mental.

A respeito do detalhamento da unidade temática “*Insegurança Técnica para Lidar com Demandas de Saúde Mental*”, esta é caracterizada pelos conteúdos e discursos que versam a respeito da alegação de que os profissionais não se sentem aptos, instrumentalizados e seguros para identificar, manejar e dar encaminhamentos aos sujeitos que apresentem demandas de saúde mental (sendo elas leves, moderadas ou severas). Este sentimento de “incapacidade” pode ser traduzido em algumas falas que se seguem:

**S14:** É, aqui na nossa unidade, saber como a gente tem feito esses atendimentos de saúde mental aqui e o CAPS vai dá esse apoio pra (sic) gente, porque as vezes a gente fica sem saber como lidar [...] Então, tem muitas coisas que a gente não sabe como orientar. Aí o CAPS vai vim para dar esse apoio a gente.

**S12:** Pra (sic) mim, sobre essa demanda de saúde mental é complicada. Eu me sinto insegura com esses casos da saúde mental, essa questão de identificar algum sofrimento, se realmente é necessário encaminhar pro psicólogo ou não eu acho complicado. [...] Eu acho que tem que ter alguma estratégia realmente, alguma capacitação, uma formação da gente, para que a gente soubesse como conhecer, como lidar, como realmente separar o que é realmente saúde mental, o que não é. Para arrumar estratégias de trabalhar com essas pessoas.

Existe uma faceta interessante do sentir-se inseguro (a) nas entrevistas e ela se traduz no pedido de ajuda para a rede de saúde mental. Solicitar apoio tem sido uma saída relevante, contudo os profissionais se queixam de não terem recursos para que a Saúde da Família tenha mais resolutividade com os casos (pelo menos fornecendo orientação de qualidade às famílias). Além destes fatores acima citados, existe uma demanda grande para que se tenha elementos de identificação e diagnóstico de casos de saúde mental como se pode notar abaixo:

**S17:** Porque assim, é difícil pelo fato da gente não ter essa base de diagnosticar, às vezes a questão problemática do dia a dia daquela família como uma questão psicológica, mas devido a gente conviver tanto com essas famílias, a gente começa a associar. Por exemplo, a fulana não tá (sic) bem, deveria procurar uma ajuda profissional, né da saúde mental. Para dá uma força, com um diálogo até mesmo na questão de medicação, até porque muitos dos nossos pacientes a gente se pergunta como e por que eles começaram a tomar esses medicamentos. A gente não tem assim um diagnóstico.

**S11:** a gente tenta no meio de tanta informação algum tipo de saber até que ponto se a gente saberia conduzir o tratamento aqui ou se estaria referenciando, né. A gente tem o costume de fazer o referenciamento de fazer este tipo de atendimento, né e... na verdade a dificuldade vem mais no sentido da informação, na hora a gente começa a tentar conduzir condutas de menor complexidade e o paciente responde, a gente , eu, a gente não, eu acabo conduzindo o tratamento desse jeito... porque durante essas primeiras condutas, né, protocoladas, de atendimento de menor complexidade ai o paciente apresenta uma certa resposta negativa, a gente acabo não insistindo e tenta referenciar mesmo sabendo da dificuldade de acesso na atenção secundária. Mas normalmente se dá desta forma... o paciente ser receptivo ou não a conduta e a partir daí...

Nestes termos, saber o diagnóstico facilitaria no “saber o que fazer” ou “saber se precisa encaminhar” o paciente. Esta angústia é compreensível e justa de existir por parte dos profissionais. Os participantes da pesquisa afirmaram se sentir atuando “no escuro” em muitos casos pelo fato de não terem certeza diagnóstica sobre os casos de saúde mental que recebem nas unidades de saúde. Esta sensação desdobra na reivindicação de protocolos e orientações multiprofissionais mais claras e precisas que serão apresentadas em outra categoria mais a frente.

Apesar de as falas a respeito do sentimento de despreparo de formação e desemparo no sentido de orientações sobre como manejar os casos de saúde mental, é importante que o leitor saiba que a pesquisa também encontrou dados que versam a respeito e um posicionamento otimista sobre as condições das equipes.

**S4:** Para mim, eu tenho certeza que sim e para minha equipe, assim sempre tem uma pessoa outra que tem dificuldade, mas como um todo a equipe eu acho que tá (sic) sim preparada. As enfermeiras, eu percebo isso. Elas são muito sensíveis, apesar de... se no momento ela saber como lidar com a situação, mas elas sempre procuram a gente para poder ter esse apoio.

**S1:** Gosto sempre de tá (sic) inovando. Então sou assim, uma "atora" (sic) que incorpora vários personagens. Por exemplo, se eu tô (sic) atendendo saúde mental, eu sou psiquiatra; se eu tô (sic) atendendo criança, eu sou pediatra; se eu tô (sic) atendendo na área de pré-natal, me sinto ginecologista. Então assim, eu gosto muito por causa da dinâmica do processo de estratégia de saúde da família. E isso me satisfaz bastante, e tô (sic) muito realizada com a saúde da família. Vou me aposentar na estratégia de saúde da família. Na verdade, mesmo eu trabalhando em outras áreas de ambulatórios, a saúde da família é o que a gente sempre fez

Ou seja, em certa medida, há profissionais que reconhecem que suas equipes, dentro das limitações já citadas, possuem potencial de ação e motivação para tal. Existe, também, uma disponibilidade para se reinventar profissionalmente, bem como adquirir novas habilidades e desenvolver estratégias para atuar no contexto da Saúde da Família. Este padrão se repete em todas as categorias: embora haja predominância de determinados fatores, há resistências e alguma rotas de fuga para os problemas percebidos pelos profissionais.



	Sujeito 01	Sujeito 02	Sujeito 10
<i>A APS/ESF como lugar de medicalização e remodelização</i>			
<i>Naturalização da Medicalização como Forma de Cuidado em Saúde Mental</i>			
<i>Reivindicação da Medicalização por Usuários e Familiares</i>			
Análise e Síntese dos dados com a Legislação e Literatura da Área			

Fonte: elaboração própria, com adaptações de Câmara (2013) e Assis (1998) apud Pinto (2008)

A respeito do detalhamento das unidades temáticas, a primeira unidade trata-se de “*A APS/ESF como lugar de medicalização e remodelização*”, sendo esta unidade caracterizada pelos conteúdos e discursos que versam a respeito do fato de a Atenção Primária à Saúde (APS), mais especificamente a Estratégia Saúde da Família (ESF) serem os lócus em que a medicalização das pessoas acontecem em larga escala. Existe uma fala emblemática de uma das entrevistadas que faz uma afirmação forte e importante a respeito deste contexto:

**S10:** Muitos...isso é muito mental. A maioria deles vem aqui na unidade só para renovar remédio, receituário. Eles já estão sendo acompanhados ou já foram medicados em algum outro local. Essa é a realidade. **Não se pratica aqui saúde mental não.** A maioria dos pacientes já medicados, inclusive já vistos em outros locais aí (sic), outros serviços é para renovar receituário... (grifos do autor)

Importante frisar que esta não foi uma frase isolada no contexto. Diversos profissionais de nível médio e superior referem que seu contexto de trabalho, a saber a APS/ESF, é um lugar que se presta basicamente a renovar receitas de medicamentos em geral, principalmente os psicotrópicos. E os números são crescentes e alarmantes segundo os sujeitos entrevistados:

**S1:** Então, por conta disso aí, tá (sic) aumentando demais, demais a questão das dependências químicas, e tá aumentando demais as demandas de pacientes nessa área de saúde mental. [...] Se eu atender 16 pacientes do

programa de hipertenso e diabético, numa faixa de 12 tomam medicamento controlado, psicotrópicos.

**S9:** Muita gente que tá (sic) tomando medicação...muita gente mesmo, tem muita gente com problema mental...

**S17:** Hipertensão bate recorde e também a questão do pessoal que toma psicotrópicos.

**S18:** Quase todo mundo toma remédio controlado, nosso livro de psicotrópico é imenso.

Este dado alarmante a respeito do aumento progressivo do uso de medicação no tratamento dos transtornos mentais, ou mesmo na produção de mais transtornos mentais por meio da comorbidade do uso abusivo e sem controle destes citados medicamentos, têm-se como desdobramento a segunda unidade temática.

A respeito do detalhamento da unidade temática “*Naturalização da Medicalização como Forma de Cuidado em Saúde Mental*”, esta é caracterizada pelos conteúdos e discursos que versam a respeito do fato, predominante, de que medicalização dos sujeitos é o único caminho existente para o cuidado das pessoas com alguma questão de saúde mental. Existe uma predominância de que as ações de saúde mental conhecidas passam necessariamente por medicar e reavaliar medicação dos pacientes das unidades de saúde:

**S2:** Só o único cuidado que vejo, que consigo identificar é a questão da medicação controlada que é feito semanalmente. Se tem outro tipo de acompanhamento, eu não conheço.

**S1:** Pra (sic) você... ser muito mais fácil você prescrever um Diasepan e mandar ele ir pra (sic) casa e se vê (sic) livre [...] Aí será que se tivesse um grupo de hipertenso e diabético, e tivesse uma equipe multiprofissional que atuasse melhor, precisaria tantos pacientes tá tomando essas medicações?

**S12:** Eu acho que não, porque a questão da saúde mental na atenção básica é vista como a prescrição dos medicamentos, continuar aquele tratamento que algumas vezes o paciente vem do CAPS com aquela medicação, aí os médicos continuam a prescrição. E outros que aparecem com algum sintoma e próprio médico prescreve e assim o paciente vai levando

Neste ponto, existem informações interessantes, pois a medicalização assume um aspecto controverso diante do mesmo sujeito, no caso **S1**. Ao mesmo tempo que medicar a

pessoa é uma conduta “mais fácil”, o mesmo sujeito se questiona se precisaria de “tantos remédios” se houvesse outras saídas, como as estratégias grupais. Esta é uma indicação a respeito das contradições existentes no processo de elaboração do cuidado. Estas contradições serão discutidas na seção posterior.

A existência de uma certa “cultura da medicalização” nas unidades de saúde investigadas tem como um dos desdobramentos a legitimação de uma proposta de cuidado com a qual as famílias e os usuários tomam para si a tarefa de defender. Este é, inclusive, o assunto dominante na próxima unidade temática.

A respeito do detalhamento da unidade temática “*Reivindicação da Medicalização por Usuários e Familiares*”, esta é caracterizada pelos conteúdos e discursos que versam a respeito da forte vinculação dos sujeitos acima mencionados com a proposta de medicalizar os transtornos, os sofrimentos e o próprio conjunto da vida. Notou-se que existe um duplo caminho com relação a medicalização: um dos movimentos feitos pelas equipes de profissionais e outro feito movimento pelos familiares. Ambos os movimentos existem no sentido de deixar a conduta medicamentosa intocada.

**S2:** Mas eu acho que aqui é distribuído muita medicação. Você vem pega no dia a medicação, pega a receita e as vezes você não pode vir. Aí outra pessoa vem por você. Eu acho que poderia ter pelo menos um cuidado maior nessa questão, para ver se realmente o paciente ainda tá (sic) precisando, se ainda necessita. Porque também ele se vicia, se ele chegar aqui um dia para pegar a medicação e não tiver, **o boneco<sup>28</sup> aqui é grande**. Porque ele quer saber se toma a medicação. (Grifos do autor)

**S17:** Eu vejo assim, eu acho que deveria existir um trabalho direcionado tanto ao paciente como a família, porque infelizmente, as famílias ainda têm muito essa visão que a medicação resolve tudo. Com relação a saúde mental a preocupação maior tá (sic) da família é o controle do medicamento. [...] é, uso contínuo, e muitos assim criam um pacto enorme quando a médica tira, tenta tirar ou substitui. Casos assim que dá briga.

**S17:** [...] Teve (sic) uma paciente minha que rasgou o prontuário, deu um show, porque tava (sic) com muitos anos que tomava Díasepan e a Dr. não queria mais dá remédio, porque ela já estava viciada mesmo, não era mais

---

<sup>28</sup> A expressão “botar boneco” no linguajar corriqueiro do estado do Ceará quer dizer: criar caso, fazer confusão por pouca coisa. “O homem botou o maior boneco pra pagar!”. A expressão vem dos bonequeiros do Cariri (região do interior do Ceará), como eram chamadas as pessoas que trabalhavam com teatrinho de fantoches (mamulengos). As peças sempre apresentavam bonecos valentes que brigavam muito. Daí essa comparação. (Fonte: Dicionário Cearense, 2016. Disponível em: <http://soudonordeste.com.br/dicionario-cearense-cearenses/>).

nem por necessidade.

**S7:** Não, eles têm uma certa regularidade na unidade de saúde, né. Nos procuram frequentemente, pelo menos a cada três meses estão aqui na unidade de saúde para renovação de receitas e para, inclusive, demandas que não estão relacionadas a parte de saúde mental...

A rediscussão de medicação é responsável por episódios de violência nas unidades de saúde, bem como manter as condutas da forma como foram prescritas nos CAPS ou em outros centros de saúde é uma atitude cômoda que existe nos serviços investigados. Ou seja, pode-se mexer em tudo, menos no remédio. A medicação virou uma espécie de mercadoria padrão ouro para se ter, manter e reabilitar a saúde. As demais práticas de cuidado são secundárias, coadjuvantes e, por vezes, dispensáveis na construção de projetos terapêuticos. Esta é a percepção geral colhida nas unidades investigadas e sobre tal percepção cabem diversos questionamentos sobre que dimensões do cuidado estão sendo propostas na Estratégia Saúde da Família.

Uma das saídas percebidas que vão na contramão da supermedicalização dos sujeitos consiste em suas estratégias apontadas pelos profissionais: grupos e diálogo com as famílias. Estas propostas apareceram em caráter minoritário nas falas dos entrevistados, mas constituem-se de elementos significativos da diversidade de possibilidades existentes dentro do mesmo território e do mesmo ambiente de trabalho:

**S17:** Com o NASF, depois que o NASF se agregou a equipe do PSF, a gente vem observando que eles fazem algum grupo né?! Eles têm pessoas que participam de um grupo, pessoa que tomam medicamento por várias razões, por depressões ou pessoas que faziam acompanhamento com a psicóloga [...] Então, é assim, deveria existir um trabalho que primeiro trabalhe a família, pelo meu ponto de vista é quem realmente adoce junto, porque se você trabalhar a família com relação ao problema, aquela situação fica bem mais fácil a própria família ter outra visão

**S4:** Tem uma coisa que a gente tá (sic) tentando mudar que até que tá caminhando, que é a questão dos grupos também. São as duas atividades que mais faço, três que tem as visitas domiciliares também. Mas em primeiro são os atendimentos, grupos e visitas domiciliares.

O protagonismo da medicalização enquanto proposta de estabelecimento de cuidado para com os usuários e familiares dos serviços da Estratégia Saúde da Família também possui estreita ligação com as falhas de rede ou ausência de rede de cuidados nos territórios. Os

dados obtidos não dão conta de toda a complexidade dos processos envolvidos na medicalização do cuidado, contudo, fornecem algumas pistas importantes. Uma destas pistas tem sido estabelecer um olhar mais crítico para a melhoria das redes. Estes aspectos serão apresentados na próxima categoria.

### 4.3 Desarticulação Normativa entre Saúde Mental e Atenção Primária à Saúde: desafios para formação de Redes.

Figura 16 – Nuvem de Palavras da Terceira Categoria.



Fonte: elaboração própria

A terceira grande categoria temática a ser apresentada consiste em **Desarticulação Normativa entre Saúde Mental e Atenção Primária à Saúde: desafios para formação de Redes**. Dentro desta categoria, estão as seguintes unidades temáticas de análise (ou unidades temáticas que sustentam esta categoria): *Reivindicação de Fluxos e Protocolos Claros, O Matriciamento como Potência e Saída para Impasses e Descontinuidades das Ações e Ausência de Estrutura*. Segue abaixo matriz sintética dos conteúdos encontrados e que fazem parte deste arranjo da categoria:

Tabela 15 – Matriz Sintética de Descrição da Categoria Desarticulação Normativa entre Saúde Mental e Atenção Primária à Saúde: desafios para formação de Redes

<b>Matriz Sintética de Descrição de Resultados Encontrados</b>
--

<b>Categoria: Desarticulação Normativa entre Saúde Mental e Atenção Primária à Saúde: desafios para formação de Redes</b>			
<b>Definição:</b> Esta categoria se configura enquanto representação das narrativas e conteúdos em que prevalecem as evidências de que existe desarticulação de fluxos e comunicação entre as políticas de Saúde Mental e Atenção Primária, impondo desafios relevantes aos profissionais para o funcionamento de cuidado em rede			
<b>Temas</b>	<b>Exemplos de Conteúdos Temáticos Significativos</b>		
	Sujeito 01	Sujeito 02	Sujeito 10
<i>Reivindicação de Fluxos e Protocolos Claros</i>			
<i>O Matriciamento como Potência e Saída para Impasses</i>			
<i>Descontinuidades das Ações e Ausência de Estrutura.</i>			
Análise e Síntese dos dados com a Legislação e Literatura da Área			

Fonte: elaboração própria, com adaptações de Câmara (2013) e Assis (1998) apud Pinto (2008)

A respeito do detalhamento da unidade temática “*Reivindicação de Fluxos e Protocolos Claros*”, esta é caracterizada pelos conteúdos e discursos que versam a respeito da necessidade expressa pelo conjunto de profissionais que sentem uma certa confusão sobre qual seu papel no estabelecimento de práticas de cuidado em saúde mental no campo da saúde da família. Esta categoria, em especial, esta unidade temática está interconectada com as evidências enunciadas na categoria que tratava das deficiências de formação. No entanto, esta unidade temática em si traz as angústias dos profissionais e saber como lidar com a Rede de atenção Psicossocial (que inclui a saúde da família entre seus componentes). Neste sentido, nasce um imperativo de haver alguma orientação mais precisa de estabelecimento de cuidado em rede:

**S4:** A minha bagagem de conhecimento, eu faço minha avaliação, durante à visita ou então ao atendimento. Mas não tenho nenhum instrumental, nem um protocolo. Foi até uma coisa que a gente discutiu com os residentes da saúde mental, em uma roda integrada justamente essa falta, assim não tem um protocolo que você possa seguir para poder orientar o que é que caso de CAPS. Por que as vezes a gente encaminha o paciente pro (sic) CAPS, aí lá

dizem que não é o perfil, não é paciente de CAPS.

**S2:** Como eu te digo a gente é muito leigo nessa parte. Eu não sei como tratar, é diferente de eu te dizer o que pode ser feito para combater o mosquito, a dengue a gente sabe o que tem que fazer. Tuberculose, aí a gente sabe.

Este debate suscita, inclusive, outra discussão pertinente em função da falta de clareza no manejo das situações: afinal, de quem é o paciente? É do CAPS? É da Saúde da Família? Ou será que são todos com alguma parcela de responsabilidade do cuidado? Este debate, por mais que pareça trivial, não o é na realidade dos serviços de saúde. A fragmentação e normatização é tão elevada para dar conta de diversas tarefas que é preciso orientar especificamente qual o papel de cada um. Estes achados de dado de realidade possuem vertentes positivas e negativas para se pensar o cuidado. O fato é que tal debate é real e angustia os profissionais, mesmo havendo pistas sobre o que compete a cada serviço nas políticas oficiais.

S12: [...] porque ainda há aquela coisa é o paciente do CAPS ou é o paciente da unidade básica de saúde, e não que aquele paciente é da rede de serviço e tem que está sendo acompanhado pelos dois. [...] Tratar o paciente como se fosse ou do CAPS ou da Atenção básica, e não de que esse paciente é da área tal ou da rede e do serviço. Era como se fosse algo quebrado, sai de um, sai de outro.

**S7:** Quando há necessidade, a gente conseguiu ter resposta. Mas como não é uma rotina, então não há muito vínculo. Uma das coisas que eu sinto carência, na verdade assim...é complicado. Na verdade, assim, o ideal é que alguns transtornos que a gente acha que podia controlar a gente pode não ter a mão, as medicações, os medicamentos disponíveis no CAPS.

Uma das descobertas desta pesquisa consistiu no fato do que será apresentado a seguir: o matriciamento tem conseguido ser uma saída interessante para boa parte destas falhas de rede, bem como para prestar auxílio diante do sentimento de desamparo técnico e de assistência por parte de boa parte dos profissionais entrevistados.

A respeito do detalhamento da unidade temática “*O Matriciamento como Potência e Saída para Impasses*”, esta é caracterizada pelos conteúdos e discursos que versam a respeito do reconhecimento por parte dos profissionais que o matriciamento é uma ferramenta que amplia possibilidades de estabelecimento de projetos de cuidado e articulação de rede, apesar das fragilidades apontadas até o presente momento.

**S16:** A gente ainda tem uma certa facilidade por conta do matriciamento que a gente acompanha nas outras unidades, dá pra (sic) tirar aquele mistério, a questão do bicho de sete cabeça que é lidar com paciente de saúde mental. Lá a gente tem estudo de caso, que vai deixando a gente mais confiante para saber como agir.

**S1:** Apesar de que, não ser uma área que eu me encante tanto. Mas devido as necessidades, eu passei por um matriciamento, que foi muito bom pra (sic) mim. Hoje eu tenho bem mais facilidade, depois do matriciamento. Antes não, antes se eu desconfiasse que o paciente talvez, tivesse com algum problema nesse sentido, eu já encaminhava para o especialista. Depois que eu fiz o matriciamento que foi um curso todo o curso com preparatório de teoria e durante 6 meses com a psicóloga e a psiquiatra me acompanhando dentro do consultório. Eu atendendo e elas dando suporte.

**S3:** E a gente tá (sic) tendo matriciamento com o psiquiatra do CAPS aqui, que ele vem de quinze em quinze dias. E tem esse apoio pra (sic) gente. A gente aprende bastante, tanto eu, quanto a médica e as agentes de saúde. Ele às vezes acompanha o caso, quando é um caso mais assim, a gente fala e ele vai, faz a visita junto com a equipe. Tá (sic) sendo muito importante mesmo, a gente tem melhorado bastante.

Ou seja, o matriciamento tem sido uma estratégia bastante elogiada e potente no sentido de permitir uma conexão real entre os campos da saúde mental e atenção primária. Há evidências em todas as unidades pesquisadas que esta ferramenta é o que tem “salvado” (palavras dos entrevistados) as equipes do colapso no cuidado com pacientes e familiares dos pacientes com alguma questão de saúde mental. Apesar da potência dos momentos de encontro para fazer matriciamento, há um problema central que se relaciona com a próxima unidade temática: a descontinuidade das ações e a falta de estrutura de rede.

A respeito do detalhamento da unidade temática “*Descontinuidades das Ações e Ausência de Estrutura*”, esta é caracterizada pelos conteúdos e discursos que versam a respeito dos sentimentos de frustração que os profissionais expressão ao ver ações importantes serem descontinuadas ou por perceberem que muitas ações não podem ser feitas por falta de estrutura básica.

**S12:** Essa questão que S14 citou agora é seguinte, já houve aqui em Iguatu um início dessa questão do matriciamento em outras unidades. Até iniciou de certa forma bem, mas começou a desandar e eu vejo os profissionais reclamando que não deu certo, não tá (sic) mesmo havendo. O pessoal da saúde mental, se reuniu com a gente a pouco tempo para sugerir...

**S1:** Hoje se a gente quer fazer alguma coisa, você tem que bancar

financeiramente aquilo. Nós profissionais bancamos para que a gente faça alguma coisa melhor. Porque o serviço não oferece. Então, fica muito difícil de você levar a coisa para frente.

Neste sentido, os processos de descontinuidade e o sucateamento influenciam diretamente o desestímulo das poucas ações de resistência que os profissionais sustentam no cotidiano dos serviços. Esta é uma face cruel do serviço público de saúde, em especial dos contextos de trabalho na saúde da família. O profissional é forçado a trabalhar sem estrutura básica e ainda tem sabotas as iniciativas de inovação, de recriar os possíveis caminhos do cuidado. Apesar deste cenário, existe uma aposta relevante que os momentos de encontro ainda são os fundamentais que sustentam a proposta de rede.

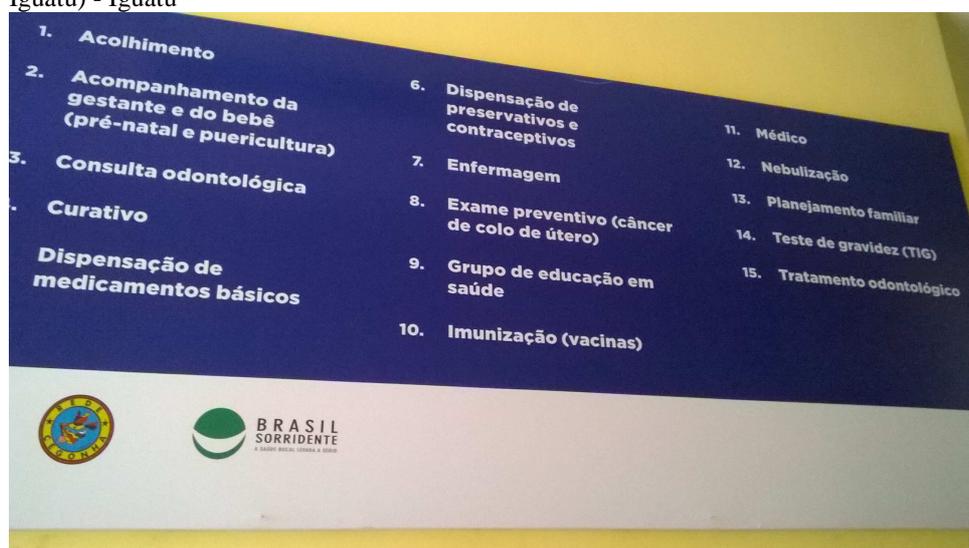
Um elemento curioso e interessante que fez parte das descobertas do campo de pesquisa, consiste em constatar que nas unidades de saúde investigadas, as equipes de apoio (NASF) ou as ações de saúde mental possuem tamanha invisibilidade estratégica que sequer constam na placa de serviços declarados à população. Se partirmos do princípio de que imagens, por vezes, dizem mais que mil palavras, pode-se concluir que estas abaixo dizem muita coisa a este respeito:

Figura 17 – Serviços existentes na Unidade Flávio Marcílio - Fortaleza



Fonte: material de campo

Figura 18 – Serviços existentes na Unidade Matheus Fernandes Morero (Cohab e Novo Iguatu) - Iguatu



Fonte: material de campo

Quando esta pesquisa se refere à desarticulação normativa, no título desta categoria, entre os campos da saúde mental e a atenção primária, está se referindo a uma certa “esquizofrenia normativa” entre as duas políticas. Este fator perpassa todas as unidades temáticas acima citadas. Um exemplo ilustrativo desta tese consiste no seguinte: verificou-se que existe certa invisibilidade da temática Saúde Mental nas legislações que versam sobre Atenção Básica ou Atenção Primária.

O mesmo acontece quando se faz o cruzamento contrário entre as legislações. Quando as temáticas aparecem nas legislações, estão permeadas de fragmentação e sentido vago. Para esta categoria foram analisadas as legislações de saúde mental de 1990 até 2004, as legislações da Política Nacional de Atenção Básica e os Relatórios de Gestão em Saúde da Prefeitura de Iguatu e da Prefeitura de Fortaleza, sendo todos os relatórios do ano 2014, bem como outras legislações pertinentes.

É possível perceber outro dado interessante ao analisar o documento instrutivo do PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ), uma das principais iniciativas de reorientação dos cuidados da atenção primária com vistas à melhoria da qualidade e do acesso, no quesito saúde mental, tem-se o seguinte com conjunto de marcadores:

Tabela 16 – Quadro Síntese dos Indicadores do PMAQ

Área Estratégica	Natureza do Uso		Total
	Desempenho	Monitoramento	
1. Saúde da Mulher	6	1	7
2. Saúde da Criança	6	3	9
3. Controle de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica	4	2	6
4. Saúde Bucal	4	3	7
5. Produção Geral	4	8	12
6. Tuberculose e Hanseníase	0	2	2
7. Saúde Mental	0	4	4
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>23</b>	<b>47</b>

Fonte: Ministério da Saúde

Um olhar mais atento do leitor, será possível perceber um dado importante: a saúde mental não possui indicadores de desempenho na Estratégia Saúde da Família. Isto diz muito das contradições sistêmicas que o poder público tem a respeito da articulação entre os campos de fronteira da APS e da SM. Não existir indicadores de desempenho para uma temática tão importante quanto a Saúde Mental é no mínimo uma afronta sanitária, pois epidemiologicamente já há evidências suficientes que os transtornos mentais e a produção de condições para estabelecimento de saúde mental é uma das prioridades da atualidade segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS).

Importante se faz destacar que, esta “esquizofrenia normativa”, somada às dificuldades acima relatadas contribuem para a fragilização de qualquer proposta de rede de cuidados em saúde. A efetivação de ações de rede tem ficado a cargo e resistência dos profissionais que insistem em buscar alternativas diante dos impasses, principalmente pela via do matriciamento.



Temas	Exemplos de Conteúdos Temáticos Significativos		
	Sujeito 01	Sujeito 02	Sujeito 10
<i>Louco como Sujeito Perigoso ou Estranho</i>			
<i>Impotências Diante de Violações de Direitos Humanos</i>			
<i>Saudosismo do Manicômio</i>			
Análise e Síntese dos dados com a Legislação e Literatura da Área			

Fonte: elaboração própria, com adaptações de Câmara (2013) e Assis (1998) apud Pinto (2008)

A respeito do detalhamento da unidade temática “*Louco como Sujeito Perigoso ou Estranho*”, esta é caracterizada pelos conteúdos e discursos que versam a respeito de posturas dos profissionais da Estratégia Saúde da Família que colocam o sujeito com alguma questão de saúde mental (leve, Moderada ou grave) como um sujeito potencialmente perigoso. Estas posturas ficam ainda mais evidentes quando os sujeitos desenvolvem transtornos mentais oriundos de contextos de uso abusivo de álcool e outras drogas. Neste sentido, forma-se aqui a primeira matriz do estigma em saúde mental que esta pesquisa conseguiu perceber nos territórios investigados.

**S8:** Eles vêm com problemas sérios...questão de drogas. É uma assim até, às vezes, **muito arriscado de a gente até chegar lá para acolhimento**, visita domiciliar quando a gente faz...então ai tem esse problema. Muitos, também, têm problema mental, esquizofrenia por drogas ou não...eles...muitos têm distúrbio mesmo. (Grifos do autor).

**S1:** Eu procuro, dentro do possível, levar a coisa com naturalidade, tratando o paciente **como se fosse um paciente normal**. Quando precisa eu chamo a família também, converso com a família também. Eu faço o que posso, tem o agendamento, tem o dia certo de pegar o medicamento, não é aquele paciente que ele vai ter que ficar aqui junto com outras demandas. (Grifos do autor).

Esta primeira versão dos tipos de estigma chama atenção pelo fato de ser bastante caricata e faz parte das preocupações do cotidiano dos profissionais. Interessante notar que, em diversas situações, os profissionais eram agredidos por usuários das unidades de saúde (que não tinham nenhuma demanda de saúde mental expressa) e isto era enxergado por eles

como algo “natural”.

Contudo, quando chegava um paciente conhecido de saúde mental, com ou sem acompanhamento de familiares, o clima da unidade de saúde mudava. Há um certo temor que, a qualquer momento, a pessoa vá “descompensar” e iniciar processos de violência contra os profissionais. Esta é uma das formas de estigma mais clássica na literatura que trata da saúde mental enquanto fenômeno histórico e social e, também, presente no cotidiano das unidades de saúde pesquisadas.

Evidencia-se o discurso da normalidade e da busca de aprisionar o sujeito no estigma da loucura. Um fator importante a ser notado consiste no fato de que muitos profissionais entrevistados relataram que tem medo de o usuário ter uma crise psicótica ou algo do tipo, medo de serem agredidos e sofrer algum tipo de violência por parte do “louco”. Esta é uma forma de estigma clássica e daí decorre a necessidade de muitos profissionais de lidar com o louco medicado, “manso” e controlado.

Há outra faceta deste estigma da estranheza da loucura que se materializa pela necessidade de saber se a pessoa é de fato louca. Interessa aos profissionais e à comunidade em geral saber o nível de loucura das pessoas. A depender do nível de loucura manifesta, o paciente pode “ser do CAPS” ou “ser do Posto de Saúde”.

**S17:** Na realidade é assim, a gente encontra ainda um tabu muito grande das pessoas com relação a questão de saúde mental, porque existe aquela coisa, quem procura o CAPS tá doido. Ainda tem muito isso, muita gente omite da gente que faz uso de medicamento. Eu acredito porque tem vergonha. Porque foi muito criado aquela questão, quando o CAPS iniciou pra (sic) quem era o CAPS? Pra (sic) **quem realmente era considerado louco, vamos dizer assim, bem perturbado mesmo** (Grifos do autor)

**S2:** Até porque... pro (sic) paciente se senti mais a vontade de se abrir com você. Por que as vezes os pessoal (sic) **tem vergonha de dizer que frequenta o CAPS**. Porque eu acho que profissional também não sabe chegar e ir até ele e ir conversar e deixar ele a vontade, entendeu? (Grifos do autor)

Há um fato curioso e interessante de estigma institucionalizado com suposta capa de

cuidado. Trata-se da situação do Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil de Iguatu (CAPS - i). A história curiosa deste CAPS-i é marcada por iniciativas de tentar fazer com que a população se vinculasse ao serviço de saúde mental e que os profissionais da saúde da família pudessem encaminhar as crianças e os adolescentes sem que estes ficassem “marcados” como loucos na comunidade. A saída para este impasse foi batizar o CAPS-i com outro nome mais “ameno”. Assim nasceu a “Casa Azul”.

Figura 20 – CAPS Infanto-Juvenil de Iguatu “Casa Azul”



Fonte: [iguatu.ce.gov.br](http://iguatu.ce.gov.br)

Nestas pequenas e simbólicas ações, o estigma vai se perpetuando e se naturalizando nas práticas dos profissionais e na relação da comunidade com os serviços. Estes fatores se relacionam intimamente com os elementos da próxima unidade temática. Os estigmas da loucura ditos “mais brandos” contribuem para legitimar a aceitação dos estigmas mais bárbaros que se traduzem em violência para com os pacientes de saúde mental nos territórios.

A respeito do detalhamento da unidade temática “*Impotências Diante de Violações de Direitos Humanos*”, esta é caracterizada pelos conteúdos e discursos que versam a respeito de posturas dos profissionais da Estratégia Saúde da Família e da rede de suporte no sentido de tomar conhecimento de casos de violação de direitos dos usuários com transtornos mentais e não saber o que fazer diante de tais fatos.

**S17: Tão tratando ser humano como porco, é vergonhoso, mas é a**

**realidade. Ela tá tratando ele como um animal.** Quer dizer, não tem uma socialização, não tem nada, é preso, só não é na grade. Mas não tem contato nenhum, por exemplo eu faço minha visita domiciliar, ela vem me atende no portal, eu pergunto como tá, não manda nem entrar. (Grifos do autor)

**S14: Tem lá que é mantido em cárcere privado,** foi feito o encaminhamento, uma reunião das equipes e a coordenadora do CAPS aqui de Iguatu, foi decidido que a COHAB será uma das primeiras unidades a ser feito matriciamento de saúde mental e esse caso que a gente tem, que ele é mantido em cárcere privado vai ser trabalhado junto com o pessoal do CAPS. (Grifos do autor)

**S7: Isso e parece que eles estão tendo que lidar com um estorvo, um peso na família, são realmente largados,** vai sozinho e são abandonados... (Grifos do autor)

Ou seja, os profissionais têm conhecimento de situações degradantes dos sujeitos que acompanham, em muitos casos a família é a maior violentadora das pessoas em questão, e pouco se faz para que se tomem providências efetivas para reversão deste quadro de perda da dignidade dos usuários dos serviços. Este é um dado relevante no sentido que do ponto de vista ético e político, o sofrimento degradante ainda é uma condição da ordem do “lamentável” em vez de ser da ordem do “inaceitável” como preveem as políticas oficiais de proteção da pessoa com transtorno mental e a legislação geral do campo dos direitos humanos.

A respeito do detalhamento da unidade temática “*Saudosismo do Manicômio*”, esta é caracterizada pelos conteúdos e discursos que versam a respeito de posturas dos profissionais da Estratégia Saúde da Família no sentido de alegar que ainda é necessário a manutenção da estrutura dos hospitais psiquiátricos (historicamente e conceitualmente chamados de manicômios). Uma das razões para que os profissionais reivindiquem o manicômio como elemento da rede de cuidado reside no fato de que as falhas da rede substitutiva causa certa “insegurança” para manejar os casos de saúde mental.

**S9: Eu acho assim... que os CAPS deveriam ser melhor estruturados. Eu até concordo, claro, com aquela história de acabar com aqueles hospitais, né. Que tenha os CAPS, né. Que tenha aquele 24 horas, mas precisa ter também o dia todo, mas é tudo desestruturado...E aí? Esses pacientes vão ser assistidos por quem? Porque a gente sabe que os CAPS noite e dia trata de internação. E esses casos que dão para serem acompanhados ambulatorialmente? Como é que vai ser feito? Porque os CAPS não tão funcionando devidamente. Porque não estão...** (Grifos do autor).

**S9:** Mas, já teve casos que, por exemplo, de ter paciente que o Doutor já atendia paciente de outra área, como ele já tava (sic) atendendo, já teve casos de ele **encaminhar para o Hospital de Messejana**<sup>29</sup> porque ele atendeu na terça feira a noite pra tu ver como o CAPS... (estava fechado) (Grifos do autor).

**S10:** Semana passada mesmo eu fui fazer uma perícia pro (sic) estado, que eu trabalho também com perícia numa casa de apoio, numa reorganização que a Prefeitura Municipal de Fortaleza está fazendo. Uma casa de apoio lá em Messejana, vizinho o Frotinha de Messejana. Eu fiquei impressionado com a estrutura. Estrutura de primeiro mundo. Equipe multidisciplinar, muito organizada. **Então é isso que tem que ser feito... fecharam os hospícios, né. Fecharam os hospitais mentais. É fazer, é criar algo semelhante, como está sendo criado e fazer os CAPS funcionarem. A solução é essa.** (Grifos do autor).

Nestes termos, a fragilidade da rede substitutiva permite que haja desamparo na assistência para condução de casos de crises em saúde mental ou mesmo para que se tenha um serviço comunitário de referência. Este desamparo assistencial tem aberto caminho que que as instituições manicomiais por excelência se legitimem entre os profissionais. Como se verá mais adiante na discussão dos dados, o Hospital de Messejana é o maior e mais antigo manicômio público do estado do Ceará. Muito embora tenha se diversificado em atividades com viés progressista, ainda é uma instituição marcadamente aprisionante e representa o atraso na Reforma Psiquiátrica Cearense. Outro fator mais gritante trata-se de o fato deste hospital fazer parte da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do estado. Neste sentido, os dados desta pesquisa levam a constatar que as Reformas Sanitária e Psiquiátrica têm sofrido duras derrotas.

Outro fator relevante no campo das derrotas acima mencionadas, consiste na ascensão vertiginosa de outra modalidade de manicômio com viés de tratamento de questões álcool e outras drogas (AD): as comunidades terapêuticas. Estas instituições com sérios problemas tem sido a válvula de escape, reivindicadas em grande parte pelos familiares, para que os

---

<sup>29</sup> Conhecido popularmente como Hospital de Messejana, o Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto, que compõe a estrutura organizacional da Secretaria de Saúde do Estado, é referência para o atendimento em Psiquiatria no Estado do Ceará. Integrante da rede hospitalar do Sistema Único de Saúde (SUS), o HSM dispõe de dois hospitais-dia com sessenta leitos distribuídos no atendimento a psicóticos e dependentes químicos, um núcleo de atenção à infância e adolescência, uma unidade de desintoxicação (álcool e outras drogas) com 20 leitos masculinos e quatro unidades de internação, duas masculinas e duas femininas com quarenta leitos cada, assegurando assistência gratuita a seus pacientes em clínica psiquiátrica e reabilitação biopsicossocial multidisciplinar. É ainda campo de estudo, pesquisa e formação para profissionais da área de saúde mental. (Fonte: <http://www.hsmm.ce.gov.br/index.php/o-hospital/institucional>)

profissionais solicitem internação para lidar com as demandas de saúde mental motivadas por uso abusivo de álcool e outras drogas.

O Estado tem tido influência importante no fortalecimento do *Looby* das Comunidades Terapêuticas, principalmente por abrir financiamento público para tais instituições privadas (majoritariamente de matriz religiosa cristã) e, o mesmo Estado, deixar faltar insumos básicos para cuidar dos usuários na atenção primária ou mesmo nos serviços dos CAPS. Esta contradição sistêmica tem deixado os serviços e os profissionais com insustentabilidades concretas de fazer as funções para as quais são designados: cuidar de cerca de 80% dos casos de saúde mental nos territórios de acordo com as estimativas da Organização Mundial de Saúde (2004). Neste sentido, a expressão “Saudade do Manicômio” não se configura exagerada para representar esta situação, pois este é o sentimento da maioria dos profissionais entrevistados no sentido de afirmar que “tiraram o hospital e botaram o quê no lugar”?

Estes e outros aspectos relevantes serão discutidos na seção posterior, sempre tentando apresentar ao leitor as alternativas viáveis para que os impasses notados nos dados desta pesquisa não signifiquem uma ampliação paralisante da realidade.

## 5 DISCUSSÃO

Um aspecto relevante da análise dos resultados desta pesquisa consiste em perceber que o campo de trabalho em que estão inseridos os profissionais na Atenção Primária à Saúde (APS) ao mesmo tempo que é uma potência, territórios de imensas possibilidades de criação e articulação de cuidado; por força de diversos fatores, configura-se como o lugar da frustração diante da necessidade do agir e não saber como fazer. Este percurso é cercado de contradições, de conteúdos não ditos, de afirmação e negação daquilo que é prescrito pelas políticas oficiais sobre as zonas de fronteira entre Saúde Mental e Atenção Primária.

### 5.1 Em discussão as Questões da Fragmentação da Formação em Saúde

*S12: Eu acho que tem que ter alguma estratégia realmente, alguma capacitação, uma formação da gente, para que a gente soubesse como conhecer, como lidar, como realmente separar o que é realmente saúde mental, o que não é. Para arrumar estratégias de trabalhar com essas pessoas.*

Situado o leitor quanto a isto enquanto abertura do campo de discussão, passa-se a análise das categorias propriamente ditas. No que diz respeito à categoria **Questões da Fragmentação da Formação em Saúde** suas unidades temáticas é salutar o destaque de que as diversas profissões que compõem o campo da saúde atuaram de forma controversa na construção da Reforma Sanitária Brasileira e na Luta Antimanicomial. Neste sentido, da exploração do caráter controverso da participação das profissões, é importante destacar que os sindicatos, as associações de profissão e os movimentos civis de profissão participaram decisivamente na escrita do que viria a ser o Sistema Único de Saúde como se pode notar no trecho abaixo:

Essas recomendações orientaram o trabalho da Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS), que reuniu pelo lado do governo representantes de sete ministérios: Saúde (MS), Previdência e Assistência Social (MPAS/Inamps), Trabalho (MTb), Desenvolvimento Urbano (MDU), Planejamento (Seplan), Ciência e Tecnologia (MCT), Educação e Cultura (MEC/SESU); além dos Conselhos Nacionais de Secretários de Saúde (CONASS); e de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems); e de representantes das comissões de saúde do Senado e da Câmara. A comissão

reuniu, ainda, as seguintes representações: confederações de trabalhadores da indústria, de serviços e da agricultura (CUT, CGT e Contag); de federações sindicais e associações de profissionais de saúde, especialmente a Federação Nacional dos Médicos (FNM) e Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn); de movimentos sociais (Conam); de confederações patronais, como as Confederações Nacionais da Indústria (CNI), da Agricultura (CNA) e do Comércio (CNC); de associações de classe de provedores do setor privado, como a Federação Brasileira de Hospitais (FBH) e a Confederação das Santas Casas de Misericórdia do Brasil (CMB). (CONASS, 2009. p 18)

Importante que o leitor perceba que não compuseram a Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS) os Conselhos de Profissão e as Universidades. Mesmo que sindicatos e associações de classe tenham composto a citada comissão, estas entidades não possuem a prerrogativa de Lei de orientar e disciplinar a atuação profissional. Cabe as Universidades (majoritariamente) pautar os parâmetros da formação e aos Conselhos profissionais pautar e fazer cumprir os parâmetros da atuação. A não presença destas duas modalidades de entidades neste momento histórico ajuda a compreender uma série de desníveis de formação de diversas profissões e a sua relação controversa com o Sistema Único de Saúde.

Se, para o Materialismo Histórico Dialético, a História é um elemento fundamental para se compreender a estruturação daquilo que chamamos de presente e realidade (KONDER, 2010), tem-se aqui uma pista histórica importante sobre as ditas fragmentações das formações profissionais ditas pelos entrevistados. Faça-se exceção apenas à profissão dos Agentes Comunitários de Saúde por ser este ofício mais recente do ponto de vista da regulamentação, muito embora a sua gênese data das décadas de 1970 e 1980 (LAVOR, 2009; ANDRADE e BARRETO, 2009).

Segundo estudos de Carvalho e Ceccim (2009), as profissões de saúde, historicamente, estiveram predominantemente alinhadas com projeto de formação alinhados com o modelo Flexner, com tendências biologicistas, fragmentárias e tecnicistas. Durante o transcurso dos movimentos sanitários no mundo e no Brasil, as profissões sofreram tensionamentos para mudanças curriculares e de formação técnica. São iniciativas destas tentativas de mudança por mudança a instituição da Rede Unida (anos 1990), das mudanças de diversas diretrizes curriculares dos cursos de saúde (primeira década dos anos 2000), criação do “vivência e estágio na realidade do SUS – VER SUS (2004) e criação do Programa Nacional da

Reorientação da Formação em Saúde – Pró-Saúde (2005). Todas as propostas de reorientação citadas tiveram algum impacto na mudança curricular dos cursos de graduação e na incrementação do debate sobre que tipo de profissional se pretendia formar.

Mais recentemente, o próprio Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) se propõe, em certa medida, a mudar as práticas profissionais por meio do balizamento de indicadores. Apresenta, assim, a proposta de mudança recente do Governo Federal para reorientação de práticas requeridas dos profissionais para a Estratégia Saúde da Família.

Em desdobramento de argumentos neste campo da formação e suas contradições, ao analisar as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) de todos os cursos dos profissionais entrevistados nesta pesquisa, notaram-se alguns aspectos interessantes que merecem uma reflexão. Também, em caráter de exceção, a profissão dos Agentes Comunitários de Saúde não é regida pelas DCN. Contudo, para manter o mérito coerente na análise comparativa, este estudo utilizou-se de um parâmetro nacional, a saber, a PORTARIA Nº 3.189, DE 18 DE DEZEMBRO DE 2009 que dispõe sobre as diretrizes para a implementação do Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde (PROFAPS).

Tomou-se a liberdade de avaliar as Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de nível superior que fazem parte das equipes das unidades investigadas neste estudo buscando as seguintes expressões e palavras-chave: saúde mental, integralidade e cuidado. O mesmo foi feito com a supracitada legislação dos Agentes Comunitários de Saúde. O resultado é interessante:

Tabela 18 – Síntese das Propostas de Formação das Profissões das Equipes

<i>Profissão</i>	<i>DCN</i>	<i>Ano</i>	<i>Saúde Mental</i>	<i>Integralidade</i>	<i>Cuidado</i>
Enfermagem	RESOLUÇÃO CNE/CES Nº 3, DE 7 DE NOVEMBRO DE 2001	2001	Não há menção	5 aparições, relacionadas a Integralidade da assistência e da atenção à saúde	5 aparições relacionadas aos cuidados em enfermagem
Odontologia	RESOLUÇÃO CNE/CES 3,	2002	Não há menção	1 aparição relacionada à	3 aparições relacionadas aos

	DE 19 DE FEVEREIRO DE 2002.			integralidade da assistência	cuidados da assistência em saúde bucal.
Medicina	RESOLUÇÃO Nº 3, DE 20 DE JUNHO DE 2014	2014	1 aparição relacionada como disciplina fundamental do curso	4 aparições relacionadas a atenção à saúde e ao cuidado	53 aparições relacionadas à responsabilização do cuidado, gestão do cuidado e humanização do cuidado
Fisioterapia	RESOLUÇÃO CNE/CES 4, DE 19 DE FEVEREIRO DE 2002.	2002	Não há menção	2 aparições relacionadas à integralidade da assistência	Não há menção
Nutrição	RESOLUÇÃO CNE/CES Nº 5, DE 7 DE NOVEMBRO DE 2001	2001	Não há menção	2 aparições relacionadas à integralidade da assistência	Não há menção
Psicologia	RESOLUÇÃO Nº 5, DE 15 DE MARÇO DE 2011	2011	Não há menção	Não há menção	Não há menção
Serviço Social	RESOLUÇÃO Nº 15, DE 13 DE MARÇO DE 2002	2002	Não há menção	Não há menção	Não há menção
Agente Comunitário de Saúde	PORTARIA Nº 3.189, DE 18 DE DEZEMBRO DE 2009	2009	Não há menção	1 aparição relacionada à integralidade da atenção à saúde coletiva e individual em	1 aparição relacionada ao cuidado com o outro (alteridade)

Fonte: elaboração própria

Importante notar que as reformulações curriculares e o apontamento de diretrizes de formação, em sua grande maioria, são da primeira década dos anos 2000. Este dado é coerente com um movimento generalizado de revisão de parâmetros de formação e atuação profissional ocorridos justamente neste período histórico. Em termos de destaque positivo, têm-se as DCNs dos cursos de Medicina. São as DCNs mais recentes e apresentam avanços em diversos pontos, em especial por pensar a saúde mental como eixo estruturante da formação dos futuros médicos e médicas. A relação com a categoria cuidado e com a

integralidade também aparece de forma interessante nas propostas de desenho de habilidades e competências.

No conjunto das demais profissões, é possível notar que a ausência destas categorias ou a aparição tímida é coerente com a reclamação de boa parte dos profissionais em termos de aprendizado superficial a respeito do campo da saúde mental, das dimensões do cuidado e de uma defesa da integralidade. Chama atenção as DCNs dos cursos de Psicologia e Serviço Social, pois são profissões historicamente militantes pela efetivação de diversos seguimentos do Sistema Único de Saúde e não terem contemplado nas suas reformulações curriculares estes eixos basilares. Mais escandaloso é a Psicologia<sup>30</sup> não ter a saúde mental como eixo estruturante de sua proposta de formação de profissionais.

Evidentemente que se sabe que as diretrizes curriculares não são a verdade absoluta sobre os cenários de formação no país, contudo, o que está escrito para orientar a formação é de suma importância para a Histórica e para a feitura do cotidiano. Se as profissões não deixaram ou não tem deixado isto claro nas suas diretrizes de formação, este estudo afirma categoricamente que é pelo fato de não serem politicamente relevantes para este momento histórico. Fica esta provocação e esta reflexão baseada nas evidências supracitadas. Os estudos de Moraes e Costa (2015), quando da realização de um extenso levantamento documental sobre as propostas de formação dos cursos de saúde no Brasil, tem evidenciado estes e outros descompassos.

A respeito das queixas dos profissionais com relação às propostas raras de formação permanente, é importante que se ressalte que o país tem assistido a um incremento vultoso do número de vagas para formação de trabalhadores na Atenção Primária nas duas últimas décadas como se pode notar nos elementos abaixo apresentados:

Tabela 19 – Expansão comparativa das oportunidades de Educação Permanente

---

<sup>30</sup> Os estudos de NEPOMUCENO (2014) podem fornecer pistas sobre que tipo de prática a Psicologia tem desempenho da Atenção Primária e quais as repercussões de mudança inclusive na formação destes profissionais diante dos desafios do fazer para articulação entre Atenção Primária e Saúde Mental.

Ano	Nº de ESF implantadas	Residências MFC	Especialização	Residência multiprofissional
1.998	3.062			
1.999	4.114			
2.000	8.503			
2.001	13.155			
2.002	16.698	193	860	
2.003	19.068	224	860	
2.004	21.232	249	680	
2.005	24.564	345	680	
2.006	26.729	547	920	
2.007	27.324	585	1.040	241
2.008	29.300	558	5.200	582
2.009	30.300	584	17.200	710

Fonte: Campos et al (2010)

Apesar deste citado aumento de vagas, principalmente no número de vagas para Medicina de Família e Comunidade, este número é muito pequeno em relação às vagas das demais especialidades de residências de Medicina. O que isto quer dizer? Ora, uma contradição sistêmica, pois a Estratégia Saúde da Família já foi instituída como principal estratégia de ordenamento da rede de saúde do país e não conta com o direcionamento do governo federal (principal financiador dos programas de residência) para que a Atenção tenha mais vagas e que tais vagas sejam ocupadas. Segundo os dados do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação, a Residência de Medicina de Família e Comunidade é uma das que possui maior índice de vagas ociosas (71%) dentre as vagas ofertadas por edital como se pode notar nos dados abaixo:

Tabela 20 – Índice de Ociosidade de Vagas em Residência de Medicina de Família e Comunidade

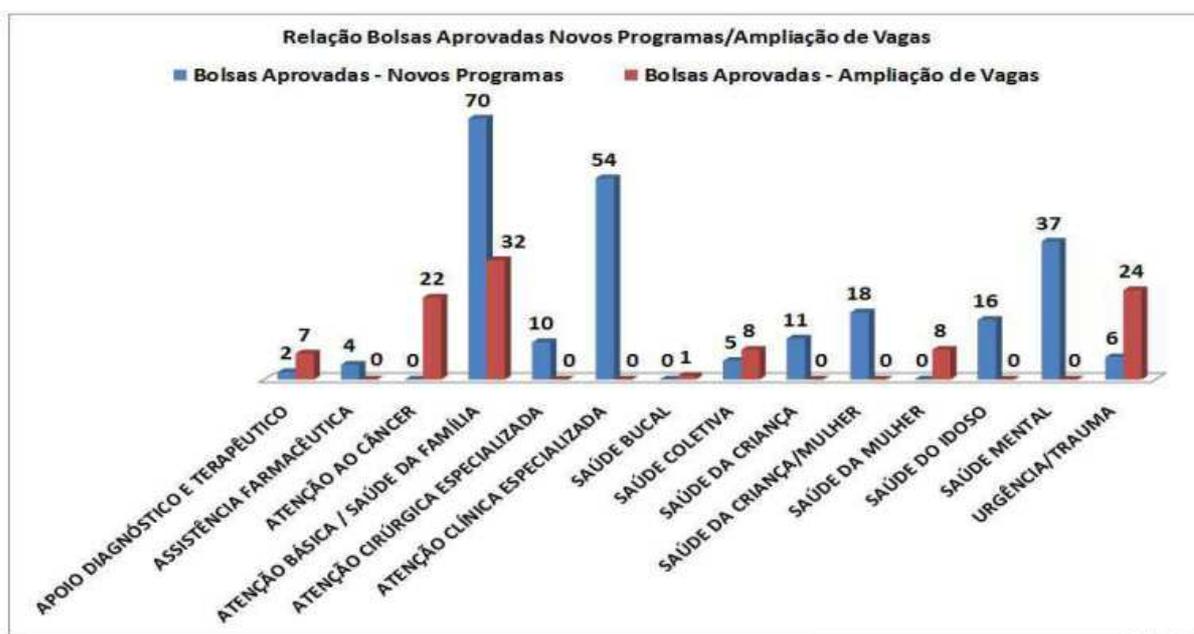
ESPECIALIDADE ACESSO DIRETO	R1 Ocupadas	R1 Existentes	Ociosidade
ACUPUNTURA	5	20	75,0%
MEDICINA LEGAL	2	8	75,0%
MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL	14	50	72,0%
MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE	206	711	71,0%
PATOLOGIA CLÍNICA	10	29	65,5%
GENÉTICA MÉDICA	12	24	50,0%
MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO	23	38	39,5%
MEDICINA NUCLEAR	20	31	35,5%
PATOLOGIA	82	124	33,9%
INFECTOLOGIA	134	202	33,7%
CIRURGIA DA MÃO	25	36	30,6%
RADIOTERAPIA	33	47	29,8%
OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA	726	1031	29,6%
OFTALMOLOGIA	287	402	28,6%
NEUROCIRURGIA	106	138	23,2%
MEDICINA ESPORTIVA	10	13	23,1%
PEDIATRIA	1054	1352	22,0%
RADIOLOGIA	296	373	20,6%
NEUROLOGIA	156	196	20,4%
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	491	615	20,2%
PSIQUIATRIA	292	361	19,1%
OTORRINOLARINGOLOGIA	163	199	18,1%
CIRURGIA GERAL	1190	1425	16,5%
ANESTESIOLOGIA	546	644	15,2%
CLÍNICA MÉDICA	1650	1893	12,8%
DERMATOLOGIA	175	200	12,5%
MEDICINA DO TRABALHO	27	30	10,0%
HOMEOPATIA	2	2	0,0%
MEDICINA DO TRÁFEGO	2	2	0,0%
TOTAL	7739	100,0%	10196

Fonte: DEGES/SGTES/MEC, 2001 apud SGTES 2012

Ao mesmo tempo que o governo não tem sinalizado medidas efetivas para tensionar os interesses corporativos da Medicina, é importante salientar que o número de vagas é desproporcional ao número de equipes implantadas de Saúde da Família. Neste sentido, os profissionais participantes desta pesquisa têm razão ao sentirem que as oportunidades de aperfeiçoamento em suas formações são escassas. Embora a demanda declarada em boa parte das falas tenha sido por cursos mais específico, existe notória reivindicação para que se tenha acesso à especializações e processos de residência com vistas à qualificação dos serviços prestados.

Em relação às Residências Multiprofissionais, é relevante que se faça o reconhecimento de que o número de vagas tem crescido, bem como os desenhos dos diversos programas de residência tem se diversificado. Sob o ponto de vista das Residências Multiprofissionais, é possível perceber pelos dados do Ministério da Saúde que há um crescimento de vagas na Atenção Primária à Saúde tanto sob os aspectos de novas vagas para novos programas de residência quanto da expansão das vagas já existentes. Contudo, as Residências Multiprofissionais em Saúde Mental têm sido contempladas com um crescimento módico se comparado ao da Atenção Primária, bem como os programas tem continuidade restrita, sendo este fator comprovado pela nula expansão de vagas dos programas existentes como se comprova nos elementos abaixo:

Gráfico 10 – Comparativo de Bolsa das Residências Multiprofissionais



Fonte: SGTES (2012)

Se Marx e Engels (1977), na obra *a Ideologia Alemã*, defendem que “Tal como os indivíduos manifestam sua vida, assim são eles. O que eles são coincide, portanto, com sua produção, tanto com o que produzem, como o modo como produzem” (BORGES e LUZIO, 2010. p 19), pode-se afirmar que a política sanitária brasileira da forma como está é um entrave ao efetivação do SUS, pois produz uma contradição de caráter paralisante para o desenvolvimento da Atenção Primária em sua plenitude.

A matriz que comprova esta afirmação consiste no fato de a legislação fundante da Política Nacional de Atenção Básica afirmar que a Saúde da Família é uma estratégia prioritária para o sistema de saúde e não se conseguiu dar prioridade a esta especialidade na formação de médicos. Outro elemento que prova que a contradição é fratura consiste no fato de que tanto nas políticas estruturantes da Saúde da Família quanto nas políticas de Saúde Mental, as ações de intersetorialidade e intrasetorialidade são reivindicadas e não se consegue articular as expansões das residências de forma que se garanta a formação de trabalhadores em Saúde Mental em quantidade equivalente com o campo da Saúde da Família.

Não há espaço nesta análise para a ingenuidade, pois é perceptível pelo cenário que os números apresentam, que o governo brasileiro não tem enfrentado os interesses corporativistas quanto ao direcionamento da formação em saúde para áreas estratégicas, em especial na Atenção Primária.

As insuficiências, as deficiências e as contradições na formação de base e na formação permanente possuem impactos diretos no fazer cotidiano dos profissionais. Neste sentido, é compreensível que haja insegurança técnica para lidar com fenômenos complexos ou que exijam uma visão ampliada dos processos saúde doença. Esta é a condição para lidar com as demandas de saúde mental: lidar com o inesperado, lidar com a multifacetada realidade das famílias e necessariamente agir e articulação com diversos atores. Fazer este tipo de proposta não é das tarefas mais simples e exige disponibilidade dos profissionais e também condições facilitadoras para o aprendizado de tais habilidades e competências de atuação. Embora haja estas dificuldades de articulação relatadas pelos profissionais, é importante que se destaque que a Saúde da Família é um *Lócus* privilegiado de estabelecimento de práticas de saúde mental:

A ESF é, por assim dizer, um Programa de Saúde Mental: há tratamento continuado, base sobre a qual os pacientes podem ressignificar seus sintomas e seus sofrimentos; pratica-se o acolhimento, que é uma maneira de escutar as pessoas e que é considerado um dos dispositivos fundamentais das práticas de saúde mental; desenvolvem-se ações coletivas, como caminhadas, iniciativas culturais, educativas e de participação e protagonismo político. (LANCETTI e AMARANTE, 2009. p 629)

Os elementos trazidos acima são interessantes para se pensar o fazer da Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família. Embora haja uma reclamação geral dos profissionais entrevistados sobre o “não saber o que fazer” com os casos de saúde mental, muito do que já se faz na Saúde da Família é considerado como atividade relevante para a condução das questões de saúde mental. Existe uma declaração de uma das entrevistadas que é emblemática no sentido de que atitudes basicamente triviais podem ter repercussões gigantescas para o estabelecimento de cuidado em saúde mental na atenção primária:

**S3: O que eu mais faço é ouvir, escutar o que pessoa tá (sic) precisando, porque as pessoas chegam com as demandas delas, e a primeira coisa que você faz é ouvir.** Para dar determinados encaminhamentos, vê o que a pessoa tá (sic) precisando. E aí tomar uma atitude. Mas a gente faz todos os atendimentos da atenção básica, criança, gestante, idoso, tudo. (Grifos do autor)

Ou seja, a escuta é um elemento central no estabelecimento de projetos de cuidado. A escuta qualificada é elemento central para se pensar propostas de acolhimento coerentes, humanizados e com vistas ao estabelecimento da integralidade no seu sentido mais nobre: usar todos os recursos disponíveis para atender às necessidades dos sujeitos em sua singularidade. Por mais que pareça trivial, mas qualquer iniciativa de formação aos trabalhadores deve estar atenta a estas questões acima discutidas sob o risco de a reivindicação por formação se transformar reivindicação de tecnicismo que conduz a certo “embrutecimento” no agir com os sujeitos:

**S1: Às vezes, é tanta correria, é tanta coisa que você tem que atender, aquele monte de paciente num espaço pequeno, que às vezes é mais fácil você deixar de ouvir o paciente com uma conversa que até iria dá alguma contribuição em relação a melhora deles.** (Grifos do autor)

Neste sentido, a escuta, o ouvir atento é uma tecnologia das relações do tipo leve (MEHRY, 1998 apud FRANCO E JUNIOR, 2004) bastante potente para o estabelecimento de processos de acolhimento. O acolhimento é um atributo diferencial da Estratégia Saúde da Família tanto porque já está consensuado no meio sanitário e governamental como uma estratégia de acesso qualificado aos serviços prestados, quanto porque o acolhimento feito de forma coerente e atenta pode significar uma maior vinculação ou não de usuários e familiares

às equipes e às unidades de saúde.

É justo que os profissionais reivindiquem mais espaços de formação para saber como lidar com o acolhimento daquilo que eles já disseram claramente que tem medo: o paciente de “saúde mental”. Afinal, costuma se temer o que não se conhece. Neste sentido, tornar o tema da saúde mental presente dentro de uma rotina de debates e formações temáticas pode contribuir para redução da alegada insegurança constante.

Outro fator relevante de discussão consiste no fato de que se percebeu nesta pesquisa que existe uma fragilidade nos entendimentos sobre as ferramentas propostas como estruturantes para o trabalho no contexto da Saúde da Família, em especial a do acolhimento. Os elementos percebidos nesta pesquisa levam a constatar que processos de discussão, implementação e avaliação permanentes de feitura de acolhimento, de Projeto Terapêutico Singular, de ações de sensibilização e humanização, bem como de articulação e matriciamento são potentes no sentido de preparar os profissionais para lidar com diversos problemas complexos, inclusive os relacionados à Saúde Mental.

Um fator relacionado ainda aos aspectos concernentes às inseguranças alegadas pelos profissionais diz respeito a um importante debate dentro do campo saúde: que tipo de clínica se reivindica para elaborar projetos de cuidado? Este debate perpassa por diversas dimensões de análise, dentre elas os modelos de formação de profissionais (tratados nesta pesquisa pela disputa majoritária entre os modelos propostos por Flexner e Dawson) e o entendimento político e técnico do que venha a ser uma intervenção clínica com os sujeitos nos serviços de saúde.

O debate da clínica necessariamente remete ao debate sobre a hegemonia do saber da clínica médica e dos saberes da Medicina moderna que influenciaram e influenciam os saberes de diversas profissões de forma direta ou indireta. Foucault (1977), em *O Nascimento da Clínica* destaca diversos processos históricos no desenrolar do desenvolvimento da Medicina enquanto campo de saber-poder em que se desenvolveram mudanças na forma de se perceber as doenças e o corpo doente dos sujeitos. A Medicina construiu, aos poucos, um discurso e uma prática que buscava trazer à luz aquilo que estava obscuro no conhecimento das doenças. Este “trazer a luz” para além dos aspectos visíveis do adoecer, é a constituição

da clínica, do saber clínico desenvolvido pela Medicina moderna dos Séculos XVIII e XIX e que, de certa maneira persiste até os dias atuais. A análise de sintomas e signos permitia conhecer a doença para elaboração de diagnósticos por meio da amamnese (CRUZ et al, 2013).

Foucault explora a miúde a complexidade do debate histórico a respeito da clínica médica e das influências deste tipo de saber nas demais disciplinas e ciências da saúde. Um dos desdobramentos deste debate consiste na preocupação em conceber a clínica como mero ato de análise de sinais e sintomas, como uma simplificação vulgar da investigação.

Esta narrativa ideal, tão frequente no final do século XVIII, deve ser compreendida tomando como referência a recente criação das instituições e dos métodos clínicos: lhes dá um estatuto ao mesmo tempo universal e histórico. Valoriza-os como restituição de uma verdade eterna, em um desenvolvimento histórico contínuo, em que os únicos acontecimentos foram de ordem negativa: esquecimento, ilusão, ocultação. De fato, tal maneira de reescrever a história evitava uma história muito mais complexa. Massacrava-a, reduzindo o método clínico a qualquer estudo de caso, conforme o velho uso da palavra: e autorizava assim todas as simplificações ulteriores que deveriam fazer da clínica e que fazem dela ainda em nossos dias um puro e simples exame do indivíduo. (FOUCAULT, 1977. pp 62-63)

Neste sentido, as instituições formadoras possuem uma parcela importante de responsabilidade histórica sobre os tipos de compreensão do fazer clínico. No entendimento deste autor, os modelos de formação majoritariamente dominantes nas Universidades, Faculdades, Institutos e instituições assim, embora “flertem” dos ponto de vista do discurso com propostas de viés progressistas e críticos a respeito da construção de uma clínica ampliada e contextualizada, mas elaboram suas propostas de formação, seus currículos e seus estatutos com base predominante para o fortalecimento de uma clínica classificatória, mecânica e reducionista dos fenômenos de saúde-doença. Uma evidência deste fato consiste na investigação das diretrizes curriculares que, quando versam sobre integralidade e cuidado, o fazem com vistas apenas aos aspectos assistenciais com foco no saber corporativo.

Ao mesmo tempo que as orientações dos currículos constroem uma narrativa de ampliação da compreensão dos fenômenos de saúde, gera-se uma contradição por se propor uma clínica de mera análise de sinais e sintomas. Existem diretrizes, inclusive, que os aspectos de ampliação do cuidado sequer aparecem na narrativa oficial como no caso das

diretrizes dos cursos de Psicologia, Serviço Social, Nutrição e Fisioterapia.

É importante que se faça uma ressalva de que não se pretende aqui negar a potência de intervenção e cura da análise de sinais e sintomas do fazer clínico. Mesmo considerando a crítica foucaultiana de que o fazer biomédico, a clínica médica e as demais formas análogas de clínica são instituições de controle, de apropriação de normatização e corpos e subjetividades e de consagração do Biopoder por excelência, faz-se necessário pensar alternativas para a clínica convencional e majoritariamente ensinada nos cursos de saúde. Este tem sido o debate encampado pelas universidades, pelos movimentos sociais e Ministério da Saúde nos últimos 16 anos.

Quando os profissionais não sabem o “quer fazer” e como proceder quando lhes chega ao conhecimento um caso de uma pessoa com transtorno mental ou sofrimento psíquico, eles estão dizendo que não sabem que tipo de clínica adotar. Não se sentem preparados e instrumentalizados (em nível de procedimentos e fundamentação dos procedimentos) para intervir com aquela pessoa que chega ao serviço. O rol de “ferramentas” e conhecimentos aprendidos parece não ser suficiente para o “que fazer”.

Considerando os elementos trazidos por Lancetti e Amarante (2009) acima mencionados de que boa parte do que se faz corriqueiramente na Saúde da Família já é prática de cuidado potente e efetiva para lidar com casos de Saúde Mental, pode-se perceber, mesmo considerando legítima a angústia dos profissionais, que existem muitos processos de alienação dos conhecimentos aprendidos e do processo de trabalho como um todo. A fragmentação da formação em saúde é um fator relevante para entender estes processos de alienação como se pode notar abaixo:

Na luta para vencer as unilateralidades decorrentes da alienação, é preciso enxergar o todo. Marx critica o ensino separado das disciplinas que nos proporcionam contato com aspectos vivos da realidade, mas mantendo-os isolados uns dos outros. Quando se estuda geografia, economia, política, direito, religião ou história, tropeça-se inevitavelmente na necessidade de compreender as articulações desses diversos campos, uns com os outros (KONDER, 2010. p 38)

Nestes termos, por razões históricas e conjunturais, a formação dos profissionais já possui o traço da alienação em seu bojo. É possível que as iniciativas de Formação e Educação Permanente contribuam para que o fazer cotidiano esteja mais conectado com uma globalidade de processos. Contudo, a redução de uma percepção alienante sobre o cuidado e sobre as ações e objetivos do fazer, do intervir não virá do acaso, nem muito menos da participação de cursos ou iniciativas similares requeridas pelos profissionais. É necessário uma compreensão política ampliada e crítica sobre estes processos e os profissionais possuem um papel importante no protagonismo de construção desta ação desalienante.

A busca da coerência deste fazer/intervir é traço fundamental para que os profissionais não fiquem reféns de uma certa “crise da práxis”. A práxis é um conceito que fala da intencionalidade de consciência daquele age. Ou seja, age-se no mundo para transformá-lo, para modifica-lo e superar as amarras de opressão, de fragmentação e de alienação dos processos e dos sujeitos.

Adorno trouxe sua contribuição para o avanço de uma das questões mais tradicionais da filosofia: o que é o conhecimento? Como se chega a conhecer algo? O sujeito que conhece é um sujeito ativo, é o sujeito da práxis. A práxis é uma atividade na qual o sujeito toma iniciativas, faz escolhas, decide, assume riscos. Para ser práxis, e não se deixar corromper numa atividade mecânica, cega, repetitiva, a atividade de autotransformação necessita da teoria em sua independência. (IDEM, 2010. p 57)

Portanto, ao elencar um tipo de discurso que não se sustenta em coerência com o tipo de ação efetiva no mundo se evidencia a “crise da práxis” tão comum nos unidades de saúde investigadas por esta pesquisa. Ou seja, os trabalhadores sabem que existe “algo errado” em sua formação, que é necessário ampliar os horizontes de conhecimentos para cuidar das pessoas que atendem, que é preciso pensar criticamente sobre sua realidade, contudo, para dar conta da urgência do cotidiano, se faz justamente o contrário do que se defende discursivamente. Assim aparecem as práticas violentas e normatizadoras de cuidado, uma espécie de “cuidado bancário” <sup>31</sup>(parafraseando o conceito de educação bancária de Freire) como se verá mais à frente.

---

<sup>31</sup> Defende-se este termo “cuidado bancário” em analogia ao conceito educação bancária da teoria de Paulo Freire (1987) para se referir ao cuidado administrado, que necessita se encaixar em todos os parâmetros prévios de classificação para poder ser feito com sucesso pelos profissionais.

## 5.2 Em Discussão a Medicalização da Vida e do Cuidado

S5: Que ele acha que só sobrevive com aquele remédio e procurar fazer palestras, mostrar e tentar de outras formas também, né, fazer com que o paciente melhore, mas não só através de um remédio.

Em relação aos aspectos relativos a categoria **Medicalização da Vida e do Cuidado** e as suas unidades temáticas específicas é importante que se faça a pontuação de que o conjunto de dados desta seção tem ligação íntima com os debates concernentes à Fragmentação da Formação em Saúde. A “crise da práxis” discutida anteriormente faz com que os profissionais tenham maior adesão a práticas de cuidado com perfil aprisionador e imediatista. Assim se faz o terreno fácil para que a medicalização de todos os processos seja a solução viável e necessária para o bem estar das pessoas.

Importante que o leitor saiba que, ao se falar em medicalização da vida, não se está fazendo tal afirmação de forma leviana ou exagerada. A utilização de medicamentos para diversos processos e contextos de tratamento de enfermidades é fato bastante antigo na História da humanidade, este ato é parte componente da composição de tratamentos e busca da cura, contudo, tem crescido a prática em larga escala de transformar a conduta medicamentosa para todas as ocasiões ou sendo esta conduta a única possível de se fazer para lidar com toda sorte de condições de vida. Além do reconhecimento do medicamento (droga química) como substância para o fenômeno da medicalização, existem outros fatores envolvidos na legitimação desta lógica de pensar-fazer a saúde dos sujeitos e coletividades:

Medicalização consiste em definir um problema em termos médicos, usar linguagem médica para descrevê-lo, adotar um arcabouço conceitual médico para entendê-lo e usar uma intervenção médica para “tratá-lo”. Este é um processo sociocultural que pode ou não envolver a profissão médica, conduzir a um controle médico do social ou a um tratamento médico, ou ser resultado de uma expansão intencional da profissão médica. Medicalização ocorre quando um modelo ou definição médica é aplicado para entender ou manejar um problema [...] (CONRAD, 1992 apud CARDOSO, 2014. p 57)

Como se pode perceber, uma das facetas importantes do debate a respeito da medicalização consiste a uma adesão à lógica médica de pensar e fazer processos de saúde. A avaliação médica é essencial para se saber se o sujeito “tem ou não” um problema, se o problema é grave ou não, se aquele serviço é o adequado para aquele tipo de problema e qual a conduta diante daquele problema. Esta lógica médico-centrada apontada acima faz sentido e é um dado muito presente em todas as unidades pesquisadas. Sem nenhum demérito à profissão médica, mas paira nos serviços de saúde o entendimento que sem o médico não existe possibilidade de manejos dos casos, em especial os casos de saúde mental. Esta é a consolidação da dominação da lógica do saber médico, reproduzido, inclusive, por todas as profissões componentes das equipes. Nas unidades de saúde há o entendimento de que sem a avaliação nosológica do médico, não é possível concluir com precisão se o paciente é ou não um “paciente de saúde mental”. Ou seja, o veto ou aprovação do diagnóstico é simbolicamente e efetivamente dado ao profissional médico.

Não se pode perder de vista que o profissional médico possui um poder diferenciado dos demais profissionais das equipes de saúde: o poder da prescrição medicamentosa (fármaco). Este exercício poder e este recurso é cercado de fantasias, simbolismos e repercussões para o campo profissional e para o conjunto da política pública de saúde. O fármaco passa a ser uma mercadoria carregada de esperanças de cura, de resultados rápidos e de salvação terapêutica sem o qual é “impossível viver”. Este aspecto da medicalização é tipicamente caracterizado por um fetiche. Na verdade, o remédio torna-se um elemento do fenômeno da fetichização da mercadoria.

Por conseguinte, a teoria marxiana conduz à desmistificação do fetichismo da mercadoria e do capital. Desvenda-se o caráter alienado de um mundo em que as coisas se movem como pessoas e as pessoas são dominadas pelas coisas que elas próprias criam. Durante o processo de produção, a mercadoria ainda é matéria que o produtor domina e transforma em objeto útil. Uma vez posta à venda no processo de circulação, a situação se inverte: o objeto domina o produtor. O criador perde o controle sobre sua criação e o destino dele passa a depender do movimento das coisas, que assumem poderes enigmáticos. Enquanto as coisas são animizadas e personificadas, o produtor se coisifica. Os homens vivem, então, num mundo de mercadorias, um mundo de fetiches. Mas o fetichismo da mercadoria se prolonga e amplifica no fetichismo do capital. (BARBOSA e KOTHE, 1996. p 38).

Ou seja, a medicação, transforma-se em uma mercadoria de alto valor simbólico para os profissionais de saúde, para os pacientes e para os familiares. Isto faz total sentido quando se analisa o caráter desesperador em que os sujeitos são vistos quando há a necessidade de se discutir a medicação no curso dos projetos de acompanhamento terapêutico nos serviços de saúde. Nestes termos, o cuidado em saúde se resume à medicação e sobre este assunto não se pode discutir sob o risco de haver reações violentas por parte daqueles que a consideram imprescindível.

Ao mesmo tempo que a prescrição desenfreada de medicação para o estabelecimento de cuidados em saúde mental na Saúde da Família reforça o contexto da fetichização do remédio como mercadoria de alto valor aprisionador dos sujeitos, é importante salientar que cabe uma parcela de responsabilidade aos profissionais pela alienação útil deste processo. Retomando esta fala abaixo, é possível notar claramente que se abre mão intencionalmente de compreender o processo ampliado de cuidado e agir de forma conveniente e fragmentada:

**S1:** Pra você... **ser muito mais fácil você prescrever um Diasepan** e mandar ele ir pra casa e se vê livre. Então, por conta disso aí, tá aumentando demais, demais a questão das dependências químicas, e tá aumentando demais as demandas de pacientes nessa área de saúde mental. (Grifos do autor)

Nestes termos é que se reivindica que a alienação é útil. Se deixa de compreender as repercussões do processo ampliado de cuidado de forma intencional porque supostamente ao fazer o que é “mais difícil” trará mais trabalho e, como medida imediata, aumentar a relevância da medicação é uma saída mais fácil.

Embora se saiba pelos dados obtidos nesta pesquisa que esta não é uma postura generalizada de todas as equipes, mas é uma postura que tem crescido e este fato deve chamar atenção para a necessidade de se discutir os rumos da medicalização na Saúde da Família. É de fundamental importância discutir esse fenômeno sob os diversos aspectos, inclusive sobre os atos de exercício de poder das profissões dentro deste contexto.

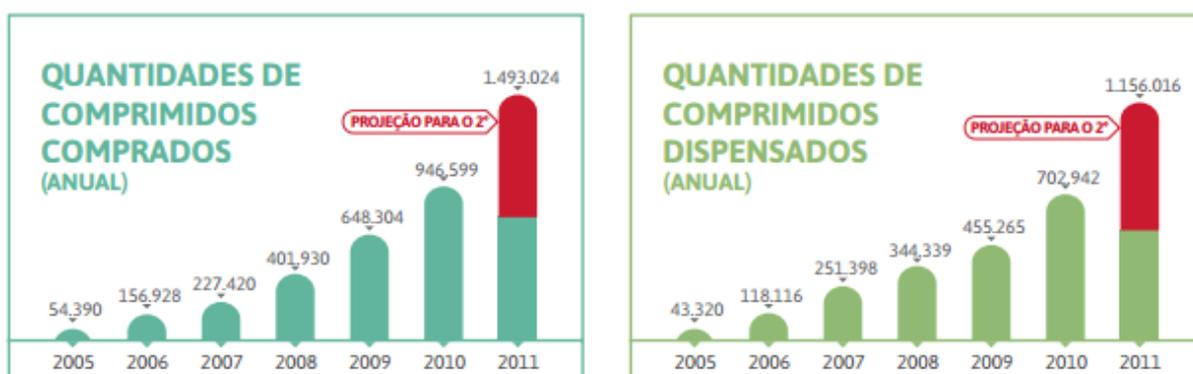
Embora tenha sido destacado acima que a profissão médica tenha a prerrogativa de exercício de poder de prescrição de fármacos e outras prerrogativas na condução da terapêutica, as demais profissões também possuem ferramentas de poder que seguem a mesma

lógica da medicalização apontada por Conrad (1992). Uma consulta, uma visita, um encaminhamento e uma avaliação de saúde feita por qualquer uma das diversas profissões pode ter repercussões enormes para os pacientes e suas famílias, sejam eles com ou sem transtorno mental. Neste sentido, todas as profissões têm corresponsabilidade em fazer cotidianamente este debate crítico sobre a medicalização nos projetos de cuidado, caso contrário se perpetuará a situação retratada pelo depoimento abaixo:

**S12:** Eu acho que não, porque a questão da saúde mental na atenção básica é vista como a prescrição dos medicamentos, continuar aquele tratamento que algumas vezes o paciente vem do CAPS com aquela medicação, aí os médicos continuam a prescrição. E outros que aparecem com algum sintoma e próprio médico prescreve e assim o paciente vai levando (Grifos do autor).

Outro aspecto relevante desta de discussão nesta categoria temática, diz respeito ao fenômeno concreto da expansão da dispensação de medicamentos nos serviços de saúde. A título de ilustração, seguem os dados divulgados pelo Conselho Federal de Psicologia (em parceria com o Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade) sobre o Cloridrato de Metilfenidato<sup>32</sup> pelos órgãos públicos:

Gráfico 11 – Quantitativo de Metilfenidato comprado e dispensado por órgãos públicos.



Fonte: Conselho Federal de Psicologia (2011)

<sup>32</sup> Metilfenidato é uma substância química utilizada como fármaco, estimulante leve do sistema nervoso central, com mecanismo de ação ainda não bem elucidado, estruturalmente relacionado com as anfetaminas. É usada no tratamento medicamentoso dos casos de transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), narcolepsia e hipersonia idiopática do sistema nervoso central (SNC). Fonte: Goodman & Gilman. *As bases farmacológicas da terapêutica*. Tradução da 10ª ed. original, por Carla de Melo Vorsatz *et al.* Rio de Janeiro: McGraw-Hill, 2005

É possível perceber que a compra e dispensação de medicação com finalidades de tratamento em saúde mental (TDHA) obteve crescimento gigantesco em escala. Este fenômeno também é revelador de uma condição interessante de discussão. Ora, se a quantidade de medicamentos comprados é equivalente a quantidade de medicamentos dispensados pelas equipes no serviço público é evidente que existe uma pressão econômica da indústria farmacêutica na indução de demandas. O *Looby* das grandes corporações farmacêuticas possui diversas facetas: a propaganda para induzir necessidades de uso de medicação, a articulação política parlamentar para aprovação de projetos de Lei favoráveis aos interesses corporativistas, o assédio na formação dos profissionais de saúde e as ligações promiscuas com as associações de pacientes de doenças específicas). Os estudos de Soares e Deprá (2012) são elucidativos no sentido de demonstrar o quanto esta influência da indústria farmacêutica pode ser prejudicial para tornar a vida das pessoas cada vez mais dependentes de medicação.

É importante que se ressalte o fato de os transtornos mentais estarem em crescimento de casos no mundo como tem apontado a Organização Mundial de Saúde (OMS). Este fator deveria chamar atenção dos sistemas de saúde para repensar as formas de cuidado e de intervenção destas condições crônicas para a população. Ocorre que, na medida que se aumenta o conhecimento epidemiológico do crescimento do número dos transtornos mentais, também tem aumentado o conhecimento de que proporcionalmente a quantidade de intervenção medicamentosa disparou nas últimas duas décadas.

Um dado interessante a este respeito provém da pesquisa multicêntrica nacional feita por Gonçalves et al (2014) da qual se conclui que, nas cidades analisadas, o aparecimento de transtornos mentais é de 51,9% no Rio de Janeiro, 53,3% em São Paulo, 64,3% em Fortaleza e 57,7% em Porto Alegre. Como se pode notar, há aumentos expressivos de casos que passam de 50% de crescimento de projeção. Fortaleza, uma das cidades cujas unidades foram objeto desta pesquisa de dissertação apresenta um crescimento de 64,3% de crescimento de casos de saúde mental.

Ao se comparar os dados do crescimento do número de casos com as respostas dadas pelas políticas públicas do governo brasileiro, têm-se um dado de aumento de gastos com

medicação também enorme. Segundo dados de Castro e Choucair (2013) a respeito deste tema:

Foram 42,33 milhões de caixas vendidas em 2012 dos remédios que ajudam a amenizar desde depressão até a insônia de quem não consegue relaxar, tamanho o estresse do dia – alta de 8,72% em relação a 2011, quando foram vendidas 38,94 milhões de caixas. É como se um a cada cinco brasileiros consumisse uma caixa de antidepressivo ou estabilizador de humor por ano. (p 1)

Estes dados de consumo de medicação para os transtornos e problemas acima relatados são compatíveis com o perfil de casos de saúde mental majoritário que se espera atender na Saúde da Família de acordo com a OMS (2008) e com o próprio entendimento do Ministério da Saúde (2013):

Portanto, há razões suficientes para defender que as manifestações mais comuns do sofrimento mental na AB fazem parte de uma única síndrome clínica com três grupos ou dimensões de sintomas que se combinam: tristeza/desânimo, ansiedade e sintomas físicos (somatização) (p 91)

Não se pretende aqui fazer correlações de diretas para afirmar que apenas na Saúde da Família se verifica o aumento da dispensação de medicamentos como forma de cuidado. Se os dados gerais e específicos dos estudos acima citados apontam para um crescimento real da medicalização enquanto intervenção para com as demandas de saúde mental, a Saúde da Família tem sua parcela de responsabilidade e os relatos dos profissionais entrevistados não se configuram exagero: sim, a Saúde da Família tem protagonizado o aumento do uso de medicamentos ou mantido as condutas de medicação exacerbada no cuidado em saúde mental de sua população.

Este tipo de cenário, articulado com as discussões prévias feitas até o presente momento neste capítulo, é demonstrativo de que os profissionais de saúde têm aderido às práticas de medicalização extensiva nos cuidados com a população por não perceberem outra alternativa eficaz, bem como por não acreditarem ou conseguirem implementar estratégias de

acolhimento, discussão e articulação entre equipes e investimento em ações coletivas de cuidado.

Esta fragmentação do fazer, com requintes de fetichização mercadológica da medicação, contribui para a o esfacelamento de práticas de cuidado que criem condições facilitadoras de produção de autonomia entre os sujeitos envolvidos. Não se pretende aqui desmerecer o saber técnico da Medicina ou de qualquer outra profissão. Apenas se pretende restabelecer, por meio da crítica, uma proposta de diálogo na proposição de terapêuticas que levem em consideração os sujeitos em sua complexidade assim como defende Ayres (2005):

Atribuimos, aqui, ao Cuidado o estatuto de uma categoria reconstrutiva, querendo com isso nos referir à aposta, fundamentada na trajetória reflexiva anteriormente descrita, de que existe uma potencialidade reconciliadora entre as práticas assistenciais e a vida, ou seja, à possibilidade de um diálogo aberto e produtivo entre a tecnociência médica e a construção livre e solidária de uma vida que se quer feliz, a que estamos chamando de Cuidado. (p 102)

Ou seja, este autor também aposta que o Cuidado enquanto proposta e categoria tenha uma potência reconciliadora e porque não dizer, mediadora para encontrar saídas para os impasses e contradições existentes nos contextos em que se encontram as equipes. Quando a equipe recorre a medicalização como elemento central, de certa forma, abre mão da potência do cuidado nas suas dimensões política, ética e técnica (Ayres, 2009). Neste sentido, é preciso problematizar este cenário cotidianamente para se encontrar espaços de ressignificação com equipe, usuários dos serviços e seus familiares. O cuidado não deve ser apenas um conjunto de procedimentos a ser seguido (“cuidado bancário”) sem considerar a complexidade dos fenômenos que envolvem a saúde, a doença e a relação com a história de vida dos sujeitos.

Se a medicalização prevalecer como ação majoritária dos serviços de saúde e continuar no ritmo de crescimento em que tem sido tendente nas últimas décadas, esta dissertação afirma que este é o primeiro grande golpe que a Reforma Psiquiátrica e a Luta Antimanicomial sofrerá em termos de retrocesso. A dimensão desta derrota está se dando da seguinte maneira de acordo com os elementos discutidos até aqui: não adianta fechar os manicômios se a lógica aprisionante e institucionalizante destes agora estão nas caixas de remédios e nos consultórios dos serviços de saúde.

Na busca de saídas para este cenário percebido pelos elementos acima discutidos que, na subseção seguinte será debatido um panorama a respeito das possíveis redes de saúde e as contradições na relação entre as políticas oficiais de Atenção Primária e Saúde Mental.

### **5.3 Em Discussão a Desarticulação Normativa entre Saúde Mental e Atenção Primária à Saúde: desafios para formação de Redes.**

S4: [...] Mas não tenho nenhuma instrumental, nem um protocolo. Foi até uma coisa que a gente discutiu com os residentes da saúde mental, em uma roda integrada justamente essa falta, assim não tem um protocolo que você possa seguir para poder orientar [...]

Um primeiro aspecto a se debater a respeito da categoria **Desarticulação Normativa entre Saúde Mental e Atenção Primária à Saúde: desafios para formação de Redes** e suas unidades temáticas diz respeito a reivindicação dos profissionais entrevistados em haver uma instituição de protocolos de orientação sobre como proceder com as demandas de saúde mental que chegam no cotidiano dos serviços de saúde.

Este tipo de demanda possui estreita comunicação com o debate a respeito da Formação dos profissionais e todas as problemáticas relativas à fragmentação do entendimento das propostas de construção de cuidado. Levando este elemento em consideração, é possível apontar, também, outros fatores relevantes para se compreender este pedido de ajuda dos profissionais na Saúde da Família.

É possível perceber nas falas dos profissionais que existe uma sensação de que se está “atuando no escuro” quando o assunto é saúde mental. Em certa medida, a percepção dos profissionais é justa, pois a desarticulação entre os campos da Atenção Primária (no caso deste estudo representada pela Estratégia Saúde da Família) e da Saúde Mental. A respeito dos aspectos dessa desarticulação que se pautarão os debates desta seção.

A primeira vertente dos processos de desarticulação entre os dois campos acima citados se materializa ao se fazer um confronto comparativo e relacional entre as principais

normativas das duas políticas. Esta desarticulação convencionou-se chamar nesta pesquisa de “esquizofrenia normativa”. Refere-se ao termo esquizofrenia como recurso para ressaltar a desorganização e, em muitos casos, a incompatibilidade de realidades entre as elaborações normativas. O primeiro exemplo que se destaca a este respeito diz respeito à Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/90). Ao analisar os aspectos estruturantes da principal lei do Sistema Único de Saúde, principalmente na definição das ações estratégicas, existe um fato curioso:

Art. 6º Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS):

I - a execução de ações:

a) de vigilância sanitária;

b) de vigilância epidemiológica;

c) de saúde do trabalhador; e

d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica;

II - a participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico;

III - a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde;

IV - a vigilância nutricional e a orientação alimentar;

V - a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho;

VI - a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção;

VII - o controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde;

VIII - a fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano;

IX - a participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

X - o incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico;

XI - a formulação e execução da política de sangue e seus derivados.  
(BRASIL, 1990)

Se o leitor fizer uma leitura atenta perceberá que não está elencado o campo da Saúde Mental nas ações estruturante do Sistema Único de Saúde, nem muito menos se instituiu uma

vigilância em saúde específica para tal fim. No entendimento do autor desta pesquisa, a previsão genérica “de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica” contida no texto legal não contempla a necessidade de previsão da saúde mental. Por que se advoga que a saúde mental estivesse prevista de forma explícita na lei?

A reivindicação nasce do argumento de que na época da discussão da Lei 8080/90 já havia evidências importantes de que os adoecimentos em saúde mental eram relevantes em termos de impacto para os sistemas de saúde. Os estudos de Schechtman e Alves (2014) dão conta de que no final da década de 1980 os números de internações psiquiátricas eram altíssimos, bem como o complexo privado hospitalar-manicomial lucrava muito dinheiro, inclusive com verba pública. Somado a este fator, havia um grande e expressivo movimento de luta por mudança nas práticas de saúde mental, cuja a pauta era, também, o protagonismo do estado na prestação de serviços de cuidado de qualidade com vistas ao fortalecimento das práticas de cidadania. Ora, como, diante destes fatos históricos e epidemiológicos da mais alta importância sanitária não permitiram que a saúde mental fosse um eixo estratégico na Lei que funda o SUS? Por que a expressão saúde mental não ficou no texto legal? São perguntas difíceis de responder, mas há algumas pistas diante das imensas contradições legislativas brasileiras.

Outro episódio interessante da desarticulação normativa, consiste no fato de em 1989, o deputado federal pelo Partido dos Trabalhadores, Paulo Delgado, lança Projeto de Lei com a finalidade de “Extinção Progressiva dos Manicômios do Brasil”. Este projeto de Lei influenciou a criação e aprovação de diversas Leis estaduais de reforma em oito unidades da federação (Ceará, Distrito Federal, Espírito Santo, Minas Gerais, Paraná, Pernambuco, Rio Grande do Norte e Rio Grande do Sul). A versão final da Lei Paulo Delgado (como assim ficou conhecida a proposta de Lei), foi aprovada com o seguinte título: 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. Tanto a referida Lei acima (aprovada apenas em 2001) quanto as leis estaduais não versam sobre articulação com atenção primária. Na Lei 10.216/01, sequer existe as expressões Atenção Primária, Atenção Básica ou Saúde da Família, mesmo a normativa tendo sido editada após a consolidação do modelo de atenção primária como pilar orientador do cuidado em saúde.

Estas desarticulações acima citadas das principais Leis que regulam as duas políticas de saúde do campo de fronteira são a gênese dos processos de esquizofrenia normativa a que esta pesquisa se referiu no começo desta seção. Importante que se destaque que, historicamente o Brasil tem sido um país cujas instituições flexibilizam o cumprimento das Leis (que são arranjos jurídicos duros). Ou seja, escrevendo na Lei, não há garantia que tal intenção republicana será cumprida, imaginem se não estiver escrito. Não ter deixado a articulação no texto legal foi uma derrota ou uma grave desatenção dos movimentos de Reforma Sanitária, Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial.

A desarticulação normativa em Lei repercute em todo ordenamento das políticas, pois são criadas iniciativas de capacitação concorrentes, conflitantes de objetivos, com financiamento duplicado e sem serviço de monitoramento adequado. A desarticulação com efeito cascata atinge os serviços, pois não existe uma proposta institucional concreta de articulação dos processos de trabalho das equipes de saúde da família, das equipes de apoio a saúde da família com as equipes de apoio em saúde mental. As equipes realizam seu trabalho da forma como for possível, muitas vezes por meio do improviso.

Por não haver obrigatoriedade de uma vigilância em saúde mental, com financiamento próprio e diretrizes em Lei, não há instituição de equipes específicas de suporte e vigilância em saúde para qualificar informações de saúde mental nos territórios. A título de ilustração, a instituição do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)<sup>33</sup>, por exemplo, contou com um campo restrito para saúde mental apenas nos aspectos relativos aos atendimentos de usuários abusivos de álcool e outras drogas. Ou seja, as equipes da Saúde da Família não possuem instituído em seus fluxos de trabalho um direcionamento para busca ativa, registro e intervenção em saúde mental.

---

<sup>33</sup> O Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB foi implantado em 1998 em substituição ao Sistema de Informação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde - SIPACS, pela então Coordenação da Saúde da Comunidade/Secretaria de Assistência à Saúde, hoje Departamento de Atenção Básica/Secretaria de Atenção à Saúde, em conjunto com o Departamento de Informação e Informática do SUS/Datasus/SE, para o acompanhamento das ações e dos resultados das atividades realizadas pelas equipes do Programa Saúde da Família - PSF. (Fonte: DataSUS, 2016)

O SIAB está em processo de desativação pelo Ministério da Saúde para que, aos poucos seja substituído por um novo sistema de informações em fase de implantação: e-SUS. Este sistema, supostamente é mais completo e articulado, permitindo integração de bases de informação. Quando se diz supostamente refere-se ao fato de que este mesmo sistema quando trata da saúde mental tem a seguinte orientação com relação aos registros das informações: “*Saúde Mental: acompanhamento de usuário com problema de saúde mental, exceto usuário de álcool ou outras drogas*”. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). A orientação é o contrário em relação ao sistema SIAB. O sujeito nunca pode ser registrado na completude dos seus múltiplos aspectos de saúde mental. Eis aqui mais uma forte evidência dos impactos negativos da desarticulação normativa.

Importante lembrar outro dado relevante neste sentido: na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em vigência (2011), mesmo após diversos acúmulos sobre a importância de se pensar a saúde mental na atenção primária como o exemplo da publicação “Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários - Uma perspectiva global” da Organização Mundial de Saúde (2009), não foi escrito qualquer previsão direta à saúde mental, novamente, em um documento fundamental para orientar práticas no Sistema Único de Saúde. A expressão saúde mental sequer existe no texto da política acima mencionada de 2011.

As evidências concretas são vastas para provar que a desarticulação existente entre os dois campos de fronteira contribui para legitimar as reclamações dos profissionais entrevistados sobre sentirem-se desorientados e necessitando de protocolos claros sobre o que fazer na atenção primária para conseguir conduzir casos de saúde mental. A fala abaixo é representativa dos impactos negativos da desarticulação:

**S4:** Segundo eu acho que a gente deveria dialogar mais com outros serviços. É aquilo que lhe falei, eu acho **todo mundo aqui é muito acostumado a trabalhar somente no seu cantinho**, questão de inovação, trazer inovação pra (sic) cá é muito difícil. Mais apoio da gestão para essas ações. (Grifos do autor)

Constitui-se um enorme desafio mudar este cenário: um conjunto de desarticulações nascidas no âmbito normativo e com repercussões importantes no ambiente cotidiano das equipes de saúde. Uma das saídas apontadas pelos entrevistados foi o *Matriciamento*. Esta proposta tem ajudado as equipes a pedir socorro quando não conseguem manejar os casos de saúde mental. Como todas as propostas de reorganização dos processos de trabalho, o matriciamento possui potências e dificuldades que variam de território para território que necessitam de reflexão. Ao considerar os estudos de Moraes e Tanaka (2012), é possível constatar o seguinte:

De acordo com os dados, o reconhecimento da demanda com transtorno mental por parte do serviço e dos profissionais já revela um ganho em potencial para a saúde mental na AB<sup>34</sup>. Ao garantir o atendimento inicial do usuário no serviço, não é possível assegurar o acesso a todos os serviços da rede na busca pela resolução das necessidades de saúde. A Atenção Básica encontra dificuldades em manter o seguimento na atenção aos casos de saúde mental. Constata-se que os usuários recebem o atendimento de forma pontual nos dias dos encontros com o matriciamento, identificando-se a fragilidade do acesso e o comprometimento da integralidade na atenção aos casos de saúde mental. Assim o ApM<sup>35</sup> tende a constituir-se em mais uma atividade especializada na AB. (p 168)

O matriciamento possui uma potência no sentido de que contribui para instrumentalizar as equipes para saber como lidar com os casos de acordo com o declarado pelos participantes (e isto tem uma importância grande), mas esta vertente de efetivação do matriciamento pode se sustentar apenas de forma pontual. Assim, podem acontecer os contextos de descontinuidade das ações e das políticas. Ou seja, enquanto as equipes estão sustentando as propostas, elas acontecem. Porém, quando as equipes se fragmentam, as propostas se fragmentam junto, deixando assim a prova concreta que a atividade não se efetivou no cotidiano e no processo de trabalho. Há falas dos entrevistados que deixam essa angústia clara:

**S12:** Essa questão que S14 citou agora é seguinte, já houve aqui em Iguatu um início dessa questão do matriciamento em outras unidades. Até iniciou de certa forma bem, mas começou a desandar e eu vejo os profissionais reclamando que não deu certo, não tá (sic) mesmo havendo. O pessoal da saúde mental, se reuniu com a gente a pouco tempo para sugerir...

---

<sup>34</sup> AB: Atenção Básica

<sup>35</sup> APM: Apoio Matricial

**S10:** Não. Inclusive a capacitação que eu fui fazer é de matriciamento...num (sic) tá funcionando. É só no nome. Matriciamento da saúde mental do CAPS. Não tá (sic) funcionando.

O matriciamento é um arranjo de processos que tem deixado bons frutos nos serviços em que tem acontecido com regularidade. Contudo o matriciamento “não faz milagre” no sentido de suprir as falhas de articulação dos processos de trabalho das unidades e muito menos consegue suprir as falhas objetivas de rede de atenção necessária para estabelecer projetos de cuidado efetivos e coerentes.

Existe uma reclamação generalizada dos profissionais de Iguatu e de Fortaleza, além de todos os problemas já discutidos neste texto, de saber qual a rede real que se pode contar para conseguir cuidar dos usuários com alguma questão de saúde mental. É bem verdade que alguns recursos de cuidado das redes são de arranjos locais e comunitários, mas faz-se necessário haver uma retaguarda institucional de rede para as equipes de saúde da família.

Não existem critérios de regulação claros dos casos para transitar pela Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). A portaria normativa que institui a RAPS não consegue dar conta desta demanda e os profissionais se sentem perdidos, recorrendo a encaminhamentos com vistas a “livrar-se” dos pacientes com algum transtorno mental e as famílias seguem na busca do cuidado na rede, muitas vezes sem orientação e “peregrinando” de serviço em serviço. Segue abaixo um estudo realizado no município de Iguatu por Carvalho et al (2010) em que é possível notar que, naquele município, os CAPS tem recebido enorme demanda das famílias por conta própria e demanda espontânea (sem nenhuma regulação):

Tabela 21 – Origem dos Encaminhamentos para os CAPS em Iguatu

Dados clínicos	CAPS AD		CAPSi		CAPS Geral	
	n	%	n	%	n	%
<b>Origem do encaminhamento ao CAPS</b>						
Família	22	46,9	23	60,5	40	69
PSF	5	10,6	8	21,1	4	6,9
Hospital geral	5	10,6	3	7,9	4	6,9
Hospital psiquiátrico	-	-	-	-	4	6,9
Demanda livre	10	21,3	-	-	4	6,9
Outros	5	10,6	4	10,5	2	3,4

Fonte: Carvalho et al (2010)

É possível notar que a Estratégia Saúde da Família (no gráfico representado pelo antigo PSF) não é protagonista na articulação de rede. Embora normativamente esteja prescrito que a ESF deva ser porta preferencial para o acesso e ordenadora de rede, como os dados de 2010 mostram (e não mudou nada significativamente até este ano de 2016), a Saúde da Família não tem conseguido cumprir este papel.

Outro elemento importante de se discutir diz respeito ao caráter cada vez mais individualista que os arranjos da atenção primária têm efetivado no atendimento das demandas nos territórios. Do ponto de vista formal, as equipes são cadastradas como equipes de saúde da família, mas no processo de trabalho, a lógica de funcionamento cobrada é para com o foco individual e para a demanda espontânea (sem regulação) como se pode notar a seguir na fala de uma entrevistada: *S1: Infelizmente, o que a gente é mais cobrado, apesar da gente ter toda essa estratégia toda bem organizada em todos os programas, mas o que a gente é muito cobrado ainda é na demanda livre.* Neste sentido, há a evidência de mais uma desarticulação e fragilização de rede dentro dos processos de trabalho da Estratégia Saúde da Família, pois a saída pelos cuidados coletivos tem sido relegada ao segundo plano na maioria das equipes que se teve acesso nesta pesquisa.

Portanto, a rede em saúde ainda tem sido um arranjo que funciona de forma descontinuada, a depender da articulação isolada ou minoritária de profissionais engajados em encaminhamentos e providências de Projetos Terapêuticos de Cuidado e com pouquíssima

regulação e coordenação da gestão do cuidado. As fragilidades debatidas aqui estão intimamente conectadas com uma derrota concreta que as reformas têm sofrido ao longo da última década: os serviços substitutivos têm falhado em sua tarefa histórica e o manicômio tem retornado com muita força política e simbólica dentro do Sistema Único de Saúde. Estes serão assuntos debatidos mais detalhadamente na próxima subseção.

#### **5.4 Em Discussão o Conjunto de Discursos e Práticas de Cuidado em Saúde Mental com Tendências Manicomiais**

S1: Houve a questão da reforma da saúde mental, foi muito bom, mas acontece o seguinte que ainda muitos profissionais não estão preparados para atender o paciente que tem uma queixa no nível psicológico. Às vezes, é tanta correria, é tanta coisa que você tem que atender, aquele monte de paciente num espaço pequeno, que às vezes é mais fácil você deixar de ouvir o paciente com uma conversa que até iria dá alguma contribuição em relação a melhora deles.

Um primeiro aspecto a se debater a respeito da categoria **o Conjunto de Discursos e Práticas de Cuidado em Saúde Mental com Tendências Manicomiais** e suas unidades temáticas diz respeito uma percepção de que a loucura é algo bastante carregado de estigma e preconceito por parte dos profissionais entrevistados. Evidentemente que este dado não está desconectado dos processos de formação, das legitimações do cuidado medicalizado e das influências das desarticulações e descontinuidades das ações e dos serviços. O estigma não surge no vácuo. Existem contextos históricos e condicionantes para que os profissionais ocupem o lugar de sujeitos perpetuadores do estigma nos serviços em que trabalham. A respeito do debate do conceito de estigma, é importante que se percebam as seguintes considerações:

O termo estigma, portanto, será usado em referência a um atributo profundamente depreciativo, mas o que é preciso, na realidade, é uma linguagem de relações e não de atributos. Um atributo que estigmatiza alguém pode confirmar a normalidade de outrem, portanto ele não é, em si mesmo, nem horroroso nem desonroso. (GOFFMAN, 2004. p 6)

O estigma, portanto, não é um conceito que se define por si. É necessário contextualizá-lo em uma relação. Segundo Amarante et al (2013), o estigma definido por

Goffman se dividia em três tipos: as deformações físicas; as de raça, nação e religião, e as culpas de caráter individual. Além dos aspectos já mencionados, o estigma possui uma característica importante: ele deixa marcas subjetivas, físicas e na história de vida daqueles que foram submetidos a algum processo institucionalizante ou estigmatizante por excelência.

Uma das práticas estigmatizantes evidenciadas com maior frequência em relação aos sujeitos com alguma demanda de saúde mental nas unidades pesquisadas consistia na relação de medo que se estabelecia entre os profissionais e os pacientes que tinham alguma complicação em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas:

**S8:** Eles vêm com problemas sérios...questão de drogas. É uma assim até, às vezes, muito arriscado de a gente até chegar lá para acolhimento, visita domiciliar quando a gente faz...então ai tem esse problema. Muitos também têm problema mental, esquizofrenia por drogas ou não...eles...muitos têm distúrbio mesmo [...] Já...não...é rotineiro de aparecer...às vezes até pessoas assim, até mesmo aqueles que infringiram de alguma forma a lei, né...com assalto, homicídio...estão envolvidos né.

O louco é visto como ameaça, como potencial risco pela condição social em que se desdobra seu modo de viver a loucura ou por motivos de comentários a respeito de sua história. Existe, como relatado na seção de resultados desta pesquisa, um temor que os sujeitos ditos “da saúde mental” surtem a qualquer momento e não se saiba o que fazer para gerenciar esta crise. Além do medo da crise, há sim preconceito de classe dos profissionais com os usuários dos serviços que são pobres, envolvidos direta ou indiretamente com atividades ilícitas ou com algum histórico de agressividade com trabalhadores das unidades de saúde. O louco “infrator” é visto com cautela pela unidade de saúde pelo seu risco potencial.

Um dilema que se pode perceber com os profissionais entrevistados consiste no questionamento se a Atenção Primária deveria ou não fazer manejo de crise. Este questionamento se deve em grande parte em busca de um subterfúgio para legitimar o medo e as práticas de estigma no sentido de encaminhar para o CAPS ou outro serviço aqueles casos de pacientes considerados “difíceis” pelas equipes. Contudo, o Ministério da Saúde (2013) entende que sim, as crises devem ser manejadas na Atenção Primária com retaguarda do CAPS:

A proximidade com os usuários e a possibilidade de acompanhar longitudinalmente as famílias fazem da Atenção Básica a instância privilegiada para a suspeita diagnóstica precoce das psicoses. A maior facilidade para realizar atendimentos em domicílio e os vínculos que as equipes de Atenção Básica fazem com as famílias podem possibilitar intervenções rápidas e efetivas na crise (p 98).

Nestes termos, apesar das dificuldades já conhecidas, este autor concorda com a diretriz do Ministério da Saúde de que a Atenção Primária é um locus privilegiado e estratégico para acompanhar usuários e suas famílias nos cuidados de saúde mental. Contudo, há que se estruturar os CAPSs para dar retaguarda as equipes, bem como é imperativo que os NASFs estejam instrumentalizados para realizar apoio qualitativamente potente. Não faz sentido exigir das famílias o cuidado de crises sem oferecer estrutura mínima de trabalho.

Dito isto, segue-se para o próximo ponto de debate que diz respeito às falhas da rede substitutiva ao longo do transcurso da Reforma Psiquiátrica e as repercussões deste fato. Considerando os subsídios de Amarante (2008) para tipificar o que seria uma proposta de serviço substitutivo psicossocial “forte”, são necessárias as seguintes características:

- Atuar no sentido de substituir o modelo asilar;
- Disponibilizar oferta dinâmica e diversificada de recursos e estratégias trans e multidisciplinares;
- Funcionar 24 horas, inclusive aos sábados, domingos e feriados;
- Atuar com base no território;
- Intervir de forma intersetorial, isto é, ativando recursos de vários setores sociais. (p 751)

Um serviço substitutivo teria que reunir pelo menos a maioria destes atributos para que pudesse cumprir a missão de garantir assistência de qualidade em saúde mental, de forma articulada e coerente. Nos dois municípios de realização da pesquisa (Fortaleza e Iguatu) há poucos serviços de retaguarda 24 horas e imensas contradições sobre as quais se detalharão os desdobramentos a seguir.

Partindo de Iguatu, cidade de médio porte no estado do Ceará, com população na casa dos 100 mil habitantes, a rede de suporte em saúde mental está estruturada da seguinte maneira:

Tabela 22 – Rede de Atenção Psicossocial de Iguatu

Tipo de Serviço	Quantidade	Tipo de Funcionamento
CAPS	03 (1 Geral, 1 Infante Juvenil, 1 AD)	01 CAPS 24h – CAPS Geral
Serviço Residencial Terapêutico	01	24h (fechado para emergência)
Unidade de Acolhimento Infante-Juvenil	01	24h (fechado para emergência)
NASF	04	Horário Comercial

Fonte: elaboração própria

Em Iguatu, que possui quase todos os seus equipamentos em caráter de convênio regional, existe uma rede mínima de prestação de serviços de serviços sobrecarregada de demanda e com falhas na cobertura. O primeiro aspecto a ser destacado consiste no fato de que só há um serviço ambulatorial que presta retaguarda noturna. Não existe retaguarda noturna para demandas de álcool e outras drogas. A cobertura do NASF <sup>36</sup> é desproporcional na relação quantidade de equipes x territórios x população adscrita. Neste sentido, Iguatu não consegue atingir aos critérios básicos necessários para ter uma rede substitutiva forte.

O caso da cidade de Fortaleza, metrópole do Nordeste e 5ª capital do país, é escandaloso do ponto de vista da retaguarda em saúde mental. A seguir, será detalhado aquilo que se está denominando de escandaloso.

Tabela 23 – Rede de Atenção Psicossocial de Fortaleza

Tipo de Serviço	Quantidade	Tipo de Funcionamento
CAPS Geral	06	01 CAPS 24h 05 CAPS no Horário

<sup>36</sup> Os estudos de Sousa (2013) são elucidativos a respeito das dificuldades dos NASF funcionarem de forma plena e adequada. Um dos fatores discutidos pela autora referida diz respeito aos imensos territórios a serem cobertos, bem como a desarticulação dos processos de trabalho com os demais pontos de rede.

		Comercial
CAPS AD	06	02 CAPS 24h 04 CAPS no Horário Comercial
CAPS - i	02	Horário Comercial
Serviço Residencial Terapêutico	03	24h (fechado para emergência)
Unidades de Acolhimento	11	24h (fechado para emergência)
Cooperativa	01	Horário Comercial
Oca Comunitária	02	Horário Comercial
Unidade de Desintoxicação	01	24h
NASF	10	Horário Comercial

Fonte: elaboração própria

Do ponto de vista da relação quantidade de equipes x territórios x população adscrita, Fortaleza tem um índice de cobertura vergonhoso, pois haver 14 CAPS (incluindo todas as modalidades nesta conta) para uma cidade com mais de 2 milhões de habitantes é no mínimo absurdo. Outro dado absurdo é uma cidade com este referencial de população, com territórios gigantescos e complexos, possuir apenas 10 equipes de NASF, sendo que algumas estão incompletas em composição de profissionais. Os demais dispositivos progressistas previstos na RAPS também apresentam número de vagas insuficientes, embora haja serviços diferenciais do ponto de vista positivo e da conexão com a educação popular: as ocas comunitárias.

Em relação a retaguarda noturna e 24 horas só haver um CAPS geral e 02 CAPS ad e nenhum CAPS i com este perfil é outro absurdo sem precedentes. Ora, não se poderá haver urgência em saúde mental com crianças e adolescentes em Fortaleza porque não haverá retaguarda especializada ambulatorial para as famílias.

Com relação aos fatos escandalosos da rede de Fortaleza e tomando como base os princípios de rede substitutiva forte de Amarante (2008), é importante que se observe as palavras da Prefeitura de Fortaleza ao definir seus serviços:

A Lei 10.216 de 06 de abril de 2001 reorienta o modelo assistencial em saúde mental e pressupõe a diminuição gradativa dos leitos em hospitais psiquiátricos, reforçando com isso a importância de se implantar leitos psiquiátricos em hospitais gerais. O Ministério da Saúde propõe para a construção desse novo modelo a implantação de uma rede de serviços abertos e comunitários substitutivos ao modelo hospitalocêntrico, fruto das discussões que a sociedade vem acumulando sobre a garantia dos direitos das pessoas com transtornos mentais. **Dentre os serviços que compõem a rede de atenção à saúde mental do município de Fortaleza** estão 14 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), 03 Serviços Residenciais Terapêuticos, 01 Cooperativa, 08 Unidades de Acolhimento, sendo 06 conveniadas, 01 Unidade de Desintoxicação na Santa Casa, 02 Ocas de Saúde Comunitária, **11 Comunidades Terapêuticas Conveniadas, 03 Hospitais Psiquiátricos credenciados no SUS.**

11 Unidades de Acolhimento - destinados a pessoas que fazem uso abusivo/ dependente de crack, álcool e outras drogas, que se encontra em situação de vulnerabilidade social. São disponibilizadas (135) vagas, sendo (15) masculinas e (60) femininas e (60) Infante Juvenil. **A porta de entrada são os CAPS ad's e as Unidades de Desintoxicação- UD's Santa Casa e UD do Hospital de Saúde Mental de Messejana- HSMM**

01 Unidade de Desintoxicação Santa Casa- destinada a atender pessoas que fazem uso dependente de álcool, crack e outras drogas, domiciliado no município de Fortaleza, cujos recursos extra-hospitalares disponíveis não tenham obtido resolutividade, ou em casos de necessidade imediata de intervenção hospitalar, em Hospital Geral. São disponibilizados doze (12) leitos, oito (8) masculinos e quatro (4) femininos. **A porta de entrada deste serviço são os CAPS ad's e a emergência psiquiátrica do Hospital de Saúde Mental de Messejana - HSMM.** (FORTALEZA, 2016. p 1). (Grifos do autor)

O primeiro aspecto interessante e repleto de contradição na definição de rede acima descrita pela Prefeitura de Fortaleza consiste no fato de que inicia seu discurso institucional citando a Lei 10.216 de 06 de abril de 2001, cuja substância política e ética se fundamenta na busca da substituição dos manicômios, para afirmar a existência de dois atrasos cuja a ideologia da citada Lei busca combater:

- a) 11 Comunidades Terapêuticas;
- b) 03 Hospitais Psiquiátricos Credenciados pelo SUS

Ou seja, supostamente a Rede de Atenção Psicossocial de Fortaleza está alinhada com a Lei 10.216/01, mas conforta sem grandes problemas duas instituições manicomial, a saber, as Comunidades Terapêuticas e os Hospitais Psiquiátricos. Em caráter agravante, o Hospital Psiquiátrico Público (Hospital de Saúde Mental de Messejana – HSMM) é regulador de acesso aos serviços de unidade de desintoxicação e unidades de acolhimento. O manicômio é regulador da rede de atenção psicossocial. Este tipo de postura na rede de Fortaleza possui desdobramentos ainda mais interessantes e contraditórios como se verá a seguir:

Hospitais Psiquiátricos - Com a Lei 10.216, os leitos em hospitais psiquiátricos passaram a receber diárias, com valor inferior aos Hospitais Gerais, passando os incentivos financeiros a serem destinados para implantação da rede aberta e comunitária, substitutiva aos hospitais psiquiátricos, inclusive, visando leitos psiquiátricos em hospitais gerais. O descredenciamento destes hospitais do Sistema Único de Saúde - SUS, com exceção de um deles, se deu ao longo de sete anos, por solicitação da própria direção destes. Atualmente o município de Fortaleza ainda disponibiliza de 470 leitos credenciados pelo SUS em hospitais psiquiátricos, distribuídos da seguinte forma: (130) São Vicente de Paula, (160) Nosso Lar e (180) Hospital de Saúde Mental de Messejana - HSMM. Sendo a porta de entrada para estas internações a Emergência do Hospital de Saúde Mental de Messejana (IDEM, 2016. p 2)

O fator interessante desse novo trecho consiste no reconhecimento de necessidade de investimentos na rede substitutiva e o reconhecimento que o Estado não teve protagonismo para fechar os hospitais, sendo os fechados ou descredenciados por iniciativa dos próprios hospitais e, ao mesmo tempo, ao longo dos citados sete anos de processo, não há dados de criação de leitos em Hospitais Gerais ou expansão significativa de rede substitutiva. O Sistema Único de Saúde em Fortaleza ainda continua financiando com verba pública dois manicômios privados que somados chegam a 290 vagas, superiores as 180 vagas do manicômio público (de financiamento estadual). Aqui ocorrem dois absurdos que são golpes duros na Reforma Psiquiátrica e na Luta Antimanicomial: ainda há um manicômio público, mesmo tendo sido aprovada uma lei estadual há 23 anos<sup>37</sup> em que se previa o fechamento progressivo de manicômios. Há que se perguntar qual o conceito de “progressivo” do poder público. Serão 100 anos? A respeito do segundo absurdo é o SUS continuar financiando leitos manicomial privados em grande escala. Imagine o leitor se esta mesma quantidade de leitos fosse realocada para CAPS 24 horas.

---

<sup>37</sup> Lei Estadual 12.151, de 29 de julho de 1993

O absurdo complementar é o fato do manicômio público ser regulador para o manicômio privado. Antes que o leitor questione porque esta pesquisa está se referindo ao Hospital de Messejana (Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto) como manicômio, apresenta-se dados objetivos da definição de rede do Governo do Estado do Ceará.

Tabela 24 – Lista de Hospitais Gerais com Leitos Psiquiátricos em Fortaleza

**LEITOS PSIQUIATRIÁTRICOS EM HOSPITAIS GERAIS**

<b>MUNICÍPIO</b>	<b>ESTABELECIMENTO</b>	<b>LEITOS</b>
ARACATI	UNIDADE MISTA DE ARACATI	1
CAMOCIM	HOSPITAL DEPUTADO MURILO AGUIAR	1
CANINDÉ	HOSPITAL E MATERNIDADE REGIONAL SÃO FRANCISCO	4
CASCADEL	HOSPITAL E MATERNIDADE NOSSA SRA DAS GRAÇAS	2
CRUZ	HOSPITAL MUNICIPAL DONA MARIA MUNIZ	1
FORTALEZA	HOSPITAL GERAL DR. CÉSAR CALS	1
	HOSPITAL INFANTIL ALBERT SABIN	1
	HOSPITAL CURA DAR'S	1
	HOSPITAL E MATERNIDADE JOSÉ MARTINIANO DE ALENCAR	2
	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO	2
	INSTITUTO DR. VANDICK PONTE	25
HORIZONTE	HOSPITAL E MATERNIDADE VENÂNCIO RAIM DE SOUSA	1

Fonte: Secretaria da Saúde do Estado do Ceará

Como se pode notar, o Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto (Hospital de Messejana) não figura entre os hospitais gerais credenciados com leitos psiquiátricos. Portanto, é um manicômio antigo, público e com um simbolismo institucional relevante da resistência das instituições manicomiais no estado do Ceará mesmo com os avanços das reformas. Este manicômio também é protagonista de um cenário contraditório gritante, pois segundo a LEI Estadual Nº 12.151, DE 29.07.93 que dispõe sobre a extinção progressiva dos Hospitais Psiquiátricos e sua substituição por outros recursos assistenciais, regulamenta a internação psiquiátrica compulsória, e dá outras providências, em seu artigo 1º determina:

Art. 1º - Fica proibido no território do Estado do Ceará, a construção e **ampliação de hospitais psiquiátricos, públicos ou privados**, e a contratação e financiamento, pelos setores estatais, de novos leitos naqueles hospitais. (Grifos do autor)

Em desrespeito flagrante ao que determina a legislação específica sobre a matéria, o Governo do Estado do Ceará envia no ano de 2009 à Assembleia Legislativa do estado do Ceará (ALCE) e consegue aprovação da LEI Nº 14.416, DE 23.07.09 que dispõe sobre as diretrizes para a elaboração e execução da Lei Orçamentária para o exercício de 2010 e dá outras providências. O crime contido nesta Lei Orçamentária consiste no seguinte:

**Reforço À Estruturação, Adequação, Física e Tecnológica da Atenção  
nos Níveis Secundário e Terciário**

REFORMA E AMPLIAÇÃO DO HOSPITAL DE SAÚDE MENTAL DE MESSEJANA (ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO CEARÁ, 2009. p 10)  
(Grifos do Autor)

Só existem duas Leis estaduais aprovadas em que o tema saúde mental está contido em seus textos. Uma é a LEI Nº 12.151, DE 29.07.93 que determina a impossibilidade de se ampliar hospitais psiquiátricos e a outra lei é a nº 14.416, DE 23.07.09 que aprova o orçamento do governo e aprova uma aberração jurídica: investir dinheiro público para uma ação que é vedado de ser feita por uma Lei ordinária. Esta é uma prova concreta do tamanho

das derrotas que o Estado tem proporcionado ao movimento de reforma no campo da saúde mental.

Em desdobramento com a analogia do mérito da persistência dos manicômios tradicionais, está em franco crescimento o fortalecimento de outra instituição marcadamente manicomial: as comunidades terapêuticas. Estas instituições se notabilizam pelo apelo religioso (de matriz cristã) para “cura da dependência química” pela abstinência forçada de usuários abusivos de álcool e outras drogas, com aprisionamento involuntário, distanciamento das famílias e diversas violações de direitos humanos. Tudo isto com credenciamento e financiamento do Estado. Nestes termos, dinheiro público para financiar aprisionamento de subjetividades e vidas. Estes fatos evidenciam mais uma derrota concreta da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial. Existe um enfraquecimento da noção de desconstrução do manicômio:

A noção de desconstrução do manicômio não diz respeito a uma ideia negativa, de destruição, mas sim de desmontagem da lógica teórico-conceitual e institucional de determinados saberes e práticas, e implica na reconstrução das formas de lidar com o problema. Quando nos referimos à desconstrução do manicômio, falamos da desmontagem de toda a lógica institucional, político, jurídica, ideológica, social e cultural que se constituiu em torno de um determinado conceito que, no caso da psiquiatria e do manicômio – sua mais expressiva instituição –, é o conceito de doença mental como sinônimo de perda de razão. (AMARANTE, 2008. p 744)

Ao analisar a conjuntura pelos parâmetros conceituais acima expostos, é possível perceber que o estado do Ceará não vive na atualidade um processo articulado de desconstrução da lógica manicomial. Importante que se faça uma ressalva que a lógica manicomial pode existir em uma unidade básica de saúde, em um CAPS e em qualquer serviço substitutivo. Os estudos de Amaral (2013) investigaram a problemática relação entre a Saúde da Família, os CAPS e o Hospital de Messejana em Fortaleza e como existem disputas e conflitos entre estes elementos da rede controversa. De acordo com as conclusões do pesquisador supracitado, o Hospital de Messejana considera que presta serviços relevantes à sociedade, principalmente em face a não resolutividade dos CAPS e das unidades de Saúde da Família para as demandas de saúde mental.

No entanto, além das dificuldades ideológicas e éticas já conhecidas que fazem parte da luta cotidiana para o reordenamento das práticas de cuidado em saúde mental, as Reformas Sanitária, Psiquiátrica e os movimentos sociais da Luta Antimanicomial tem sofrido duras derrotas no projeto político institucional de desconstruir os manicômios.

[...] o fechamento dos hospitais psiquiátricos, consumados em oito anos de vigência da lei, não foi acompanhado pela adaptação dos hospitais públicos às necessidades, específicas para atender a esses pacientes, e tampouco foram criados Centros de Atenção Psicossocial em número minimamente necessário. Assim, a norma imbuída no processo de proteger o respeito às pessoas com deficiência mental redundou em hipertrofia da tutela almejada: as pessoas que têm condições de arcar com as despesas internam seus familiares em clínicas particulares, enquanto os mais carentes ficaram completamente desassistidos pelo Estado, agravando os problemas familiares, não sendo incomum notícias de mães que acorrentam seus filhos com deficiência mental para poder trabalhar. (SILVA, 2013 apud PEREIRA, 2013. p 244).

O não fortalecimento da rede substitutiva faz com que o terreno fique propício ao recuo, inclusive do ponto de vista institucional, dos avanços da Reforma. Este recuo causa desassistências que permitem a aparição do constatado sentimento de “Saudosismo do Manicômio”. As famílias têm buscado suas saídas, nem sempre dignas, de conseguir dar conta dos graves sofrimentos que os transtornos mentais causam nos arranjos familiares. Aqui se cria o “caldo” histórico e conjuntural de fatores que contribuem para que haja diversas violações de direitos humanos nas comunidades sem que os serviços substitutivos em articulação com a saúde da família prestem apoio as famílias e aos sujeitos.

Da forma como se encontram os acontecimentos, o processo para se conseguir cuidar das pessoas com alguma questão de saúde mental passa por um corte de acesso à renda, em um dilema muito semelhante ao que acontece no contexto geral do Sistema Único de Saúde: nas falhas do sistema de saúde, ao que parece sobrevivem melhor aqueles que podem pagar por uma alternativa na iniciativa privada. Nestes termos, o SUS é palco expressivo da luta de classes na busca por acesso ao direito da saúde. O caráter misto do SUS contribui decisivamente para o acirramento da luta de classes na busca de um “lugar ao sol” para ter acesso ao cuidado em saúde, sendo essa uma contradição estrutural do sistema:

Quando observamos os arranjos entre o público e o privado na estrutura do sistema de saúde brasileiro, vemos que é um sistema misto, onde o setor público e o privado coexistem no financiamento, na oferta, na demanda e na utilização dos serviços de saúde [...] As implicações disto não contribuem

para o sistema público, pois não são as mesmas observações para os serviços duplicados de outros países. (RODRIGUES e SANTOS, 2011. p 177).

A percepção que esta pesquisa tem notado consiste no fato que os trabalhadores das duas políticas de fronteira ainda não assumiram para si a parte do processo de luta que os cabe neste processo de desmonte. As precarizações das formas de contratação, a alta rotatividade de servidores e a superprecarização estrutural e de fornecimento de insumos dos serviços tem contribuição definitiva na desmobilização dos trabalhadores e a instauração do desencanto com a participação ativa em busca de mudanças e avanços na política como defende Amarante (2008) e Baságlia (1924).

Provavelmente este desencanto tenha relação com o endurecimento dos profissionais nas unidades de saúde pesquisadas no sentido de que as violações de direitos humanos seja algo que passa como natural dentro das comunidades. Nos casos de cárcere privado relatados pelos profissionais entrevistados, é de fundamental importância que se destaque a atuação do Agente Comunitário de Saúde para que se enfrente este problema:

Ao longo deste estudo ficou evidente que o profissional mais próximo dos casos de cárcere privado visitados são os ACSs; estes não só eram os mais próximos dos casos e das famílias, como percebíamos, na maioria, certa sensibilidade e preocupação para não se acomodarem ou naturalizarem o problema. Ao mesmo tempo em que se entende o ACS como ator estratégico na produção do cuidado, por ser integrante do território enquanto morador, e está vinculado e implicado com as condições de saúde da população, este profissional pode ser tomado pela sobrecarga no trabalho, além do fato de que uma maior inserção na comunidade não garante produzir outros modos de cuidar. Fatores como a distância com os moradores, falta de sensibilidade e a captura nas malhas protocolares pode despotencializar as ações de cuidado, tornando o trabalho na saúde prescritivo, meramente técnico e sem potência inventiva (LEITE et al, 2013 apud MACEDO et al, 2014. p 132)

A naturalização dos processos de degradação dos sujeitos como se pode notar em alguns resultados deve ser algo que precisa ser trabalhado no cotidiano das equipes. Já existe uma dificuldade largamente discutida nesta pesquisa sobre identificação e condução de casos de saúde mental pelas equipes de Saúde da Família. Mesmo reconhecendo as fragilidades de rede de apoio, a precarização dos trabalhadores que compõem esta rede, o sucateamento dos

serviços e todas as demais problemáticas, não é possível que se aceite nas comunidades por parte dos profissionais e por parte de ninguém episódios assim descritos:

**S17: Tão tratando ser humano como porco, é vergonhoso, mas é a realidade.** Ela tá (sic) tratando ele como um animal. Quer dizer, não tem uma socialização, **não tem nada, é preso, só não é na grade.** Mas não tem contato nenhum, por exemplo eu faço minha visita domiciliar, ela vem me atende no portal, eu pergunto como tá (sic), não manda nem entrar. (Grifos do autor)

Combater a naturalização das violações de direitos em saúde mental, principalmente no contexto da Atenção Primária (setor estratégico para implementação das propostas de reorientação do modelo de saúde) é um imperativo ético e político para que os princípios das reformas não se percam na História. Para tanto se faz necessária uma reflexão cotidiana sobre a autonomia e a dignidade dos sujeitos. Assim, não se permitirá a consolidação, guardadas as devidas proporções, da banalidade do mal (ARENDDT, 1999)

Esta seção evidenciou que as fraturas de rede, de concepção do sistema de saúde e de formação contribuem para que se perpetuem os discursos e práticas com tendências manicomiais. Estas práticas estão expressas no desrespeito à legislação por parte do estado, no reforçamento do estigma por parte dos profissionais nos serviços de saúde, nas violações de direitos humanos por parte de familiares no trato com os sujeitos com transtorno mental. Quando se fala em tendência manicomial, assim se refere este autor porque as situações são flutuantes e contextuais. Os mesmos sujeitos com narrativas manicomiais, também são os sujeitos que realizam atividades progressistas com vias ao fortalecimento da autonomia dos sujeitos. O mesmo serviço que supermedicaliza os usuários também é o que possui um grupo de apoio envolvendo profissionais, usuários e familiares. O mesmo estado burguês que dialoga com a educação popular e constrói Ocas Comunitárias de cuidado também é o principal agente de sabotagem da política de saúde da família e de saúde mental. Por este motivo, se fala em tendências, pois elas vão e voltam nas práticas e não há um tipo puro nem de instituição e nem de sujeitos. Assim como estigma de Goffman é contextual, o manicômio enquanto representação também o é.

Nestes termos, é de fundamental importância que a reforma se reinvente para enfrentar os retrocessos evidenciados neste texto. Caso contrário, os serviços de saúde estarão no eterno deslumbre saudosista com os manicômios, uma vez que a rede substitutiva, por diversos motivos, não tem conseguido cumprir seu papel político, técnico e ético de fornecer opção de cuidado com qualidade a todos os usuários com alguma questão de saúde mental e seus familiares.

## 6 QUE CAMINHOS PODEM SER TRILHADOS? UTOPIAS E POSSIBILIDADES QUE BATEM À PORTA.

*“A minha alucinação  
é suportar o dia-a-dia  
e meu delírio  
é a experiência  
com coisas reais”  
(Belchior, 1976)*

Este capítulo é parte do esforço para tornar explícito e didático as contribuições alcançadas pelo seguinte objetivo específico: “Construir síntese analítica com possíveis avanços, retrocessos e desafios da articulação do cuidado para com as demandas de saúde mental nos territórios”. Este objetivo citado, por mais que tenha sido contemplado de alguma maneira ao longo da discussão dos demais capítulos, aponta a necessidade que esta dissertação deixe um produto no sentido de sugerir caminhos para os diversos entraves percebidos ao longo do processo de pesquisa. Afinal, este texto está preocupado em contribuir com os profissionais nos serviços de saúde de forma análoga ao que defende Belchior na epígrafe de abertura: “e meu delírio é a experiência com coisas reais”. Esta é a utopia, o delírio e compromisso deste pesquisador.

A primeira leva de sugestões caminham no sentido de afirmar a urgência de se discutir com as Instituições de Ensino Superior (universidades, faculdades, escolas de governo) e com o Ministério da Saúde (responsável por ordenar a formação dos recursos humanos de nível médio e superior) a pauta de mudança dos currículos e compromissos das profissões de saúde com vistas ao fortalecimento das práticas de cuidado e com vistas à integralidade. O panorama apresentado neste estudo sobre as contradições contidas nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) e normativas de mesmo gênero são enormes e denotam que não há um projeto unificado de formação para o Sistema Único de Saúde.

Embora se reconheça a importância de programas como o Pró-Saúde, o PET- Saúde e o VER-SUS para tensionamento da formação em saúde no país, estas experiências acabam

por legitimizar práticas focalizadas e isoladas. Não apontam para a necessidade de se mexer na base da formação com as diversas profissões. Se está previsto no acabou da Lei 8080/90 e normativas complementares que o SUS é responsável pelo ordenamento da formação de seus recursos humanos, é preciso que haja mais coragem política do Ministério da Saúde, do Ministério da Educação e dos Conselhos de Saúde e de Educação para pautar, de forma análoga ao que defendia Darcy Ribeiro, **a formação de diretrizes curriculares nacionais para o Sistema Único de Saúde**. Estabelecer parâmetros pétreos dos quais todas as profissões da saúde tenham que incorporar em suas formações. Propõe-se ainda que a integralidade do cuidado seja o fio condutor de todas as formações. Essa reivindicação é feita pelos profissionais no sentido que, no final das contas, falta algo: falta integralidade!

**S14: Eu acho importante a gente colocar em prática o princípio da integralidade, ver aquela pessoa como um todo, não só como uma doença mental.** Como é o caso de uma paciente da gente, que ouvimos falar que ela sabia fazer unha muito bem, daí passamos a incentivá-la a voltar a fazer, para se sentir útil. É uma maneira da gente incentivar eles, a se reintroduzir na sociedade, a ocupar a mente, e não ficar ocioso, sem animo, dentro de uma rede, pelo menos isso a gente pode trabalhar com eles. **Incentivar o autocuidado, a prática de atividade física, tentando fazer o que tá (sic) ao nosso alcance da nossa realidade.** (Grifos do autor)

Buscar este tipo de postura acima relatada é um imperativo para a formação dos profissionais. Trata-se de introduzir nos currículos e em todas as iniciativas de formação o imperativo ético do **agir orientado pelo cuidado e fortalecimento da autonomia dos sujeitos**. Para que as pessoas não sejam reduzidas à sua doença, ao seu diagnóstico. Este é um caminho para se efetivar a integralidade, caso contrário este princípio do SUS será reduzido aos aspectos logísticos e de recursos materiais para garantir a assistência dos usuários.

Outra sugestão relevante consiste em solicitar **aos trabalhadores que não se desencantem da participação política** para a melhoria da sociedade e do Sistema Único de Saúde. Como se mencionou nos aspectos históricos desta dissertação, o SUS nasceu como desejo de uma nova sociedade, mais justa e plena de direitos. Esta sociedade somente virá com a participação ativa dos sujeitos. Neste sentido, quando os profissionais e a comunidade esvaziam os espaços institucionais previstos em Lei (os conselhos de saúde e as conferências de saúde), os espaços de movimentos sociais (fóruns, frentes de defesa do SUS e movimentos correlatos) e os espaços de deliberação das profissões (conselhos de profissão e sindicatos) abre-se caminho para que outros interesses ocupem estes espaços. Como não existe vácuo na

participação política, quando os trabalhadores se ausentam destes espaços, estes serão ocupados por diversas iniciativas de desmonte do SUS. Não existe reforma sanitária e reforma em saúde mental que se sustente sem os sujeitos políticos que a defendam. A convocação de Engels e Marx em O Manifesto Comunista (1848) a respeito na união dos trabalhadores continua bastante atual.

Faz-se necessário que os trabalhadores da Saúde da Família **assumam o protagonismo da articulação de rede**. Se a Saúde da Família deve ser a ordenadora do cuidado para com as demais redes, faz-se imperativo que os profissionais tomem esta tarefa para si. É sabido das imensas dificuldades que o cotidiano impõe ao processo de trabalho das equipes e articular rede acaba por se configurar um compromisso “a mais”. Mesmo considerando este cenário, se os trabalhadores não trouxerem para o centro de suas práticas os momentos de encontro (sendo matriciamento ou não) com regularidade, as demandas de cuidado humanizado, resolutivo e integral ficarão sempre para segundo plano. E experiência tem ensinado que encontrar as equipes de outras políticas públicas como a de Assistência Social, de Educação e do Sistema de Garantia de Direitos possui uma potência enorme para cuidar muitas vezes da mesma população.

Uma ação importante para ajudar aos profissionais consiste em elaborar alguns instrumentais para conseguir identificar e registrar o acompanhamento de usuários com questões de saúde mental. Em muitos serviços, em desdobramento de não haver sistema de informações de saúde mental, não há sequer uma ficha para ajudar no rastreamento de casos e no registro. Os instrumentais podem ser vistos pelo prisma de serem artifícios burocratizantes do cuidado, contudo nos ambientes onde não há nada ou quase nada para servir de referência, estes recursos podem ajudar no direcionamento do olhar.

Neste sentido, esta dissertação deixa nos apêndices<sup>38</sup> uma proposta de instrumental de registro que articula as principais ferramentas de acompanhamento familiar (genograma, ecomapa e outros) e campos de registro de aspectos de saúde mental que podem contribuir para qualquer das profissões a identificar minimamente os casos de saúde mental nos territórios.

---

<sup>38</sup> Proposta de instrumental no Apêndice E

## 4 CONCLUSÃO

Na abertura do debate a respeito das considerações finais desta dissertação é fundamental que o leitor saiba que processo de pesquisar trouxe aprendizados importantes tanto para o amadurecimento acadêmico quanto profissional. É importante que se destaque que foi algo desafiador realizar uma pesquisa em dois polos bastante distantes do estado do Ceará (cerca de 400 km de distância entre Iguatu e Fortaleza). Fizeram parte do aprendizado significativo de realizar esta pesquisa: dar conta de viagens longas a Iguatu, conseguir vencer a burocracia institucional da Prefeitura de Fortaleza, pinçar informações, tratar e interpretar dados, refazer anotações e versões de texto, checar mais de uma vez os dados, bem como procurar soluções para os dados contraditórios.

Uma constatação importante deste processo de busca de dados e produção de informação sobre o tema: a facilidade e o acesso às informações públicas que a Lei da Transparência exige não tem sido cumprida pelas prefeituras. O pesquisador necessitou fazer “malabarismos” para conseguir as informações junto às administrações. Soma-se, ainda, o fato de que as informações oficiais fornecidas eram conflitantes com o realmente praticado pelos serviços de saúde. Esta realidade obrigou esta pesquisa a refazer trabalho em muitas oportunidades. São os percalços no esforço para construção e conhecimento de qualidade e rigor.

As entrevistas com os profissionais nas duas cidades foi um ponto alto e muito positivo no processo de realizar esta pesquisa. As contribuições foram riquíssimas e se pode notar que os profissionais que participaram estavam mobilizados para falar, para desabafar sobre seus processos de trabalho, bem como para contribuir com alguma melhoria dos serviços. Este desejo de ver algum retorno se expressa pela quantidade de profissional que perguntaram a respeito da devolutiva aos serviços (7 entrevistados). Na experiência do pesquisador em outras pesquisas, quase nunca os sujeitos perguntam sobre a devolutiva do trabalho e nesta oportunidade há um interesse em saber do produto final. Isto demonstra que o assunto mobilizou pessoas e mexeu com a rotina das equipes de alguma maneira. Este é um alerta presente principalmente na pesquisa qualitativa em que há o reconhecimento de que o pesquisador interfere e se relaciona com o seu objeto de pesquisa.

Em relação ao contexto conjuntural e histórico em que se situa este trabalho, o primeiro aspecto a ser destacado na finalização dos apontamentos diz respeito ao fato de que os investimentos em Atenção Primária à Saúde (APS) se configurarem enquanto estratégia importantíssima para a sustentabilidade dos sistemas de saúde de base nacional como o é o Sistema Único de Saúde. Os elementos que corroboram esta conclusão (antiga diga-se de passagem) são robustos e epidemiologicamente consistentes no sentido de afirmar categoricamente que a mudança do perfil demográfico e do perfil de doenças exigirá que os países fortaleçam seus sistemas de saúde para operarem na prevenção de doenças e promoção de saúde. É neste cenário que historicamente foi gestado o Programa Saúde da Família e a posterior Estratégia Saúde da Família no Brasil.

Apesar dos fortes elementos que indicam os benefícios do fortalecimento da APS, não tem sido exatamente isto que tem ocorrido no Brasil e nos territórios investigados nesta pesquisa. Isto releva que o argumento sanitário gestado na Conferência de Alma Ata (1978) alertou ao mundo sob necessidade de reorientação dos sistemas, mas não convenceu politicamente os gestores a implementar tal orientação em sua plenitude.

Ao analisar o desdobramento histórico da implantação da Saúde da Família no Brasil, é possível notar que houve um caminhar progressivo de crescimento do número de equipes pelo país em aproximadamente 20 anos de fixação desta proposta de se fazer Atenção Primária. Importante que se destaque ao leitor que a implantação da saúde da família não ocorreu sem resistência dos setores mais conservadores do pensamento sanitários brasileiro que resistiram à mudança nos modelos de atenção e na proposta ideológica de cuidado trazida pela ESF. Esta conclusão se fundamenta no próprio caso da cidade de Fortaleza. A capital cearense foi uma das últimas do estado a aderir a Estratégia Saúde da Família, ainda convive com um modelo misto de atenção (ainda há unidades que não são orientadas pela ESF), bem como tem conseguido aumentar timidamente o nível de cobertura da população. Nestes termos, os avanços da Reforma Sanitária brasileira se configuram em permanente ameaça e suscetíveis à retrocessos. Portanto, consolidar a Atenção Primária e a Saúde da Família é uma tarefa constante de luta e leitura crítica das conjunturas que se formam.

Outro ponto histórico relevante que foi apresentado na introdução desta dissertação

que se confirmou com os dados finais da pesquisa: a Atenção Primária e a Saúde Mental embora tenham sido gestadas de movimento políticos muito próximos trilharam caminhos de distanciamento em escala maior do que os movimento de aproximação. Esta afirmação se sustenta no fato percebido pela flagrante desarticulação normativa entre os dois campos como se pode perceber nas evidências demonstradas, sobretudo nas Leis 8.080/90 e 10.2016/01. Este é um primeiro aspecto do que se convencionou chamar, nesta dissertação, de 1º grande derrota das reformas.

Como desdobramento, percebeu-se que existem importantes déficits nas formações de saúde dos trabalhadores. Neste sentido, foi possível constatar que as contradições elementares da formação ocorrem já na elaboração das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) de cada profissão de nível superior e nas orientações para formação de profissionais de nível médio do Ministério da Saúde (que diz respeito neste estudo aos Agentes Comunitários de Saúde). Com exceção do curso de graduação em Medicina, todas as demais formações não têm a Saúde Mental como eixo estruturante para formação de matriz de seus currículos.

Outro aspecto relevante diz respeito ao fato de as dimensões da integralidade e do cuidado estarem presentes de forma escassa em algumas profissões (caso da enfermagem e odontologia) e ausentes em outras como no Serviço Social e na Psicologia. Por estes critérios, é possível concluir que há uma longa caminhada a ser percorrida o reordenamento das formações para que a saúde mental esteja contemplada e que a integralidade e o cuidado estejam no centro das orientações de práticas.

Evidenciou-se também um nível importante de insegurança dos profissionais em intervir em processos que envolvam questões de saúde mental. Os profissionais alegam veementemente que não foram preparados tecnicamente para lidar com este tipo de demanda em seu cotidiano de trabalho, embora as diretrizes oficiais do Ministério da Saúde afirmem que é possível cuidar dos pacientes com alguma questão de saúde mental com as ferramentas já dispostas nas ações desenvolvidas pelas equipes. A respeito desta contradição, esta pesquisa concluiu que existem duas dimensões articuladas que fragilizam o cuidado em saúde mental na atenção primária. A primeira delas diz respeito sim a formação prévia dos profissionais. Ela precisa ser revista e reorientada para as ações estratégicas de cuidado no território: por exemplo saber/entender o acolhimento, o Projeto Terapêutico Singular e o matriciamento. O

segundo aspecto diz respeito ao acesso a Educação Permanente. O acesso escasso à especializações, residências e cursos é fator fragilizador do processo de estabelecimento de cuidado, pois veda ao trabalhador a oportunidade de se requalificar em seu processo de trabalho.

Em outro campo de percepções, notou-se que a forma predominante de cuidado praticada pelas equipes de saúde da família em relação à saúde mental trata-se da medicalização dos sofrimentos mentais e da vida como um todo. Ou seja, a proposta majoritária de intervenção, com os sujeitos em sofrimento psíquico ou com transtornos mentais comprometedores da vida cotidiana, é prescrever e renovar medicamentos sem que se faça avaliação das condutas tomadas pelos profissionais de saúde ou da proposta de projeto terapêutico. Esta é uma constatação grave, pois a medicalização dos sujeitos, além de prática aprisionante e iatrogênica, se configura enquanto uma das formas mais perversas de violência.

Neste campo de debate, ainda, é fundamental que se destaque que o fenômeno na medicalização em demasia é um vetor de mão dupla. É legitimado no cotidiano pelos profissionais das equipes e é requerido em nível de desespero pelas famílias e pelos usuários dos serviços. Conclui-se neste estudo que a prática majoritária de medicar por medicar é uma das facetas mais desastrosas da falência do diálogo entre os equipamentos da rede substitutiva dos dois municípios e as equipes da saúde da família.

Um elemento importante percebido neste estudo diz respeito ao crescimento dos manicômios e das práticas manicomialis. Este cenário ocorre de forma acelerada em função do sucateamento da rede substitutiva e do não cumprimento das diretrizes da Reforma Psiquiátrica. A primeira vertente deste campo de debate se caracteriza pela constatação de que os profissionais de saúde majoritariamente enxergam o “paciente de saúde mental” pela visão mais clássica do estigma: o louco como infrator e potencialmente perigoso.

Esta é uma barreira relevante existente na composição das equipes de saúde para estabelecimento de projetos de cuidado com os usuários. Este contexto é reflexo de um processo de fragmentação da formação dos profissionais (que não foram e nem são sensibilizados para o tema), mas também de legitimação de preconceito de classe. Nas falas em que o “louco infrator” é descrito, na totalidade eram usuários pobres, com envolvimento

em uso abusivo de álcool e outras drogas e em situação efetiva ou eventual de rua. Neste sentido, foi possível concluir que os profissionais de saúde nas unidades investigadas têm preferência por cuidar do “louco administrado”. Este seria o paciente comportado, limpo, educado e aderente às propostas feitas pela equipe. De certa forma, é possível notar que esta forma de estigmatizar e conduzir o cuidado é, também, uma forma sutil de violência semelhante a que Baságlia denuncia no sentido que os profissionais na verdade querem “domesticar” a loucura.

O outro grande aspecto dentro desta temática acima citada diz respeito ao fato de que os serviços substitutivos não têm conseguido desempenhar seu papel de dar retaguarda especializada às equipes da atenção primária. Este fator é determinante para que não se consiga concretizar o maior desejo da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial: fechar de uma vez por todas os manicômios e desinstitucionalizar profissionais e pacientes da herança simbólica manicomial.

O estado do Ceará, embora historicamente uma unidade da federação pioneira na Reforma, o que se percebe é um movimento contrário de crescimento da importância dos manicômios. Esta conclusão é possível pelo fato de que o maior manicômio público do estado, O Hospital Mental de Messejana, tem sido premiado, ampliado e elevado ao estatuto de regulador de rede. Na vertente álcool e outras drogas, tem crescido de forma vertiginosa o credenciamento de comunidades terapêuticas (que são os manicômios modernos). Importante que se destaque ao leitor que os manicômios têm gozado de prestígio entre os profissionais de saúde, entre os familiares e pelos próprios pacientes. Esta é uma derrota enorme que as Reformas têm sofrido.

A respeito do cumprimento dos objetivos de pesquisa, é importante que se destaque que o objetivo geral inicial, a saber, “compreender as práticas de cuidado desenvolvidas pelos profissionais na Estratégia Saúde da Família (ESF) no estado do Ceará para com as demandas de saúde mental existentes nos territórios de responsabilidade das equipes”, foi atingido em sua plenitude. Evidentemente que o esforço para compreender as práticas de cuidado não consegue dar conta da totalidade de compreensões possíveis, contudo esta pesquisa avalia que foi possível compreender as práticas de cuidado em saúde mental desenvolvidas pelos profissionais. A conclusão que se chega desta compreensão é que as práticas são

contraditórias quando se analisa as narrativas dos profissionais em relação ao que eles defendem e o que de fato é feito no cotidiano de trabalho. Notou-se que existe uma apropriação do discurso progressista em saúde mental, contemplando elementos como articulação, cuidado, clínica ampliada e integralidade. Em relação às práticas em si, nota-se a fragmentação, algumas práticas de cuidado pelo viés coletivo, a prevalência da clínica na lógica médica clássica (queixa-conduta) e a especialização das ações. Nas mesmas equipes, há momentos em que se consegue a feitura de práticas cujas dimensões do cuidado são ética, política e tecnicamente acolhedoras e promotoras da autonomia dos sujeitos e, há momentos em que todas estas práticas são esquecidas nas intervenções.

Em relação ao primeiro objetivo específico “sistematizar as práticas de cuidado desenvolvidas pelos profissionais na ESF para com as demandas de saúde mental existentes nos territórios adscritos pelas equipes em um contexto de capital e em um contexto de interior do estado” este foi contemplado com nos conteúdos existentes nas quatro categorias temáticas construídas que são: **Questões da fragmentação da formação em saúde, Medicalização da Vida e do Cuidado, Desarticulação Normativa entre Saúde Mental e Atenção Primária à Saúde: desafios para formação de Redes, Conjunto de Discursos e Práticas de Cuidado em Saúde Mental com Tendências Manicomiais**. Neste sentido, as práticas de cuidado sistematizadas transitam de forma contraditória e dialética entre a fragmentação e a articulação dos usos dos conhecimentos aprendidos na formação, entre a medicalização e o saber popular para intervir, entre exigir que haja orientação de como acessar a rede entre saúde mental e atenção primária e fazer a rede de cuidados com o que se tem no território com ajuda do matriciamento e, por fim, reconhecer a importância do fechamento dos manicômios, mas reivindicar a volta deles por não acreditar na rede substitutiva.

Com relação ao segundo objetivo “comparar as práticas de cuidado relatadas pelos profissionais das equipes de saúde da família e as ações defendidas pelas políticas oficiais que tratam das demandas de saúde mental nos territórios”, bem como relação ao terceiro objetivo “construir síntese analítica com possíveis avanços, retrocessos e desafios da articulação do cuidado para com as demandas de saúde mental nos territórios” é possível concluir que também foram contemplados pela discussão dos dados obtidos no campo com os parâmetros da literatura e do arcabouço legal que trata da aproximação dos campos de fronteira entre a Saúde Mental e a Atenção Primária.

Retomando os questionamentos feitos na introdução do trabalho, faz-se importante respondê-los para clarear os limites e os alcances da pesquisa. O primeiro questionamento consiste no seguinte: afinal, como as demandas de saúde mental podem ser cuidadas? A resposta a esta pergunta é complexa e acredita-se que esta pesquisa a respondeu em partes com os dados obtidos e a sua problematização. Dentre as diversas possibilidades de cuidado das demandas de saúde mental na atenção primária, há elementos concretos para afirmar que tal processo de cuidado passa pela implementação de acolhimento coerente, criação e acompanhamento do Projetos Terapêuticos Singulares e investimento em estratégias de intervenção grupal. Esta é a aposta deste autor.

Em relação ao segundo questionamento: os profissionais da ESF se sentem preparados para cuidar de demandas de saúde mental em seu cotidiano de trabalho? Pelos dados obtidos, é possível concluir que a maioria não se sente preparada para este desafio. Os motivos são diversos, muito embora seja importante destacar a insegurança oriunda da formação de base, pouco acesso à formação permanente e pouca confiança na capacidade de retaguarda da rede substitutiva.

No que concerne ao último questionamento: quais são os caminhos possíveis para se estruturar práticas de cuidado atentas à Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família? Os caminhos possíveis são diversos, contudo a análise da conjuntura e dos dados desta pesquisa apontam os seguintes caminhos: que se batalhe pela formação de diretrizes curriculares nacionais para o Sistema Único de Saúde, que as equipes tenham suas ações orientadas pelo cuidado e fortalecimento da autonomia dos sujeitos, que os trabalhadores que não se desencantem da participação política e ocupem os conselhos e conferências de saúde e que os trabalhadores assumam o protagonismo da articulação de rede.

É importante que se ressalte que é urgente e necessário que se retome a agenda de lutas contra os retrocessos que este tempo histórico tem reservado às conquistas de direitos no campo da saúde. É uma conclusão ética e política desta dissertação que boa parte das fragilidades encontradas na articulação entre saúde mental e atenção primária são oriundas de intencionalidades controversas existentes na relação promíscua entre o público e o privado na constituição do SUS. É preciso que os movimento sociais se reorganizem, pautem a

manutenção dos direitos duramente conquistados e defendam a melhoria das políticas públicas. Este autor acredita na luta cotidiana e defende que a Reforma Sanitária, a Reforma Psiquiátrica, a Luta Antimanicomial e todos os movimentos sociais devem estar atentos e combativos para que o Sistema Único de Saúde seja mais que o um sistema de saúde: que seja efetivado como conquista do povo brasileiro.

## REFERÊNCIAS

ACIOLY, Y.A. **Reforma psiquiátrica: com a palavra, os usuários.** 2006. 99 f. Dissertação (Mestrado). – Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, 2006.

AMARAL, C.E.M. **Rede de atenção em saúde mental do município de Fortaleza: uma análise multidimensional na perspectiva de profissionais de diferentes dispositivos.** 2013. 282 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 2013.

AMARANTE, P. D de C. Saúde mental, desinstitucionalização e novas estratégias de cuidado. In: GIOVANELLA, L (Org). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

\_\_\_\_\_, P; LIMA, R (ORG). **Loucos pela diversidade: da diversidade da loucura à identidade da cultura.** Relatório final. Rio de Janeiro: 2008.

\_\_\_\_\_, P; NADIA, D.R; CONSTANTINO, P. Pessoas institucionalizadas e violência. In: NJAINE, K. (Org). **Impactos da Violência na Saúde.** Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2013

AMORIM. A.K. de M.A. **O serviço residencial terapêutico: cartografias de um híbrido no contexto da desinstitucionalização em saúde mental.** 2008. 177 f. Tese (Doutorado). – Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, 2008.

ANDRADE, L. O. M. de. O sistema único de saúde e sua regulamentação. In: ANDRADE LOM, BARRETO ICHC (ORG). **SUS Passo a Passo: História, Regulamentação, Financiamento, Políticas Nacionais.** 2. Ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

\_\_\_\_\_, L.O.M de; BARRETO, I.C. de H.C; BEZERRA, R.C. Atenção primária á saúde e estratégia de saúde da família. IN: CAMPOS, G. W. de S. **Tratado de saúde coletiva.** São Paulo: Hucitec, 2009.

\_\_\_\_\_, O.M de; BARRETO, I.C.de H C. **Da reflexão crítica no movimento estudantil à participação na construção da estratégia saúde da família** In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Memórias da saúde da família no Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

ARENDT, H. **Eichmann em Jerusalém**: um relato sobre a banalidade do mal. Trad. José Rubens Siqueira. São Paulo: Companhia das Letras, 1999.

AYRES, J. R. de C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade** v.13, n.3, p.16-29, set-dez. 2004.

\_\_\_\_\_, J.R. de C. M. Organização das Ações de Atenção à Saúde: modelos e práticas. **Saúde e Sociedade**, v.18, supl.2, 2009.

\_\_\_\_\_, J.R. de C.M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. In: MINAYO, MCS., and COIMBRA JR, CEA., orgs. **Críticas e atuantes**: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. 708 p. ISBN 85-7541-061-X. Disponível em SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.

BALLARIN, M.L.G.S; CARVALHO, F.B. de; FERIGATO, S.H. Os diferentes sentidos do cuidado: considerações sobre a atenção em saúde mental. **O Mundo da Saúde**, São Paulo; 34(4):444-450, 2010.

BARBOSA, R; KOTHE, F (Tradução). **Os economistas**. Karl Marx. O capital: crítica da economia política. São Paulo: Editora Nova Cultural, 1996.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70; 1977.

BASAGLIA, F. **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**, 1924. AMARANTE, P. (ORG). Tradução: Joana Angélica D'Ávila Melo. Rio de Janeiro: Gramound, 2010.

BORGES, R.F; LUZIO, C.A. Pesquisa qualitativa em saúde mental: alguns apontamentos. **Revista de Psicologia da UNESP** 9(1), 2010

BOSI, M.L.M. Pesquisa qualitativa em saúde coletiva: panorama e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(3):575-586, 2012.

BRASIL, IBGE. **Censo Demográfico**, 2010. Disponível em: <[www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br)>. Acesso em 05 de maio de 2015.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. **Cartilha conheça a RAPS: rede de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

\_\_\_\_\_. 1ª Conferência Nacional de Saúde – relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 1987.

\_\_\_\_\_. 8ª Conferência Nacional de Saúde – relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

\_\_\_\_\_. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. RESOLUÇÃO Nº 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, 2012.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas.**/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2009.

\_\_\_\_\_. Constituição da República Federativa do Brasil, de 05 de outubro de 1988.

\_\_\_\_\_. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Estimativas da população residente nos municípios brasileiros com data de referência julho de 2015**. Brasília: IBGE, 2015.

\_\_\_\_\_. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa nacional de saúde 2013**: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. Brasília: IBGE, 2014.

\_\_\_\_\_. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, Lei Orgânica da Saúde (LOS). Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990b.

\_\_\_\_\_. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. 1990a.

\_\_\_\_\_. 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.

\_\_\_\_\_. Ministério da Justiça. **Programa Crack, é Possível Vencer**. Brasília: Governo Federal, 2015. Disponível em: < <http://www.justica.gov.br/sua-seguranca/seguranca-publica/programas-1/crack-e-possivel-vencer> > Acesso em 04 de julho de 2016.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA Nº 131, DE 26 DE JANEIRO DE 2012. Institui incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, 2012.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA Nº 3.189, DE 18 DE DEZEMBRO DE

2009. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação do programa de formação de profissionais de nível médio para a saúde (PROFAPS). Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados – 8, ano VI, nº 8. Informativo eletrônico. Brasília: janeiro de 2011. Disponível em: < [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br) e [www.saude.gov.br/bvs/saudemental](http://www.saude.gov.br/bvs/saudemental) >. Acesso em: 04 de junho de 2016.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE. **Educação Permanente nos serviços e na gestão da atenção básica**. IV Seminário Internacional de Atenção Básica. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2012. 54 Slides: color.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: a clínica ampliada** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília:

Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB**. Brasília, 2016. Disponível em: < <http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php?area=01>> Acesso em 05 de julho de 2016.

\_\_\_\_\_. 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 da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

CÂMARA, R.H. Análise de conteúdo: da teoria à prática em pesquisas sociais aplicadas às organizações. Gerais: **Revista Interinstitucional de Psicologia**, 6 (2), jul - dez, 2013,179-191.

CAMPOS et al. **O desafio dos processos e do mercado de trabalho na APS** – o desafio da formação e da qualificação. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Memórias da saúde da família no Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

CAMPOS, G.W de S; DOMITTI, A.C. 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.

CARDOSO, R.V. **Medicalização e o cuidado em Saúde na estratégia de saúde da família**. 2014. 268 f. Dissertação (Mestrado). Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2014.

CARVALHO et al. perfil epidemiológico dos usuários da rede de saúde mental do município de Iguatu, Ce. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**. V06. N2. Artigo 07, 2010.

CARVALHO, Y. M. de; CECCIM, R.B. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. IN: CAMPOS, G. W. de S. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2009.

CASTRO, F.G. Materialismo histórico e definição de psíquico. **Psicologia & Sociedade**; 21 (2): 182-192, 2009.

CEARÁ. ASSEMBLEIA LEGISLATIVA. LEI N° 14.416, DE 23.07.09. Dispõe sobre as diretrizes para a elaboração e execução da lei orçamentária para o exercício de 2010 e dá outras providências. Fortaleza: ALCE, 2009.

\_\_\_\_\_. ASSEMBLEIA LEGISLATIVA. Lei Estadual 12.151, de 29 de julho de 1993. Dispõe sobre a extinção progressiva dos Hospitais Psiquiátricos e sua substituição por outros recursos assistenciais, regulamenta a internação psiquiátrica compulsória, e dá outras providências.

CEARÁ. SECRETARIA DA SAÚDE. **O hospital – institucional**. Disponível em: <<http://www.hsmm.ce.gov.br/index.php/o-hospital/institucional>>. Acesso em 05 de julho de 2016.

\_\_\_\_\_. SECRETARIA DA SAÚDE. **Saúde mental**. Fortaleza: SESA, 2016. Disponível em:

<<http://www.saude.ce.gov.br/index.php/politicas-de-saude/organizacao-de-servicos/atencao-especializada/44758-saude-menta>>. Acesso em 06 de julho de 2016.

CHIAVERINI, D. H (ORG) et al. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

COHN, A. Saúde e direitos: produção de práticas e conhecimentos. In: COHN, A; MARTIN, D; PINTO, R.M.F. (ORG). **Pesquisa em saúde coletiva**: diálogos e experiências. Santos: Editora Universitária Leopoldianum, 2012.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos**: locais de internação para usuários de drogas / Conselho Federal de Psicologia. - Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2011.

\_\_\_\_\_. **Subsídios para a campanha não a medicalização da vida**: medicalização da educação. Brasília: CFP, 2011

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. RESOLUÇÃO CNE/CES 3, DE 19 DE FEVEREIRO DE 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia. Brasília, 2002

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. RESOLUÇÃO CNE/CES 4, DE 19 DE FEVEREIRO DE 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia. Brasília, 2002.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. RESOLUÇÃO CNE/CES Nº 3, DE 7 DE NOVEMBRO DE 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Brasília, 2001.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. RESOLUÇÃO CNE/CES Nº 5, DE 7 DE NOVEMBRO DE 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Nutrição. Brasília, 2001

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. RESOLUÇÃO Nº 15, DE 13 DE MARÇO DE 2002. Estabelece as Diretrizes Curriculares para os cursos de Serviço Social. Brasília, 2002.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. RESOLUÇÃO Nº 3, DE 20 DE JUNHO DE 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Brasília, 2014

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. RESOLUÇÃO Nº 5, DE 15 DE MARÇO DE 2011. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Psicologia, estabelecendo normas para o projeto pedagógico complementar para a Formação de Professores de Psicologia. Brasília, 2011

CRUZ, C da S. S el al. Do pensamento clínico, segundo Foucault, ao resgate do modelo biopsicossocial: uma análise reflexiva. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde, Três Corações**, v. 11, n. 1, p. 30-39, jan./jul. 2013.

FARIAS, A de; BRUNO, A. **FORTALEZA: 285 ANOS** In: Cartilha Fortaleza, 2011. Disponível em: < <http://arturbruno.com.br/images/conteudo/file/cartilhafortaleza.pdf>>. Acesso em 10 de junho 2016.

FIGUEIREDO, E.N de. **Estratégia Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família**: diretrizes e fundamentos. São Paulo: UNIFESP, 2010. Disponível em: < [http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca\\_virtual/esf/1/modulo\\_politico\\_gestor/Unidade\\_5.pdf](http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_5.pdf)>. Acesso em: 05 de julho de 2016.

FLICK, Uwe. **Introdução à pesquisa qualitativa**. São Paulo: Bookman, 2008.

FORTALEZA. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Relatório Anual de Gestão**. Fortaleza: Secretaria Municipal de Saúde, 2014. Disponível em: < <http://aplicacao.saude.gov.br/sargsus/login!consultarRelatorioExterno.action?tipoRelatorio=01&codUf=23&codTpRel=01>>. Acesso em 05 de julho de 2016.

\_\_\_\_\_. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Saúde mental. Fortaleza: SMS, 2016. Disponível em: < <http://www.fortaleza.ce.gov.br/sms/saude-mental>>. Acesso em 05 de julho de 2016.

FOUCAULT, M. **O Nascimento da Clínica**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Florense Universitária, 1977.

FRANCO, T. Alienação do Trabalho: despertencimento social e desrenraizamento em relação à natureza. **Caderno CRH**, Salvador. V. 24. N. spe 0: 171-191, 2011.

FRANCO, T.B; JUNIOR, H.M.M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado In: **O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**; HUCITEC, 2004-2a. edição; São Paulo, SP. 2004

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

GOFFMAN, E. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Trad. Márcia Bandeira de Mello Leite Nunes. Rio de Janeiro: LTC, 2004.

GONDIM, G. M de M; MONKEN, M. Territorialização em saúde. In: **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro: 2009.

GOODMAN; GILMAN. **As bases farmacológicas da terapêutica**. Tradução da 10ª ed. original, por Carla de Melo Vorsatz et al. Rio de Janeiro: McGraw-Hill, 2005

GOULART, F.A de A. **Atenção Primária à Saúde: conteúdos e trajetórias**. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Memórias da saúde da família no Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

IGUATU. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório Anual de Gestão**. Iguatu: Secretaria Municipal de Saúde, 2014. Disponível: <  
<http://aplicacao.saude.gov.br/sargsus/login!consultarRelatorioExterno.action?tipoRelatorio=01&codUf=23&codTpRel=01>>. Acesso em 05 de julho de 2016.

IPECE. INFORME 42: **Perfil Municipal de Fortaleza**. Tema VII: Distribuição Espacial da Renda Pessoal, 2012. Disponível em: <  
<http://www.ipece.ce.gov.br/publicacoes/ipece-informe/informe%2042-ultimaversao.pdf>>. Acesso em 10 de julho de 2015.

KIRCHHOF, A. L. C; MAZZA, V. de A; ALEXANDRE, A. M. C. et al. **Trabalho de campo em pesquisa quantitativa na perspectiva dos entrevistadores**: análise qualitativa. *Cogitare Enferm.* 2012 Abr/Jun; 17(2):284-9.

KONDER, L. **Em torno de Marx**. São Paulo: Boitempo, 2010

KUSCHNIR, R. **Desafios à organização de redes de atenção à saúde**. Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro: ENSP, 2015. 31 slides: color. Disponível em:<  
[https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjJ9Pb7\\_jNAhWHDZAKHVtpDhEQFgghMAE&url=http%3A%2F%2Fwww5.ensp.fiocruz.br%2Fbiblioteca%2Fdados%2Ftxt\\_230104412.ppt&usg=AFQjCNE\\_JAYPsMyRwdbK9HyVrKK9xwokZA&sig2=r1zptzXuWCnuKVEO8kHrbQ](https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjJ9Pb7_jNAhWHDZAKHVtpDhEQFgghMAE&url=http%3A%2F%2Fwww5.ensp.fiocruz.br%2Fbiblioteca%2Fdados%2Ftxt_230104412.ppt&usg=AFQjCNE_JAYPsMyRwdbK9HyVrKK9xwokZA&sig2=r1zptzXuWCnuKVEO8kHrbQ)>. Acesso em 01 de junho de 2016.

LANCETTI, A; AMARANTE, P. Saúde mental e saúde coletiva. IN: CAMPOS, G. W. de S. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2009.

LAVOR, A.C.H. **O agente comunitário**: um novo profissional da saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.

Memórias da saúde da família no Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

LUPPI, C.G et al. Atenção primária à saúde. In: IBANES et al (Org). **Política e gestão pública em saúde**. São Paulo: Hucitec: Cealag, 2011.

MACHADO, F. R. de S; FONSECA, A.F; BORGES, C.F. O sistema único de saúde e as políticas de saúde no Brasil. In: JORGE, M.A.S; CARVALHO, M.C. de A; SILVA, P.R.F. da (ORG). **Políticas e cuidado em saúde mental: contribuições para a prática profissional**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2014.

MATTA, G. C. MOROSINI, M. V. G. Atenção Primária à Saúde. In: **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro: 2009.

MEDEIROS, C. da S. O processo ensino-aprendizagem do agente comunitário de saúde: a interface entre teoria e prática. 2008. 113 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estácio de Sá. Rio de Janeiro, 2008.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MORAES, B.A; COSTA, M.N da S.C. Análise Documental de Currículos da Área da Saúde no Brasil. **Investigação Qualitativa em Saúde//Investigación Cualitativa en Salud//**Volume 1, 2015.

MORAES, R. Análise de conteúdo. **Revista Educação**, Porto Alegre, v. 22, n. 37, p. 732, 1999.

MORAIS, A. P. P; TANAKA, O. Y. Apoio matricial em saúde mental: alcances e limites na atenção básica. **Saude soc.**, São Paulo , v. 21, n. 1, p. 161-170, Mar. 2012. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902012000100016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000100016&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 05 de julho de 2016.  
<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902012000100016>.

NEPOMUCENO, L.B. **A construção social da prática psicológica na atenção primária à saúde do SUS**. 2014. 215 f. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Ceará. 2014

OBSERVATÓRIO DAS METRÓPOLES. **Lagamar**: lutar e morar em Fortaleza, 2016. Disponível em: <  
[http://web.observatoriodasmetrosoles.net/index.php?option=com\\_k2&view=item&id=1446%3Alagamar-lutar-e-morar-em-fortaleza&Itemid=166](http://web.observatoriodasmetrosoles.net/index.php?option=com_k2&view=item&id=1446%3Alagamar-lutar-e-morar-em-fortaleza&Itemid=166)>. Acesso em 12 de junho de 2016.

OLIVEIRA, G. N. de. O projeto terapêutico singular. IN: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização. Atenção 32 Básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

OLIVEIRA, R. de C.M de. (Entre)linhas de uma pesquisa: o diário de campo como dispositivo de (in)formação na/da abordagem (Auto)biográfica. **Revista Brasileira de Educação de Jovens e Adultos**. v. 2, n. 4, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Cuidados inovadores para condições crônicas**: componentes estruturais de ação: relatório mundial / Organização Mundial da Saúde – Brasília, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários**/ Organização Mundial da Saúde – Lisboa, Portugal, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Relatório mundial de saúde 2008: cuidados primários de saúde – agora mais do que nunca** / Organização Mundial da Saúde – Lisboa, Portugal, 2008.

PINTO, A.G.A. **Produção do cuidado em saúde mental: significados e sentidos da prática clínica em Centro de Atenção Psicossocial**. 2008. 192f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, 2008.

PONTES, M.V.A. **Damião Ximenes Lopes: a “condenação da saúde mental” brasileira na corte interamericana de direitos humanos e sua relação com os rumos da reforma psiquiátrica**. 2015. 249 f. Dissertação (Mestrado). – Universidade Federal do Ceará.

QUINDERÉ, P.H.D; JORDE, M.S.B. (Des)construção do modelo assistencial em saúde mental na composição das práticas e dos serviços. **Saúde Soc. São Paulo**, v.19, n.3, p.569-583, 2010

REDAÇÃO. **Hospital de Saúde Mental de Messejana é o melhor do Brasil, aponta pesquisa**. Fortaleza. Jornal O Povo. 02 de abril de 2015. Caderno Fortaleza. Disponível em :< <http://www.opovo.com.br/app/fortaleza/2015/04/02/noticiafortaleza.3417045/hospital-de-saude-mental-de-messejana-e-o-melhor-do-brasil.shtml>>. Acesso em 14 de junho de 2016.

RIBEIRO, M. S; POÇO, J. L da C; PINTO, A. de R. A inserção da saúde mental na atenção básica de saúde. IN: RIBEIRO, M. S. (Org). **Ferramentas para descomplicar a atenção básica em saúde mental**. Juiz de Fora: Ed. UFJF, 2007.

ROCHA SÁ, R. A; BARROS, M.M.M de; COSTA, M.S.A. Saúde mental em Sobral-ce: atenção com humanização e inclusão social. **SANARE**, Sobral, v.6, n.2, p.26-33, jul./dez. 2005/2007.

RODRIGUES, P.H; SANTOS, I.S. **Saúde e cidadania: uma visão histórica e comparada do SUS**. São Paulo: Editora Atheneu, 2011.

RODRIGUES, W.C. **Metodologia científica**. Rio de Janeiro: UNISC, 2007. Disponível em: <[http://unisc.br/portal/upload/com\\_arquivo/metodologia\\_cientifica.pdf](http://unisc.br/portal/upload/com_arquivo/metodologia_cientifica.pdf)>. Acesso em 05 de julho de 2016.

SANTOS, Milton. **Espaço e método**. São Paulo: Nobel, 1985.

SCHECHTMAN, A; ALVES, D.S. A organização da política de saúde mental. In: JORGE, M.A.S; CARVALHO, M.C. de A; SILVA, P.R.F. da (ORG). **Políticas e cuidado em saúde mental**: contribuições para a prática profissional. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2014.

SILVA, T. **O que se esconde por trás de uma nuvem de palavras?**, 2013. Disponível em: <<http://tarciziosilva.com.br/blog/o-que-se-esconde-por-tras-de-uma-nuvem-de-palavras/>>. Acesso em 30 de julho de 2016.

SOUZA, F. dos R. **Processo de construção dos núcleos de apoio a saúde da família (NASF) na atenção básica do estado do Ceará**. 2013. 221 f. Dissertação (Mestrado). – Universidade Federal do Ceará, 2013.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p. Disponível em: <[http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select\\_action=&co\\_obra=14609](http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action=&co_obra=14609)>. Acesso em: 15 de maio de 2015.

TEIXEIRA, C. **Os princípios do sistema único de saúde**. Salvador: Conferência Municipal de Saúde, 2011. Disponível em: <[http://www.saude.ba.gov.br/pdf/OS\\_PRINCIPIOS\\_DO\\_SUS.pdf](http://www.saude.ba.gov.br/pdf/OS_PRINCIPIOS_DO_SUS.pdf)>. Acesso em: 01 de julho de 2016.

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. O sistema único de saúde. In G. W. S. Campos et al

(Orgs). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz, 2009.

**APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)****Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (T.C.L.E.)**

Você está sendo convidado a participar como voluntário de uma pesquisa. Você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

Caro (a) participante,

Gostaria de obter a sua autorização para a realização de uma entrevista com o intuito de contribuir com a pesquisa **“Saúde Mental e Atenção Primária nos Territórios: compreendendo as articulações de práticas de cuidado na Estratégia Saúde da Família no estado do Ceará.”** que busca compreender as práticas de cuidado desenvolvidas pelos profissionais na Estratégia Saúde da Família (ESF) no estado do Ceará para com as demandas de saúde mental existentes nos territórios de responsabilidade das equipes. A finalidade desse trabalho é contribuir com informações que auxiliem na elaboração de políticas públicas de saúde com uma maior atenção às necessidades dos usuários.

Você responderá as perguntas do entrevistador e, se quiser, podendo acrescentar algo que ache importante e que não lhe foi perguntado.

Você tem a liberdade de se recusar a participar a qualquer momento, sem qualquer prejuízo. Sempre que quiser, você pode pedir informações sobre a pesquisa através dos seguintes contatos do pesquisador Diego Mendonça Viana, estudante do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família, vinculado à Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação e à Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem (FFOE) da Universidade Federal do Ceará (UFC): (85) 3366-8449 ou e-mail: [diegomendoncaviana@gmail.com](mailto:diegomendoncaviana@gmail.com). A participação nesta pesquisa não envolve nenhum tipo de pagamento.

Os procedimentos utilizados nesta pesquisa obedecem aos critérios da Ética na Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Importante destacar que existem de riscos de algumas perguntas gerarem algum constrangimento nos entrevistados por versarem sobre o processo de trabalho em que o profissional está inserido. Existe, também, o **risco** de pressão institucional do gestor para com o profissional participante das entrevistas de forma a balizar as respostas emitidas. Destaca-se, ainda que Este projeto de pesquisa pode contribuir, em nível de **benefícios**, para revisão e melhoria dos processos de trabalho equivocados com relação às práticas de saúde mental na Estratégia Saúde da Família (ESF), bem como pode contribuir para que as equipes adquiram conhecimento sobre as possibilidades de incremento de sua atuação ao receberem o produto analítico final desta pesquisa.

Para maiores informações sobre essas questões, o (a) senhor (a) pode entrar em contato com o COMEPE (Comitê de Ética em Pesquisa) através do telefone 3366-8338.

Todas as informações coletadas neste estudo são confidenciais. As gravações e os relatos de pesquisa serão identificados com um código, e não com o nome do participante. Apenas o pesquisador e seu orientador terão acesso e conhecimento dos dados.

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para que você possa participar desta pesquisa. Para isso preencha, por favor, os itens que seguem.

**Endereço d(os,as) responsável(is) pela pesquisa:**

Nome: Diego Mendonça Viana

Instituição: Universidade Federal do Ceará (UFC)

Endereço: Rua Alexandre Baraúna, 1115 - Rodolfo Teófilo - CEP 60430-160.

Telefone p/contato: (XX) XXXXXXXX

**ATENÇÃO: Para informar qualquer questionamento durante a sua participação no estudo, dirija-se ao:**

**Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará**

**Rua Coronel Nunes de Melo, 1127 Rodolfo Teófilo**

**Telefone: 3366.8338**

Eu \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ anos, RG nº \_\_\_\_\_ declaro que é de livre e espontânea vontade que estou participando desta pesquisa. Declaro também que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura tive oportunidade de fazer perguntas sobre o conteúdo do mesmo, como também sobre a pesquisa e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro ainda estar recebendo uma cópia assinada deste Termo.

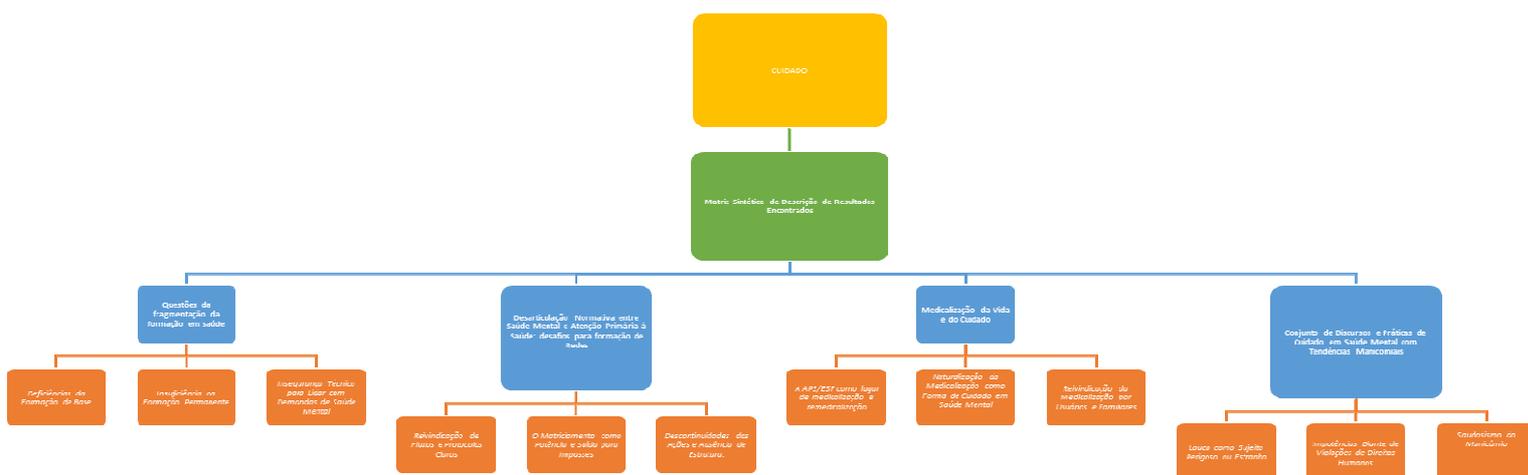
Fortaleza, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome do voluntário	Data	Assinatura
Nome do pesquisador	Data	Assinatura
Nome da Testemunha (se o voluntário não souber ler)	Data	Assinatura
Nome do profissional que aplicou o TCLE	Data	Assinatura

## **APÊNCIDE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA**

01. Fale um pouco sobre tua formação acadêmica e um pouco do teu percurso profissional até chegar neste serviço.
02. Como é sua rotina de trabalho regular nesta unidade de saúde?
03. Quantos e como estão organizados os territórios de responsabilidade de sua equipe?
04. Qual o perfil de saúde da população atendida e quais as demandas que mais chegam no serviço ou quais as demandas que são percebidas pela equipe?
05. Você já se deparou com um caso ou demanda que você considera ser de saúde mental em sua rotina?
06. Se sim, como é que se apresenta (o que caracteriza) uma demanda de saúde mental para você?
07. Caso nunca tenha chegado nenhuma demanda de saúde mental, por que você acredita que estas demandas não chegam ao conhecimento da sua equipe?
08. Você e sua equipe se sentem preparados para lidar com demandas de saúde mental nos territórios?
09. Quais as ações desenvolvidas por você e por sua equipe para manejar casos de saúde mental?
10. O que você acredita que pode ser feito para cuidar de usuários com demandas de saúde mental e suas famílias?

## APÊNDICE C – DIAGRAMA DE CATEGORIAS



## APÊNDICE D - ACOMPANHAMENTO DE CASOS DE SAÚDE MENTAL

**Nº PRONTUÁRIO:** \_\_\_\_\_

<b>Nome:</b>		<b>Apelido:</b>	
<b>Nome Social:</b>			
<b>Data de Nascimento:</b>		<b>Sexo: F ( ) M ( ) NIS:</b>	
<b>RG:</b>	<b>Org. Expedidor:</b>	<b>CPF:</b>	
<b>Filiação:</b>			
<b>Estado Civil:</b>		<b>Nível de Escolaridade:</b>	
<b>Nome do (a) Cônjuge:</b>		<b>Apelido:</b>	
<b>RG:</b>	<b>Org. Expedidor:</b>	<b>CPF:</b>	
<b>Endereço:</b>			<b>Nº.:</b>
<b>Ponto de Referência:</b>		<b>CEP:</b>	
<b>Bairro:</b>	<b>Município:</b>	<b>TEL.:</b>	

**Motivo do Atendimento (problema apresentado de acordo com o entendimento do usuário):**

<input type="checkbox"/> Procura Espontânea; <input type="checkbox"/> Usuário veio encaminhado; <input type="checkbox"/> Busca Ativa da Equipe			

**Genograma da Família (escrever a lápis)**

--

**Ecopama e Rede Comunitária (escrever a lápis)**

--

--

<b>Dados do Acompanhamento em Saúde da Família/Atenção Primária (cobertura vacinal, consultas de pré-natal, consultas de acompanhamento regular de saúde da mulher, do homem, puericultura, medicações utilizadas e problemas de saúde apresentados, etc)</b>
---


<b>Dados do Acompanhamento em Saúde Mental (histórico de acompanhamento no CAPS, internações psiquiátricas, histórico medicamentoso de saúde mental e diagnósticos pregressos)</b>
--


<b>Dados sobre existência a episódios ou rotinas de exposição à violência e ou/traumas importantes</b>
--


<b>Dados sobre risco de suicídio</b>
--------------------------------------






( ) Conselho Tutelar; ( ) Saúde; ( ) Educação; ( ) Sistema de Justiça; ( ) Outro: \_\_\_\_\_  
Local e Data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

---

Assinatura e Carimbo do Profissional

\*Instrumental adaptado da experiência dos Centros de Referência da Assistência Social (CRAS) de Umirim-CE e de Iguatu-CE, além das experiências do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) do município de Iguatu-CE.

**ANEXO A - LEI Nº 12.151, DE 29.07.93**

Dispõe sobre a extinção progressiva dos Hospitais Psiquiátricos e sua substituição por outros recursos assistenciais, regulamenta a internação psiquiátrica compulsória, e dá outras providências.

**O GOVERNADOR DO ESTADO DO CEARÁ**

Faço saber que a Assembleia Legislativa decretou e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º - Fica proibido no território do Estado do Ceará, a construção e ampliação de hospitais psiquiátricos, públicos ou privados, e a contratação e financiamento, pelos setores estatais, de novos leitos naqueles hospitais.

§ 1º - No prazo de cinco anos, contados da publicação desta Lei, os Hospitais Psiquiátricos existentes deverão adaptar-se ao disposto na presente Lei.

§ 2º - O Conselho Estadual de Saúde quando da adaptação dos Hospitais existentes observará, sempre que possível, critérios de atendimento a que os Hospitais Psiquiátricos se destinavam.

Art. 2º - A Secretaria Estadual de Saúde, as comissões interinstitucionais, o conselho estadual, as comissões municipais, locais e as Secretarias Municipais de Saúde, estabelecerão a planificação necessária para a instalação e o funcionamento de recursos alternativos de atendimento, como leitos psiquiátricos em hospitais gerais, hospital-dia, hospital-noite, centros de atenção, centros de convivência, lares, Pensões protegidas, entre outros, bem como estabelecerão, conjuntamente, critérios para viabilizar o disposto no § 1º do Artigo anterior, fixando a extinção progressiva dos leitos psiquiátricos.

§ 1º - O Conselho Estadual de Saúde constituirá uma Comissão Estadual de reforma em saúde mental, no qual estarão representados os trabalhadores em saúde mental, familiares, Poder Público, Ordem dos Advogados do Brasil e Comunidade Científica, sendo de sua competência o acompanhamento da elaboração dos planos regionais e/ou locais de atenção à saúde mental; fiscalizar sua implementação bem como aprová-los ao seu termo.

§ 2º - É competência das Secretarias Estaduais e Municipais, a coordenação do processo de substituição de leitos psiquiátricos, bem como a fixação, ouvidas as entidades a que se refere o "caput" deste Artigo, dos prazos e condições para a total extinção dos hospitais psiquiátricos no Estado.

§ 3º - Os Conselhos Municipais de Saúde - CMS - estabelecerão critérios objetivos para a reserva de leitos psiquiátricos indispensáveis nos hospitais gerais, observados os princípios previstos nesta Lei, bem como fixará a base demográfica mínima para a atenção integral, em postos de saúde, na área de saúde mental.

§ 4º - A substituição do sistema atual obedecerá a critérios de planejamento, não podendo a

desativação exceder a um vigésimo (1/20) do total de leitos existentes no Estado, ao ano.

Art. 3º - Aos pacientes asilares, assim atendidos aqueles que perderam o vínculo com a sociedade familiar e encontram-se ao desamparo dependendo do Estado para a sua manutenção, este providenciará atenção integral, devendo, sempre que possível, integrá-los à sociedade através de políticas comuns com a comunidade de sua proveniência.

Art. 4º - A internação psiquiátrica compulsória deverá ser comunicada pelo médico que a procedeu, no prazo de vinte e quatro horas, à autoridade do Ministério Público e à Comissão de Ética Médica do estabelecimento.

§ 1º - Define-se como internação psiquiátrica compulsória aquela realizada sem o expreso consentimento do paciente, em qualquer tipo de serviço de saúde, sendo responsabilidade do médico autor da internação, sua caracterização enquanto tal.

§ 2º - O Ministério Público procederá vistorias periódicas nos estabelecimentos que mantenham leitos para atendimentos psiquiátricos, para fins de verificação do correto cumprimento do disposto nesta Lei.

Art. 5º - Todas as internações de caráter psiquiátrico, compulsória ou não, deverão ser confirmadas, no máximo em quarenta e oito horas de internação respectiva, por laudo de junta interdisciplinar, composta por membros da comunidade, trabalhadores em saúde mental, e por representantes do Poder Público local.

Art. 6º - Compete às Secretarias Municipais de Saúde e aos Conselhos Municipais de Saúde a fiscalização sobre a aplicação das medidas necessárias à efetivação do disposto nesta Lei, bem como a correta observância do previsto no Artigo anterior, sem prejuízo da competência reservada à Secretaria Estadual de Saúde.

Art. 7º - No prazo máximo de um ano, os órgãos competentes deverão apresentar à Assembleia Legislativa do Estado os planos e os critérios objetivos que viabilizem, ao inal do prazo previsto no § 1º do Art. 1º, a total extinção dos hospitais psiquiátricos no território estadual, e a absorção da política determinada por este diploma, pelos hospitais gerais públicos e privados.

Art. 8º - A Secretaria Estadual de Saúde poderá, para garantir a execução dos fins desta Lei, cassar licenciamento, aplicar multas e outras punições administrativas previstas na legislação em vigor, bem como expedirá os atos administrativos necessários para sua regulamentação.

Art. 9º - Esta Lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

PALÁCIO DO GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ, em Fortaleza, aos 29 de julho de 1993.

CIRO FERREIRA GOMES

ANA MARIA CAVALCANTE E SILVA