

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

*MENTAL HEALTH AND PRIMARY CARE: UNDERSTANDING ARTICULATES
AND CARE PRACTICES IN THE FAMILY HEALTH IN CEARÁ*

Diego Mendonça Viana¹ Aluísio Ferreira de Lima²

Resumo

Este artigo, resultante de uma dissertação de mestrado em Saúde da Família, consiste de um esforço científico de compreensão das relações existentes entre o campo da Atenção Primária à Saúde e o campo da Saúde Mental nos territórios. Os cenários de pesquisa foram compostos por unidades de saúde vinculadas à Estratégia Saúde da Família nas cidades de Fortaleza e Iguatu, localizadas no estado do Ceará. Desse modo, os sujeitos da pesquisa foram profissionais da Estratégia Saúde da Família. A coleta de dados foi feita a partir de entrevistas semiestruturadas e a análise realizada por meio dos referenciais teóricos do Materialismo Histórico Dialético e a da Análise de Conteúdo. Entre alguns dos resultados alcançados, está a apresentação de quatro categorias que emergiram como temas centrais, sendo eles: Formação, Medicalização, Rede e Manicômios. Os resultados permitiram a construção de um panorama sobre os principais avanços e retrocessos existentes entre o campo de fronteira entre a saúde mental e a atenção primária, bem como assinalou a existência da necessidade de se repensar a orientação da atuação dos profissionais em questão com base nas contradições percebidas.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde; saúde mental; cuidado na Saúde; integralidade.

Abstract

This article consists of a scientific effort to understand the relationship between the field of Primary Health Care and the field of Mental Health in the territories. The research scenarios were composed of health facilities linked to the Family Health Strategy in the cities of Fortaleza and Iguatu, located in State of Ceara. Thus, the research subjects were the professionals of Family Health Strategy. Data collection was done by semi-structured interviews. Data analysis was performed using the theoretical framework of Content Analysis and Dialectical Materialism History. The research followed all appropriate ethical procedures and recommended by current legislation. Some of the results achieved has been the structuring four categories emerged as central themes, namely: Education, Medicalization, Network and Asylums. We conclude that this research allowed that could build an overview of the main developments and existing setbacks between the border field between mental health and primary care, and pointed out the existence of the need to rethink the direction of professional activity concerned based on perceived contradictions.

Keywords: Primary health care; mental health; health care; integrality.

¹ Psicólogo (CRP 11/06632), Mestre em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará/Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Especialista, em cráter de residência em Saúde da Família e Comunidade Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE), especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde pela Universidade Federal do Ceará, com experiência profissional em participação popular tendo atuado no Orçamento Participativo (OP) de Fortaleza. Graduado em Psicologia pela Universidade Federal do Ceará (UFC). No meu percurso, estive atuando e estudando principalmente nos seguintes temas: Formação em Psicologia, Psicologia Comunitária, Psicologia Social, Ética e Cuidado em Saúde, Saúde Pública, Saúde Coletiva, Mídia e Educação, e Abordagem Centrada na Pessoa.

² Psicólogo com Pós-Doutorado (2010), Doutorado (2009) e Mestrado (2005) em Psicologia (Psicologia Social) pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUCSP) e Especialista em Saúde Mental (2007) pela Universidade de São Paulo (EEUSP). É Professor Adjunto III do Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Ceará/UFC, credenciado como Professor Permanente (M/D) do Programa de Pós-Graduação em Psicologia e do Mestrado Profissional em Saúde da Família UFC/FIOCRUZ/RENASF).

INTRODUÇÃO

O sentimento de mudança e o desejo de construir uma proposta coerente para a saúde fizeram 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 (Brasil, 1986) e da I Conferência Nacional de Saúde Mental (Brasil, 1987). Ambos 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.

Os documentos assinalados serviram de base para a formulação de partes importantes da Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1988), da Lei Orgânica da Saúde, Lei nº 8080 de 1990 (Brasil, 1990), da Lei nº 10.216 de 2001, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica ou Lei Paulo Delgado (Brasil, 2001) e de várias normativas complementares, bem como estas duas conferências (re)inauguraram o movimento de militância e de luta no campo da saúde.

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, mais especificamente o que viria a ser o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Importante destacar que ao longo dos anos 1980, 1990 e primeira década dos anos 2000, a Saúde Mental no Brasil viveu momentos importantes de luta por visibilidade e afirmação do modelo substitutivo representado pela implantação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e de outros equipamentos de base territorial e comunitária.

As tentativas de rompimento da lógica manicomial não ocorreram/ocorrem apenas pela modificação de serviços, pelo

menos teoricamente, mas também pela defesa intransigente de formas de cuidado não aprisionadoras de subjetividades e dos sujeitos como preconizam Schechtman & 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 foram bem assinalados por Amarante & Lima (2008) e Lima (2010).

Entretanto, assim como tem ocorrido com os avanços e conquistas dos movimentos do campo progressista, também há involuções e retrocessos. No desenrolar da história da reforma sanitária, bem como nos episódios de estruturação dos movimentos sociais identificados com a Luta Antimanicomial, o Brasil tem passado por enormes debates a respeito da reestruturação política e administrativa do cuidado prestado aos usuários e familiares envolvidas com a temática da loucura. No cenário atual, é possível notar uma nítida disputa entre a lógica de cuidado defendida pela Reforma Psiquiátrica Brasileira e a crescente lógica manicomial patrocinada pelo *lobby* dos empresários e instituições religiosas vinculadas às Comunidades Terapêuticas. Os palcos destas intensas disputas são diversos e um dos principais cenários é a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

A construção da RAPS foi orientada, pelo menos em tese, para o fortalecimento dos serviços substitutivos desde sua concepção mantendo forte instrumentalidade progressista em seu arcabouço de intervenção, como ocorreu com a proposta do Matriciamento (Campos & Domitti, 2007), bem como através da elaboração de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) assinalado por Oliveira (2010) e, ainda, com a busca de estruturação de cuidado orientado pela Clínica Ampliada (Brasil, 2004).

No entanto, com o lançamento do Programa “CRACK- é Possível Vencer” entre os anos de 2012 e 2013 e de outras iniciativas do Governo Federal, houve, a despeito do que preconiza o relatório da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersectorial (Brasil, 2011), uma histórica cisão no acúmulo que vinha sendo desenvolvido no curso da reforma brasileira. Nos termos desse programa, abriu-se espaço para o financiamento de Comunidades Terapêuticas cujas propostas transitam entre internação compulsória, imposição religiosa e medicalização como base de tratamento. Vale ressaltar, ainda, que boa parte dessas instituições estão com larga ficha de denúncias por violações Direitos Humanos junto ao Ministério Público. Nota-se, portanto, um momento preocupante e de extrema contradição no caminhar da reforma psiquiátrica e da reforma sanitária 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 (APS). No Brasil, existe um histórico largo desde meados da década de 1990 para estruturação da proposta do Programa Saúde da Família (PSF) e posteriormente da Estratégia Saúde da Família (ESF) enquanto uma aposta na permanência articulada desta proposta no SUS. Contudo, em diversos contextos nacionais, dos quais o estado do Ceará não é exceção, existe um *lobby* analogamente crescente ao de desmonte da saúde mental também no campo da atenção primária.

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. Propostas da APS seletiva, bem como de fortalecimento do Pronto Atendimento, até então não cogitadas pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) voltam à agenda política em diversos estados e municípios

com o discurso de “avanço e eficiência” no atendimento à população (Brasil, 2011).

No que se refere ao contexto local, o estado do Ceará é inegavelmente um protagonista de inovações na reforma sanitária brasileira e deixou contribuições históricas relevantes para a reforma psiquiátrica e a oxigenação dos movimentos constitutivos da luta antimanicomial. Uma evidência concreta desse vanguardismo do estado do Ceará está na implementação de políticas inovadoras no Sistema Único de Saúde, sobretudo, a partir das iniciativas do médico sanitário Antônio Carlile Holanda Lavor (2010) nos movimentos de gestação da experiência que deu origem aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). A implementação do programa dos ACS no município de Iguatu posteriormente serviu de base para implementação no país inteiro por parte do Ministério da Saúde (MS).

De forma análoga ao protagonismo na reforma sanitária, o estado do Ceará também 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) e Bleicher (2015) são elucidativos a esse respeito.

A presença de movimentos de luta antimanicomial a partir de 2000 na capital do Ceará, como exemplo podem ser citados o Fórum Cearense de Luta Antimanicomial e o Movimento Manicômio Nunca Mais, foi extremamente relevante para que os governos locais fossem pressionados a incorporar nas pautas da saúde mental debates que buscassem construir políticas públicas de caráter desinstitucionalizante e emancipatório para os sujeitos (Santos, 2016). Os CAPS situados nos interiores do estado, como exemplo está o de Iguatu, fundado em 1991, foram e ainda são responsáveis

por dar visibilidade às experiências inovadoras e exitosas em saúde mental em diversos aspectos, embora saibamos que ainda são inúmeros os desafios que precisam ser superados.

É certo de que muitos dos avanços que seguiram as iniciativas pioneiras da reforma psiquiátrica no estado do Ceará foram impulsionadas por imposição moral e jurídica. A esse respeito, não se pode deixar de comentar, ainda que brevemente, da morte de Damião Ximenes Lopes. Ele foi encontrado morto na Hospital Casa de Repouso Guararapes, localizado em Sobral (CE) em 1999, com sinais de tortura e maus-tratos. Sua morte se tornou, embora seu nome quase não seja lembrado, um marco para a implementação do processo da reforma psiquiátrica no Brasil, sobretudo porque levou o país a ser, pela primeira vez, condenado pela Corte Interamericana de Direitos Humanos como violador de direitos humanos no ano de 2006, justamente o período em que Sobral vivia a efervescência de implantação de sua rede substitutiva (Pontes, 2015).

Esta série de avanços, cada um em sua proporção e contexto histórico, também trouxe consigo 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 expediente de internação do SUS em leitos conveniados em Hospitais Psiquiátricos, diga-se aqui manicômios, privados.

De posse desse pano de fundo, e diante desses avanços que ainda arrastam tantos retrocessos, realizou-se uma pesquisa de mestrado em saúde da família intitulada “Saúde Mental e Atenção Primária:

compreendendo articulações e práticas de cuidado na Saúde da Família no Ceará”, vinculada à Universidade Federal do Ceará (UFC), à Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e à Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF), cujo objetivo geral foi compreender as práticas de cuidado desenvolvidas pelos profissionais na Estratégia Saúde da Família no estado do Ceará com as demandas de saúde mental existentes nos territórios de responsabilidade das equipes. Esse objetivo foi, por sua vez, acompanhado de outros mais específicos que procuraram: 1) sistematizar as práticas de cuidado desenvolvidas pelos profissionais na ESF para com as demandas de saúde mental existentes nos territórios adscritos pelas equipes na capital e em um interior do estado; 2) 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 3) construir uma síntese analítica apresentando possíveis avanços, retrocessos e desafios da articulação do cuidado com as demandas de saúde mental nos territórios.

Especificamente, procurou-se responder a seguinte questão central: quais as práticas de cuidado desenvolvidas pelos profissionais na Estratégia Saúde da Família (ESF) no estado do Ceará com as demandas de saúde mental existentes nos territórios de responsabilidade das equipes? Uma vez que os fatos históricos trazidos até aqui oferecem uma amostra dos movimentos oscilantes de aproximação e distanciamento dos campos da saúde mental e da atenção primária no Brasil, assim como apresentam elementos relevantes sobre as contradições sistêmicas, sanitárias, estruturais e institucionais que existem no bojo da Reforma Sanitária Brasileira, acredita-se que a apresentação dos resultados dessa pesquisa poderá contribuir para possíveis proposições frente aos retrocessos

existentes entre o campo de fronteira entre a saúde mental e a atenção primária, assim como podem colaborar na produção de estratégias diante da orientação da atuação dos profissionais em questão com base nas contradições percebidas.

METODOLOGIA

O estudo situou-se no campo da pesquisa qualitativa, configurando-se como transversal, quanto ao tempo, e em uma perspectiva exploratória, no que se refere às descobertas de seu objeto. Com o intuito de ampliar as possibilidades de análise do objeto, esta pesquisa foi realizada em dois contextos da Estratégia de Saúde da Família (ESF), levando-se em conta as realidades existentes no cenário da capital do estado do Ceará e no cenário de uma cidade de médio porte do interior do referido estado, respectivamente Fortaleza e Iguatu. Em cada município foi escolhida uma ou mais unidades de saúde consideradas de referência para realização da pesquisa. Entende-se aqui por unidade de referência aquela que possui os seguintes requisitos: que receba estágios e/ou que possua equipes de residência em área profissional e multiprofissional e/ou que possua algum fluxo organizado de intersetorialidade, preferencialmente.

Sendo assim, o número total de participantes convidados e que aceitaram colaborar com a pesquisa foi 19, sendo 05 do sexo masculino e 14 do sexo feminino. Dentre eles, estão profissionais que integram as Equipes de Referência em Saúde da Família (EQRSF) e profissionais que fazem parte das Equipes do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF). Para garantir o anonimato deles, foram atribuídos códigos com letras e números únicos para cada participante, exemplo: S01, S02 e assim por diante.

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 no que se refere às demandas de saúde mental que são percebidas no cotidiano dos serviços de saúde.

A coleta de dados foi feita por meio de entrevistas semiestruturadas individuais ou coletivas, com uso de um roteiro de entrevista contendo perguntas orientadoras para que o pesquisador obtivesse o máximo de informações pertinentes. Algumas entrevistas foram realizadas coletivamente a pedido dos profissionais por, segundo eles, sentirem-se mais seguros em falar do seu cotidiano de trabalho. Importante destacar que o caráter semiestruturado da entrevista permitiu maior fluidez durante a conversa, bem como possibilitou que o pesquisador pudesse aprofundar questões suscitadas pelos sujeitos entrevistados que não estavam previstas no roteiro inicial, o que condiz com o que fora assinalado também por Flick (2008) quando este autor sinaliza as vantagens e desvantagens de se utilizar a modalidade de entrevista semiestruturada em pesquisas qualitativas.

No que concerne aos aspectos éticos, a pesquisa considerou e seguiu as normativas em vigência de pesquisa com seres humanos (Resolução CNS 466/12). O projeto foi registrado e aprovado na Plataforma Brasil sob o CAE 49552915.0.0000.5054. Todos os participantes foram voluntários e não receberam qualquer remuneração ou benefício material de qualquer espécie para colaborar com a pesquisa. Assim como foram informados sobre os objetivos e metodologias da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

As entrevistas foram gravadas por meio da utilização de gravador digital e posteriormente transcritas na íntegra para

análise. Na análise de dados, foi utilizada articulação entre dois referenciais: a Análise de Conteúdo de Bardin (1977) e o Materialismo Histórico Dialético. A escolha destes referenciais de análise permitiu a construção de critérios para categorização e subcategorização dos conteúdos oriundos das entrevistas e a análise crítica dos processos envolvidos com os conceitos dessas teorias.

Os resultados das análises das entrevistas serviram de substrato para realização de comparações entre as diferentes compreensões dos profissionais sobre as práticas de cuidado com as demandas de saúde mental nos territórios. Do mesmo modo, foi possível confrontar essas compreensões com o prescrito nas políticas oficiais e governamentais que versam sobre a temática. Estas etapas subsidiaram a formação do produto analítico desta pesquisa assinalando possíveis avanços, bem como retrocessos e desafios da articulação entre o cuidado e as demandas de saúde mental nos territórios.

RESULTADOS

A primeira grande categoria temática se refere às *Questões da Fragmentação da Formação em Saúde*. Dentro desta categoria, estão as seguintes unidades temáticas de análise (ou unidades temáticas que sustentam esta categoria): *Deficiências da formação de base, Insuficiência na formação permanente e Insegurança técnica para lidar com demandas de Saúde Mental*.

Nota-se, no conjunto das entrevistas, que os profissionais se queixaram de que a graduação lhes forneceu uma formação superficial ou insuficiente para que houvesse ferramentas sobre o “que fazer” com os usuários com demandas de “saúde mental”. Houve também um conjunto de queixas a respeito da insegurança teórica sobre a saúde mental no sentido que nas forma-

ções profissionais. O tema não era explorado de 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.

A *Medicalização da Vida e do Cuidado* foi a segunda grande categoria temática construída. Dentro dela estão as seguintes unidades temáticas: *a APS/ESF como lugar de medicalização e remedicalização, Naturalização da medicalização como forma de cuidado em Saúde Mental e Reivindicação da medicalização por usuários e familiares*.

Segundo o entrevistado S10,

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, outros serviços é para renovar receituário... (grifos do autor)

Importante frisar que esta não foi uma fala isolada no contexto. Diversos profissionais de nível médio e superior relataram 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 psicotrópicos. Além disso, notou-se que existe um duplo caminho com relação a medicalização: um dos movimentos feitos pelas equipes de profissionais e outro feito pelos familiares. Ambos existem no sentido de deixar a conduta medicamentosa “intocada”.

A rediscussão de medicação é responsável por episódios de violência, dos mais diversos, nas unidades de saúde.

Manter as condutas da forma como foram prescritas nos CAPS ou em outros centros de saúde é uma atitude cômoda que existe nos serviços analisados. Ou seja, “pode-se mexer em tudo, menos no remédio”. Conforme assinalaram Lima & Santos (2015). A medicação virou uma espécie de mercadoria padrão ouro para se ter, manter e reabilitar a saúde. Serve como meio de reconhecimento e organiza as relações, funciona, muitas vezes, como aparato intrínseco dos diagnósticos impostos. 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.

A terceira grande categoria temática a ser apresentada consiste na *Desarticulação Normativa entre Saúde Mental e Atenção Primária à Saúde: desafios para formação de Redes*. Dentro desta categoria, estão as seguintes unidades temáticas: *Reivindicação de fluxos e protocolos claros, Matriciamento como potência e saída para impasses e descontinuidades das ações e Ausência de estrutura*.

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 todos possuem alguma parcela de responsabilidade pelo 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 é o papel de cada um. Estas assertivas são dados da realidade e precisam ser repensadas urgentemente, visto que esse debate é real e angustia os profissionais, mesmo havendo pistas so-

bre o que compete a cada serviço nas políticas oficiais, viu-se que as demarcações ainda estão muito obscuras.

Nesse sentido, uma das principais colaborações desta pesquisa consiste em apresentar o matriciamento como uma saída interessante para boa parte das falhas na rede, como ressaltado pelos profissionais entrevistados, bem como para prestar auxílio diante do sentimento de desamparo técnico e de assistência sentidos por boa parte deles.

O *Conjunto de discursos e práticas de cuidado em Saúde Mental com tendências manicomialis* foi a quarta e última grande categoria temática construída. Dentro desta categoria, estão as unidades temáticas de análise: *o louco como sujeito perigoso ou estranho, Impotências diante de violações de Direitos Humanos e Saudosismo do manicômio*.

Evidenciou-se o discurso da normalidade e da busca por aprisionar o sujeito no estigma da loucura. Um fator importante a ser notado consiste no fato de que muitos profissionais entrevistados relataram que têm medo de o usuário ter uma crise psicótica ou algo do tipo e de sofrerem algum tipo de violência. Esta é uma forma de estigma clássica e daí decorre a necessidade de muitos profissionais de lidar com o “louco” medicado, “manso” e controlado. Outra faceta deste estigma, da estranheza à loucura, materializa-se pela necessidade de saber se a pessoa é de fato louca. Interessa aos profissionais e a comunidade em geral saber o quão o sujeito é ou não louco, o seu “nível de loucura”. A depender do nível de loucura manifestado, o paciente pode “ser do CAPS” ou “ser do Posto de Saúde”.

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. 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 as instituições manicomial por excelência ganham espaço e se legitimam entre os próprios profissionais.

DISCUSSÃO

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, notou-se alguns aspectos interessantes que merecem reflexão. Também, em caráter de exceção, a profissão dos Agentes Comunitários de Saúde não é regida pelas DCNs. 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 (Brasil, 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 Legislação dos Agentes Comunitários de Saúde.

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. Chama bastante atenção o fato de a Psicologia não ter a saúde mental como eixo estruturante de sua proposta de formação de profissionais.

Sabe-se, evidentemente, que as curriculares não são colocadas como verdade absoluta sobre os cenários de formação no país, contudo, o que está escrito para orientar a formação é de suma importância para a história e para o cotidiano. Se as profissões não deixaram ou não têm deixado isto claro nas suas diretrizes de formação, este estudo afirma categoricamente que isso ocorre pelo fato de não serem politicamente relevantes para este momento histórico. Fica esta provocação e a reflexão baseada nas evidências já citadas. Os estudos de Moraes & Costa (2015), realizados com um extenso levantamento documental sobre as propostas de formação dos cursos de saúde no Brasil, têm evidenciado estes e outros descompassos.

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, faz-se justamente o contrário do que se defende discursivamente. Assim, aparecem práticas violentas e normatizadoras de cuidado, uma espécie de “cuidado bancário”, fazendo referência ao conceito de educação bancária de Freire (1987).

Em relação aos aspectos relativos à 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 as 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.

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, (Barbosa & Kothe, 1996) do remédio como mercadoria de alto valor aprisionador dos sujeitos, nesse sentido, é importante salientar que uma parcela de responsabilidade cabe aos profissionais pela alienação útil deste processo.

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. 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.

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*. Observa-se que as famílias têm buscado saídas, nem sempre dignas de conseguir dar conta dos graves sofrimentos que os transtornos mentais causam nos arranjos familiares.

Nestes termos, é de fundamental importância que a reforma se reinvente para enfrentar os retrocessos evidenciados neste artigo. 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.

CONCLUSÃO

Um ponto histórico relevante apresentado se confirmou com as análises finais da pesquisa: a Atenção Primária e a Saúde Mental embora tenham sido gestadas de movimento políticos muito próximos trilham 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, nesse artigo, de primeira 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.

Em outro campo de percepções, notou-se que a forma predominante de cuidado praticada pelas ESF de Fortaleza e Iguatu, em relação à saúde mental, trata-se da medicalização dos sofrimentos 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, configura-se 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, pelo menos, mão dupla. Ele é legitimado no cotidiano pelos profissionais das equipes e é requerido em nível de “desespero” pelas famílias e pelos usuários dos serviços. Concluiu-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 nesta pesquisa diz respeito ao fortalecimento do pensamento e das práticas manicomial. 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. Outro grande aspecto dentro desta temática 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 as instituições manicomial e desinstitucionalizar profissionais e pacientes da herança simbólica.

É inegável o pioneirismo do estado do Ceará na Reforma Psiquiátrica, entretanto, o que se percebe atualmente é um movimento contrário que assinala um retrocesso que caminha rumo ao desmonte de serviços substitutivos, contrariando o que preconiza a Lei 10.216/2001. Esta afirmação é possível de ser percebida com pouco esforço e independe dessa pesquisa. Basta observar o reconhecimento público atribuído ao maior manicômio público do estado, o Hospital Mental de Messejana, que tem sido premiado, ampliado e elevado ao estatuto de regulador de rede. Assim como tem se presenciado o crescimento de forma vertiginosa, os credenciamentos de comunidades terapêuticas para a atenção dos casos de desorganização diante do uso de álcool e outras drogas. As práticas manicomial, é importante que seja reforçado aqui, têm gozado de prestígio entre os profissionais de saúde, entre os familiares e pelos próprios pacientes.

É evidente que o esforço para compreender as práticas de cuidado não conseguiu dar conta da totalidade de compreensões possíveis. Entretanto, foi possível entender as práticas de cuidado em saúde mental desenvolvidas pelos profissionais e uma das principais conclusões 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.

Todavia, 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.

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.

Finalmente, é importante que se ressalte que a urgente e necessária retomada da agenda de lutas contra os retrocessos que este tempo histórico tem reservado às conquistas de direitos no campo da saúde. Essa, é possível dizer, a conclusão ética e política deste artigo. Isso porque grande 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 movimentos sociais se reorganizem, pautem a manutenção dos direitos duramente conquistados e defendam a melhoria das políticas públicas. É preciso acreditar na luta cotidiana e na defesa da Reforma Sanitária, da Reforma Psiquiátrica, da Luta Antimanicomial e de

todos os movimentos sociais, que, por sua vez, devem estar atentos e combativos para que o Sistema Único de Saúde seja mais que um sistema burocrático de gestão de recursos da saúde: que seja efetivado como conquista do povo brasileiro voltada para a promoção da vida.

REFERÊNCIAS

- Acioly, Y. A. (2006). *Reforma psiquiátrica: com a palavra, os usuários*. Dissertação de Mestrado. Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, Ceará, Brasil.
- Amarante, P. & Lima, R. (Orgs). (2008). *Loucos pela diversidade: da diversidade da loucura à identidade da cultura* (pp. 1-112). Relatório final. Rio de Janeiro: ABRASME.
- Barbosa, R. & Kothe, F. (1996). *Os economistas. Karl Marx. O capital: crítica da economia política*. São Paulo: Editora Nova Cultural.
- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Bleicher, T. (2015). *A política de Saúde Mental de Quixadá, Ceará (1993-2012): uma perspectiva histórica de sistema local de saúde*. Tese de Doutorado. Universidade Estadual do Ceará Fortaleza, Ceará, Brasil.
- Brasil (1986). Ministério da Saúde. Conferência Nacional De Saúde. *Relatório final*. Brasília, Ministério da Saúde.
- Brasil (1987). Ministério da Saúde. Conferência Nacional De Saúde Mental. *Relatório final*. Brasília, Ministério da Saúde.
- Brasil (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília. Senado Federal: Centro Gráfico.
- Brasil (1990). Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. (1990, setembro). Dispõe so-

- bre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*.
- Brasil (2001). Lei nº 10.216 de 6 de abril de 2001 (2001, abril). Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União*.
- Brasil (2004). Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Humaniza SUS: a clínica ampliada*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2009). Portaria nº 3.189 de 18 de dezembro de 2009 (2009, dezembro). Dispõe sobre as diretrizes para a implementação do programa de formação de Profissionais de nível médio para a saúde (PROFAPS). *Diário Oficial da União*.
- Brasil (2011). Conselho Nacional de Saúde (2011). *Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde.
- Brasil (2011). Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011 (2011, outubro). 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 e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde. *Diário Oficial da União*.
- Campos, G. W. S. & Domitti, A. C. (2007). Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública*, 23(2): 399-407. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000200016>.
- Flick, U. (2008). *Introdução à pesquisa qualitativa*. São Paulo: Bookman.
- Freire, P. (1987). *Pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Lavor, A. C. H. (2010). O agente comunitário: um novo profissional da saúde. In Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, organizadores. *Memórias da saúde da família no Brasil*. (pp. 16-19). Brasília: Ministério da Saúde.
- Lima, A. F. (2010) *Metamorfose, anamorfose e reconhecimento perverso: a identidade na perspectiva da Psicologia Social Crítica*. São Paulo: FAPESP, EDUC.
- Lima, A. F. & Santos, B. O. (2015) O diagnóstico psiquiátrico como prática de reconhecimento perverso. In J. B. Dantas. (Org.). *A infância medicalizada: discursos, práticas e saberes para o enfrentamento da medicalização da vida* (pp. 13-34) Curitiba: CRV.
- Moraes, B. A. & COSTA, M. N. S. C (2015). Análise Documental de Currículos da Área da Saúde no Brasil. In Atas do 4º Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa (CIAIQ2016). Investigação Qualitativa em Saúde/Investigación Cualitativa en Salud. (pp. 224-228). Aracaju: CIAIQ2016.
- Oliveira, G. N. (2010). O projeto terapêutico singular. In Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde (Org.). *Política Nacional de Humanização. Atenção 32 Básica*. p. (pp 93-104). Brasília: Ministério da Saúde.
- Pontes, M. V. A. *Damião Ximenes: a condenação da "saúde mental" brasileira na Corte Interamericana de Direitos Humanos e sua relação com os rumos da reforma psiquiátrica*. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, Ceará, Brasil.
- Santos, B. O. (2016). *Fórum Cearense da Luta Antimanicomial: sua história a partir das narrativas de militantes*. Monografia

em Psicologia. Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, Ceará, Brasil.

Schechtman, A. & Alves, D. S. (2014). A organização da política de saúde mental. In M. A. S, Jorge, M.C. de A, Carvalho. & P. R. F da, Silva (Org). *Políticas e cuidado em saúde mental: contribuições para a prática profissional* (pp. 41-58). Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.

RECEBIDO EM: 18/07/2016

APROVADO EM: 06/09/2016