

**Desarticulação Normativa entre Saúde Mental e Atenção Primária à Saúde:
desafios para formação de Redes****Normative Disarticulation between Mental Health and Primary Health Care:
challenges for the formation of networks**

DOI:10.34117/bjdv6n7-154

Recebimento dos originais: 03/06/2020

Aceitação para publicação: 08/07/2020

Diego Mendonça Viana

Mestre em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará/Fiocruz
Instituição: Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) Iva Maria da Costa Teixeira
de Umirim-CE.

Endereço: Rua Rufino de Sousa, S/N, Bairro Banana, Umirim-CE, Brasil.

E-mail: diegomendoncaviana@gmail.com

Aluisio Ferreira de Lima

Doutor em Psicologia Social pela Universidade Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
– PUCSP

Endereço: Av. da Universidade, 2762 - Área II – Centro de Humanidades - Departamento de
Psicologia – Fortaleza-CE.

E-mail: aluisiolima@hotmail.com

RESUMO

Este artigo se configura como um dos produtos, com algumas atualizações, da dissertação de mestrado intitulada “Saúde Mental e Atenção Primária: compreendendo articulações e práticas de cuidado na Saúde da Família no Ceará”, bem como oriundo de trabalhos científicos apresentados sobre esta temática. Um dos recortes do estudo supracitado foi avaliar a categoria “Desarticulação Normativa entre Saúde Mental e Atenção Primária à Saúde”. O objetivo do trabalho consistiu em compreender os aspectos da desarticulação normativa no que diz respeito a articulação entre Saúde Mental e a Atenção Primária à Saúde. A metodologia do trabalho se caracteriza por ser uma pesquisa de abordagem qualitativa, de caráter exploratório, bem como por ser um estudo de campo (com a devida autorização de comitê de ética), com dados interpretados à luz do Materialismo Histórico Dialético e situado no campo da Saúde Coletiva. Os resultados apontaram para o fato de haver importante desarticulação normativa entre as duas políticas supracitadas, bem como há impactos contraditórios desta desarticulação na prática cotidiana dos profissionais de saúde. Conclui-se que esta desarticulação contribui para a fragmentação de rede e a descontinuidade.

Palavras-chave: Saúde Mental, Atenção Primária, Normativas, Rede.**ABSTRACT**

This article is configured as one of the products, with adaptations, coming from the master's dissertation entitled "Mental Health and Primary Care: understanding articulations and care practices in Family Health in Ceará", as well as from scientific papers presented on this theme. One of the excerpts from the aforementioned study was to assess the category “Normative Disarticulation between Mental Health and Primary Health Care”. The objective of the work was to understand the aspects of the normative disarticulation with regard to the articulation between Mental Health and

Primary Health Care. The methodology of the work is characterized by being a research of qualitative approach, of exploratory character, as well as for being a field study (with the proper authorization of the ethics committee), with data interpreted in the light of Dialectical Historical Materialism and located in the field of Public Health. The results pointed to the fact that there is an important normative disconnection between the two policies mentioned above, as well as there are contradictory impacts of this disconnection in the daily practice of health professionals. It is concluded that this disarticulation contributes to network fragmentation and discontinuity

Keywords: Mental Health, Primary Care, Regulations, Network.

1 INTRODUÇÃO

Este artigo se configura como um dos produtos, com algumas atualizações, da dissertação de mestrado intitulada “Saúde Mental e Atenção Primária: compreendendo articulações e práticas de cuidado na Saúde da Família no Ceará”, bem como oriundo de trabalhos científicos apresentados sobre esta temática. Neste sentido, nas seções seguintes, serão discutidos alguns elementos estruturantes da interrelação entre as políticas de saúde mental e atenção primária à saúde pelo prisma técnico e normativo.

A articulação entre a saúde mental e a atenção primária sempre foi e ainda é um dos grandes desafios para o campo da saúde coletiva, sobretudo, no que se refere as diferenças normativas que estruturam cada uma delas. A desarticulação normativa a que se refere este artigo, entre os campos da saúde mental e a atenção primária, diz respeito a uma certa “esquizofrenia normativa” entre as duas políticas. 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 inverso entre as legislações de ambas as políticas. Quando as temáticas aparecem nas legislações, estão permeadas de fragmentação e sentido vago. Neste contexto, 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 (locais onde ocorreram os estudos relativos a este artigo), sendo todos os relatórios do ano 2014, bem como outras legislações pertinentes.

Quando recorremos ao documento instrutivo do “Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)”, de 2012, 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 01 – 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 Melitus e Hipertensão Ssrterial 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
Total	24	23	47

Fonte: Ministério da Saúde

Com um olhar mais atento, é possível perceber um dado importante: a saúde mental não possui indicadores de desempenho na Estratégia Saúde da Família segundo os dados acima do PMAQ. Isto diz muito das contradições sistêmicas que o poder público tem a respeito da articulação entre os campos de fronteira da Atenção Primária à Saúde (APS) e da Saúde Mental (SM). Mais ainda, a não existência de 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).

Não por acaso, 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. Esta “esquizofrenia normativa”, somada às dificuldades acima relatadas contribuem para a fragilização de qualquer proposta de rede de cuidados em saúde. É preciso, e esse artigo se propõe a realizar, um pesquisas que busquem a compressão dos aspectos e impactos dessa desarticulação normativa no que diz respeito a articulação entre Saúde Mental e a Atenção Primária à Saúde.

2 METODOLOGIA

A respeito das questões relativas à metodologia necessária para realização da pesquisa, é de fundamental importância destacar que este trabalho se situa no campo da pesquisa qualitativa em saúde coletiva, com especial vinculação aos estudos de Bosi (2012). Este estudo se propõe como transversal quanto ao tempo e em uma perspectiva exploratória quanto às possíveis descobertas de seu objeto.

Com o intuito ampliar às possibilidades de análise do objeto, esta investigação foi realizada em dois contextos, levando-se em conta as realidades existentes no cenário da capital do estado do Ceará (Fortaleza) e no cenário da cidade de Iguatu, uma das cidades de interior do referido estado, com equipes de saúde da família de ambos os municípios.

Os participantes foram profissionais que integram as equipes de saúde da família (referência e apoio) e que aceitem participar do estudo. O convite aos participantes foi de feito de forma a equilibrar a quantidade de profissões analisados integrantes da amostra. A escolha de concentrar esforços na investigação nestes sujeitos se justifica pelo fato de estes serem estratégicos para compreensão de possíveis problemas, bem como para o fortalecimento de práticas exitosas a respeito da temática. Como esta pesquisa possuiu a preocupação e relacionar os aspectos da formação com o exercício profissional no campo da atenção primária e da saúde mental, foram escolhidos profissionais que lidem direta ou indiretamente próximos a este recorte em questão.

A coleta de dados foi feita por meio análise documental, de legislações pertinentes no quesito levantamento de dados formais, bem como foram feitas entrevistas semiestruturadas individuais com os sujeitos supracitados, com uso de um roteiro de entrevistas, contendo perguntas orientadoras para que o pesquisador obtenha o máximo de informações pertinentes durante a entrevista. O caráter semiestruturado da entrevista permite maior fluidez durante a conversa, bem como permite que o pesquisador possa aprofundar questões suscitadas pelos sujeitos entrevistados que não estavam previstas no roteiro inicial de acordo com o entendimento de Flick (2008).

Além disso, é de fundamental importância destacar que toda a pesquisa que embasa este artigo seguiu todas as normativas em vigência para 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), a saber a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

As entrevistas foram gravadas por meio da utilização de gravador digital e posteriormente transcritas na íntegra para tratamento das informações coletadas. Para a análise de dados, foi utilizado o referencial da Análise de Conteúdo de Bardin (1977). A escolha destes referenciais de análise permitiu a construção de critérios para categorização e subcategorização dos conteúdos oriundos das entrevistas.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

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 [...]

Considerando o discurso acima, é relevante destacar que um primeiro aspecto a se debater a respeito da problemática da categoria “Desarticulação Normativa entre Saúde Mental e Atenção Primária à Saúde” 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 questões 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 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 dos autores 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.

As desarticulações acima citadas das principais Leis que regulam as duas políticas de saúde do campo de fronteira são expressões da gênese dos processos de esquizofrenia normativa a que esta pesquisa se referiu no início do artigo. Importante destacar que, historicamente o Brasil tem sido um país cujas instituições flexibilizam o cumprimento das Leis (que são arranjos jurídicos duros). Ou seja, se escrevendo na Lei, não há garantia de 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 com as equipes de apoio em saúde mental. As equipes realizam seu trabalho da forma como for possível, muitas vezes por meio do improvisado.

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)¹, 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.

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, 2015. p 67). 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 cidadã política acima mencionada de 2011.

¹ 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: BRASIL. DataSUS, 2016)

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 dos autores)

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 AB². 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 ApM³ 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:

² AB: Atenção Básica

³ APM: Apoio Matricial

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...

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 têm recebido enorme demanda das famílias por conta própria e demanda espontânea (sem nenhuma regulação):

Tabela 02 – Origem dos Encaminhamentos para os CAPS em Iguatu

Dados clínicos	CAPS AD		CAPSi		CAPS Geral	
	n	%	n	%	n	%
Origem do encaminhamento ao CAPS						
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 significativamente até o presente momento), 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.

4 CONCLUSÃO

Embora tenham sido gestadas de movimento políticos muito próximos, a Atenção Primária e a Saúde Mental trilharam caminhos de distanciamento em escala maior do que os movimento de aproximação. Esta afirmação se sustenta no fato percebido pela desarticulação normativa entre os dois campos como se pode perceber nas evidências demonstradas, sobretudo nas Leis 8.080/90 e 10.2016/01.

Essa 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. Além disso, produz um efeito cascata atinge os serviços, pois não existe uma proposta institucional concreta de articulação dos processos de trabalho das equipes de saúde da família com as equipes de apoio em saúde mental. Apesar das críticas ao trabalho nos dois campos, o que se percebe na realidade dos serviços são equipes que procuram realizar seu trabalho da forma possível, muitas vezes por meio do improvisado.

Os dados contidos nesta pesquisa apontam que há tarefas a serem realizadas nos parlamentos municipais, estaduais e federal no sentido de aperfeiçoar as normativas vigentes e deixa-las mais coerentes, bem como esta tarefa se estende ao Poder Executivo, nas diversas esferas administrativas, no sentido de que as políticas públicas de saúde se articulem e produzam efeitos positivos nos processos de trabalho no SUS.

A tarefa histórica e estruturante para os movimentos sociais organizados no campo da saúde coletiva, bem como para as demais instituições comprometidas com o aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde (SUS), em sua busca de articulação normativa nas políticas públicas, precisa continuar e se mostra urgente. É necessário que as legislações se comuniquem e que a intersetorialidade esteja presente na norma escrita e no cotidiano de trabalho das equipes.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.

BOSI, Maria Lúcia Magalhães. Pesquisa qualitativa em saúde coletiva: panorama e desafios. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 575-586, Mar. 2012 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000300002&lng=en&nrm=iso . Acesso em 10 de Fevereiro de 2016. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000300002>

BRASIL. Lei nº. 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.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ):** manual instrutivo / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_instrutivo_pmaq_site.pdf>. Acesso em 05 de julho de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Qualificação dos Indicadores do Manual Instrutivo para as equipes de Atenção Básica (Saúde da Família, Saúde Bucal e Equipes Parametrizadas) e NASF** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/qualificacao_indicadores_manual_instrutivo_equipes.pdf. Acesso em 05 de julho de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/SIAB/index.php?area=01>> Acesso em 05 de julho de 2016.

CARVALHO, Marcos Danúbio Alves de; HELDER OLIVEIRA E, Silva; LEILA VIEIRA, Rodrigues. Perfil epidemiológico dos usuários da Rede de Saúde Mental do Município de Iguatu, CE. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.** (Ed. Port.), Ribeirão Preto , v. 6, n. 2, p. 337-349, ago. 2010. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762010000200007&lng=pt&nrm=iso . 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&co dUf=23&codTpRel=01>>. Acesso em 05 de julho de 2016.

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&co dUf=23&codTpRel=01>>. Acesso em 05 de julho de 2016.

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>. Acesso em 05 de julho de 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902012000100016>.

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.