



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
CAMPUS MINISTRO PETRÔNIO PORTELLA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E LETRAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS
MESTRADO EM POLÍTICAS PÚBLICAS**

FRANCISCA MARIA CARVALHO CARDOSO

**REGIONALIZAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO PIAUÍ:
desafios na atenção psicossocial**

**TERESINA(PI)
2016**

FRANCISCA MARIA CARVALHO CARDOSO

**REGIONALIZAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO PIAUÍ:
desafios na atenção psicossocial**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, da Universidade Federal do Piauí, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas.

Orientador: Prof. Dr. João Paulo Sales Macedo

**UFPI
TERESINA(PI)/2016**

FICHA CATALOGRÁFICA

Serviço de Processamento Técnico da Universidade Federal do Piauí
Biblioteca Comunitária Jornalista Carlos Castello Branco

C268r Cardoso, Francisca Maria Carvalho.
Regionalização da política de saúde mental no Piauí :
desafios na atenção psicossocial / Francisca Maria Carvalho
Cardoso. – 2016.
174 f. : il.

Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas) –
Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2016.
“Orientador: Prof. Dr. João Paulo Sales Macedo”.

1. Política de Saúde Mental. 2. Rede de Atenção
Psicossocial. 3. Regionalização. I. Título.

CDD 614.58

**REGIONALIZAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO PIAUÍ:
desafios na atenção psicossocial**

FRANCISCA MARIA CARVALHO CARDOSO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, da Universidade Federal do Piauí, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas.

Aprovada em: 04 de julho de 2016.

BANCA EXAMINADORA

Professor Dr. João Paulo Sales Macedo
Orientador e Presidente - UFPI

Professora Dra. Lúcia Cristina dos Santos Rosa
Interna ao Programa - UFPI

Professora Dra. Lucíola Galvão Gondim Corrêa Feitosa
Externa ao Programa - UNINOVAFAPI

A Deus, Senhor da minha trajetória, que me presenteia todos os dias com as surpresas da maravilha que é existir.
Aos meus pais, Sebastião e Liduína, pelo incentivo e por acreditarem incondicionalmente em mim.
Aos meus sobrinhos, Luís Fernando e Mariana, por compartilharem comigo o melhor sabor da existência nas coisas mais simples da vida.
Às minhas irmãs, por dividirmos nossas angústias e alegrias, embarcando sempre juntas em novos desafios.

AGRADECIMENTOS

Quando minha família saiu do interior para a cidade, eu ainda não tinha nascido, mas meus pais, sem muito estudo, não imaginavam que suas filhas teriam um diploma e que sua caçula chegaria ao mestrado. Assim como para milhões de brasileiros, a vida no campo também não foi fácil para meu pai. Por isso, percorrer os municípios do interior da região norte do Piauí, e na zona rural de um deles guardar sua história, que também é a história de toda uma geração, foi como percorrer seu passado, suas dificuldades, presenciar a história contada, narrar a história das lutas diárias e do caminho que ainda percorremos em busca de dias melhores.

O agradecimento maior pela história da minha família, pelas lutas, por toda a trajetória percorrida, pelas vitórias e por mais esta sendo concluída, é a Deus, refúgio e proteção. Grata ao seu grande amor, Senhor das maravilhas da minha vida. A São Francisco, e a Santa Clara de Assis, exemplos de simplicidade que com pequenez busco seguir.

Ao fim de mais uma etapa, não poderia esquecer daqueles que estiveram comigo neste percurso de luta e vitórias. Que mudaram de vida por suas filhas, sonham nossos sonhos e embarcam conosco em qualquer viagem ou mudança. Eis o momento de agradecer aos meus pais, Sebastião e Liduína, meus exemplos de vida, amor e honestidade, que com muito esforço fizeram e fazem de tudo por nós, suas filhas, agradeço pelo amor mais puro e verdadeiro, pela história de vida, luta e coragem que muito me orgulho. Obrigada por cada palavra, pela dedicação e confiança. Se cheguei até aqui, e se consigo ir além, a estrutura e a força de vocês me levam a seguir. A vocês, meu amor e gratidão eternos.

Às minhas irmãs Eliana e Eliene, que não medem esforços para contribuírem comigo, emocionam-se e se encantam com o que me faz bem e motiva, obrigada por serem sempre acolhedoras, parceiras, confidentes, leais, fiéis e minhas melhores amigas. Uma vida de união. Assim permanecemos e permaneceremos, amo as duas imensamente.

Aos meus cunhados, pela atenção e apoio.

Ao meu amado sobrinho Luís Fernando, que veio ao mundo para me mostrar o que é ser feliz de verdade, depois de tantas distâncias, hoje desfrutamos com mais intensidade nossos momentos juntos, teremos mais tempo, a partir de agora, para brincar e estudar inglês.

À pequena e amada Mariana, a mais nova sobrinha, pela alegria e presente de Deus em nossas vidas, chegou e trouxe muitas alegrias, que sua luz irradie pelo mundo.

A minha vizinha Perpétua, pelas orações constantes, principalmente quando morava na capital.

Ao meu avô Francisco (*in memoriam*), onde quer que esteja, sinto que está muito feliz e orgulhoso com mais esta conquista em minha vida.

Ao tio Manoel e família, pela acolhida diversas vezes em sua casa em Teresina, agradeço imensamente pelo carinho.

À Manu, prima querida, pelos almoços no Restaurante Universitário, por me mostrar o Encontro de Jovens com Cristo (EJC), pelas missas aos domingos, as idas ao protocolo, por me ligar quando adoeci, pela ajuda na mudança do apartamento ou, simplesmente, por me chamar para ir ao cinema ou tomar um sorvete, cada simples detalhe fez a diferença. Enfim, agradeço por me mostrar diversos caminhos e possibilidades em Teresina.

À tia Remédio e à prima Juliana, pela força e carinho sempre.

A todos das famílias Carvalho e Cardoso.

Ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, pela possibilidade de desbravar outros caminhos do conhecimento.

À CAPES, pelos onze meses de bolsa.

Ao meu orientador, professor Dr. João Paulo Macedo, é uma honra ter sido sua orientanda, agradeço pela parceria neste percurso, por sua paciência, dedicação, compromisso e cuidado. Sou eternamente grata pelos ensinamentos e por toda a atenção dedicada durante esta caminhada.

À professora Dra. Lúcia Rosa, por suas valiosas contribuições desde a disciplina de Tópicos de Política de Saúde, bem como nas duas qualificações. Obrigada por aceitar participar da banca de defesa e por gentilmente contribuir neste processo.

À professora Dra. Lucíola Galvão por ter aceito o convite em participar da banca de defesa, foi um prazer conhecê-la neste percurso do Mestrado, agradeço por sua disponibilidade e gentileza.

À Secretaria de Educação de Parnaíba-PI, pela redução da carga horária de trabalho para dedicação à pesquisa.

A todos os profissionais que deram voz e vez a este trabalho, que ele possa contribuir no caminhar de cada um e nos caminhos da Saúde Mental no Piauí.

“Apenas olho minha Teresina, como quem delira na beira do cais”, à minha bela Chapada do Corisco, que com certeza me acolheu com todo seu calor, agradeço cada

momento que vivi na “cidade sob o fogo”. Foram momentos de muito aprendizado, além de intensos e inspiradores, como: a bela vista da Ponte Wall Ferraz, a agitada e poética Frei Serafim e seu lindo luar. Aprendi a amar cada detalhe da Teresina de Torquato Neto. Em especial, agradeço a todos os amigos que fiz na querida cidade verde.

À UFPI, minha casa, desde Parnaíba, onde fiz minha graduação em Psicologia, e agora na Pós-Graduação, no Campus Ministro Petrônio Portella, onde continuei sendo bem recebida. Sempre me sentirei parte dessa casa, assim como sempre serei ufipiana com orgulho.

Às professoras e professores do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas (PPGPP), por acrescentarem conhecimentos instigantes e impulsionadores da prática profissional.

À Laiany, secretária do PPGPP, que tanto me ajudou em diversos momentos.

Aos colegas do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, especialmente aos companheiros da 14ª turma do Mestrado e do Doutorado, agradeço principalmente pelos momentos de aprendizado e companheirismo em sala de aula, bem como pela acolhida generosa.

Às minhas queridas, as amigas do trio inseparável, amadas da linha de Cultura e Identidade. Meninas, depois dessa disciplina, não nos separamos mais, e agradeço a Deus por ter encontrado vocês, meus anjos em Teresina. Sâmia e Catarina, obrigada pela parceria e amizade.

Vivi muitas coisas boas na capital, na UFPI, e com o curso Inglês Sem Fronteiras (ISF) não foi diferente, agradeço ao grupo que se mantém firme e forte, meus caros da turma do: When we go partying? Enfim respondo à famigerada pergunta: é agora o momento de comemorar. Obrigada a todos pela força.

Ao curso de teatro da Casa da Cultura de Teresina, não concluído, mas repleto de boas lembranças, em especial aos colegas, que me enchem de saudade.

Ao amigo Pedro, presente do EJC; e ao Luiz, pela alegria no teatro e na UFPI.

A Parnaíba, minha cidade de origem e que pude retornar, meu porto, minha casa, abrigo seguro, uma cidade revestida em poesia, amor sem fim, história que encanta, meu lugar.

À Lilyam e à dona Maria, desde o início desta jornada, pela presença e incentivo em minha vida, obrigada pelas orações, em especial a de Nossa Senhora do Perpétuo Socorro, presente que nunca esquecerei e que me ajudou em muitos momentos.

À minha fiel escudeira, Déborah, amiga desde o curso de Psicologia, e se Deus quiser, levo para a vida toda, mesmo distantes fisicamente, nada nos impediu de nos encontrarmos em verdade e em sintonia. E hoje a frase é minha: obrigada por tudo e por sempre!

À minha amiga Dra. Joalice Conceição, grande antropóloga, com ela dividi (mesmo que por pouco tempo), não só o apartamento em Teresina, mas muitas angústias, dúvidas, alegrias, vitórias, muitas, mas muitas risadas e cantorias.

Aos amigos da “negrada”, dispersos ou não, estamos juntos, agradeço pela amizade de muitos anos, pelas risadas e por tantas sextas de roda de viola, conversas e parcerias.

À Valéria, pela amizade presente, e por sua valiosa contribuição em consertar o computador, no momento crucial que ele me deixou na mão no decorrer deste percurso.

Ao André, por sempre nos encontrarmos em fases diferentes das nossas vidas e, em cada momento, a autenticidade do encontro marca presença, proporcionando-me sempre a qualidade de pensar diferente.

Ao Márcio, agradeço a Deus por minha escolha e a possibilidade de ter um amigo-padrinho na vida.

À Karine, afilhada que Deus me deu, grata pelo carinho, confiança, compreensão com a minha ausência e acolhimento em todos os momentos.

À Rádio FM Universitária 96.7, que com sua música “*para todo bom gosto*”, embalou diversas noites de estudo.

Aos amigos próximos, que sabem do amor que lhes tenho; e aos distantes, que também sabem do que sinto, acreditem, posso não ter citado todos aqui, mas sintam que fazem parte desta história, a todos o meu sincero agradecimento.

Aos sentimentos, lugares, ao que não vivi, ao que vivi, a cada momento que passei, desde a seleção do mestrado até o dia da defesa, agradeço infinitamente, porque cada momento e cada coisa vivida me fez melhor, crescer, aprender e confirmar que estou, como diz o poeta, “nem sempre ganhando, nem sempre perdendo, mas aprendendo a jogar”. Por isso, estar em contato com tantos sentires, sabores, dissabores, fez-me sentir melhor a intensidade de existir, assim, a vida nestes dois anos me fez uma pessoa renascida, nessa (des) construção/reinvenção, encontro-me pronta para seguir caminhando. Agradecida e realizada!

Há um tempo em que é preciso abandonar as roupas usadas, que já tem a forma do nosso corpo, e esquecer os nossos caminhos, que nos levam sempre aos mesmos lugares. É o tempo da travessia: e, se não ousarmos fazê-la, teremos ficado, para sempre, à margem de nós mesmos.

Fernando Pessoa

RESUMO

O estudo buscou investigar o processo da regionalização da Política de Saúde Mental no Piauí. Focalizou-se no processo de implementação da Política de Saúde Mental, tendo como elemento analisador a implantação regionalizada da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) nos municípios que compõem a Planície Litorânea-PI. A RAPS surge com a Portaria nº 3.088/2011, objetivando ampliar o acesso à saúde e ao cuidado para as pessoas em sofrimento ou transtorno mental e necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Para tanto, a pesquisa apresentou um desenho qualitativo, no qual foram analisados documentos sobre o processo de implantação da RAPS no Piauí, assim como se fez uso de entrevista semiestruturada com os atores institucionais envolvidos nesse percurso (gestores e/ou representantes da gestão em saúde da Planície Litorânea e do estado do Piauí), e rodas de conversas com profissionais atuantes nos serviços de saúde (ESF, NASF e CAPS) dos municípios da Planície Litorânea (Buriti dos Lopes, Cocal, Luís Correia e Parnaíba). Os resultados indicam diversos impasses e desafios a serem superados, especialmente quanto à condução dos processos de gestão, notadamente centralizadores e pouco participativos, resultando no parecer desfavorável do Ministério da Saúde, quanto à regionalização e à descentralização da RAPS no Piauí. Foram encontradas, também, dificuldades na estrutura da rede nos municípios, onde os serviços ainda estão baseados na lógica de encaminhamentos, déficit de contratação de pessoal, precarização dos serviços e falta de retaguarda de demais níveis de atenção; além disso, há impasses na organização e atenção da rede, no tocante às questões de matriciamento, ações de educação permanente e intersetorialidade. Desse modo, em meio às dificuldades e desafios expostos, existem possibilidades que podem fazer frente aos problemas encontrados, por isso, aposta-se na articulação entre atenção básica e atenção psicossocial, por meio de maior investimento nas ações de matriciamento e educação permanente.

Palavras-chave: Política de Saúde Mental. Rede de Atenção Psicossocial. Regionalização.

ABSTRACT

The objective of this study was to seek the regionalization of the Public Health Policy process in Piauí. It was focused on the implementation process of the Mental Health Policy having as an e analyzer element the regionalized implantation of the Psychosocial Care Network in the municipal areas which cover the Coast Plain in Piauí. This (PCN) emerges with the statutory order N° 3088/2011, with the objective of an expanded access to health and to the care of people in pain or mental disorders, and needs caused by the use of crack, alcohol and other drugs. So, this research showed a qualitative design, where documents were analyzed about the PCN process of implantation in Piauí, a semi-structured interview was used with the people involved in this project (managers and /or health representatives of health management of the Coast Plain in Piauí) and having small talks with professionals working in some health services such as ESF, NASF, and CAPS in the following municipalities of the Coast Plain: Buriti dos Lopes, Cocal, Luis Correia and Parnaíba. The results indicated several impasses and challenges to be overcome, especially due the running of cases management notably centralized and less participatory, resulting an unfavorable opinion of the Ministry of Health in relation to regionalization and decentralization of PCN in Piauí. Particular difficulties were found in the structure of the network in the municipal areas, where these services are still based on this implementation approach, lack of staff, precarious service and lack of back-office of other levels of attention, furthermore, there are impasses in the organization and network attention regarding the matricial matters, permanent and inter-sectorial education actions. Therefore, among all the difficulties and exposure challenges, there are possibilities which can tackle the faced problems, this way, it is bet in the articulation between basic psychosocial care through major investment in matricial and permanent educational actions.

Keywords: Health Mental Policy. Psychosocial Network Care. Regionalization.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Território de desenvolvimento do Piauí.....	18
Figura 2 - Municípios da planície litorânea.....	66
Figura 3 - Recursos federais para Saúde Mental em Serviços Hospitalares e de Atenção Comunitária Territorial.....	116

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Componentes da Rede de Atenção Psicossocial.....	21
Quadro 2 -	Planície litorânea, estabelecimentos de saúde e pontos da RAPS..	69
Quadro 3 -	Região, municípios e quantidade de CAPS I pactuados.....	88
Quadro 4 -	Região, municípios e quantidade de CAPS II pactuados.....	89
Quadro 5 -	Região, municípios e quantidade de CAPS III pactuados.....	90
Quadro 6 -	Região, municípios e quantidade de CAPS Ad pactuados.....	90
Quadro 7 -	Região, municípios e quantidade de CAPS Ad III pactuados.....	92
Quadro 8 -	Região, municípios e quantidade de CAPS i pactuados.....	93
Quadro 9 -	Região, municípios e quantidade de CAPS i ad III pactuados.....	94
Quadro 10 -	Região, municípios e quantidade de Leitos integrais em Saúde Mental em hospitais gerais pactuados.....	94
Quadro 11 -	Região, municípios e quantidade de Serviços Residenciais Terapêuticos pactuados.....	97
Quadro 12 -	Região, municípios e quantidade de Unidades de Acolhimento (UA) adulta pactuados.....	98
Quadro 13 -	Região, municípios e quantidade de Unidades de Acolhimento (UA) infanto-juvenil pactuados.....	99
Quadro 14 -	Região, municípios e quantidade de Centros de Convivência e Cultura Pactuados.....	101
Quadro 15 -	Região, municípios e quantidade de Urgência Psicossocial pactuados.....	102
Quadro 16 -	Região, municípios e quantidade de Comunidades Terapêuticas pactuados.....	102
Quadro 17 -	Região, municípios e quantidade de Cooperativas Sociais pactuados.....	102
Quadro 18 -	Síntese dos serviços pactuados em cada ponto de atenção da RAPS no Piauí.....	103
Quadro 19 -	População do Censo 2010, estimativa até 2015 das Regionais de Saúde do Piauí e demonstrativo populacional do Plano da RAPS.....	104
Quadro 20 -	Comparativo entre os leitos previstos pela Portaria 148/2012 e no Plano de Ação do Piauí.....	106

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Macrorregiões e territórios de desenvolvimento do Piauí.....	60
Tabela 2 -	Território de desenvolvimento da Planície Litorânea em termos populacionais.....	67

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica em Saúde
AIS	Ações Integradas em Saúde
APA	Área de Proteção Ambiental
APS	Atenção Primária em Saúde
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CEO	Conselho Especializado em Odontologia
CF	Constituição Federal
CGR	Colegiados de Gestão Regional
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIR	Comissão Intergestores Regional
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNRS	Comissão Nacional da Reforma Sanitária
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CRIS	Comissões Regionais Interinstitucionais de Saúde
EMAD	Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar
EMAP	Equipe Multiprofissional de Apoio
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GPSE	Gestão Plena do Sistema Estadual
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
INSS	Instituto Nacional de Seguridade Social
LRPD	Laboratório de Prótese Dentária
MPE-PI	Ministério Público do Estado do Piauí
MNLA	Movimento Nacional da Luta Antimanicomial
MOPS	Movimento Popular de Saúde
MS	Ministério da Saúde
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
PDI	Psiquiatria Democrática Italiana
PDR	Planos Diretores de Regionalização
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PMC	Projeto Montes Claros
PNH	Política Nacional de Humanização
PPI	Programação Pactuada Integrada
PROVAB	Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica
PSM	Política de Saúde Mental
PSMC	Programa de Saúde Mental Comunitária
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SES	Secretarias de Estado de Saúde
SESAPI	Secretaria de Saúde do Piauí
SHR-AD	Serviço Hospitalar de Referência em Álcool e outras Drogas
SNDM	Serviço Nacional de Doenças Mentais
SRT	Serviços Residenciais Terapêuticos
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPI	Universidade Federal do Piauí
USAID	Agência Norte-Americana para o Desenvolvimento Internacional
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

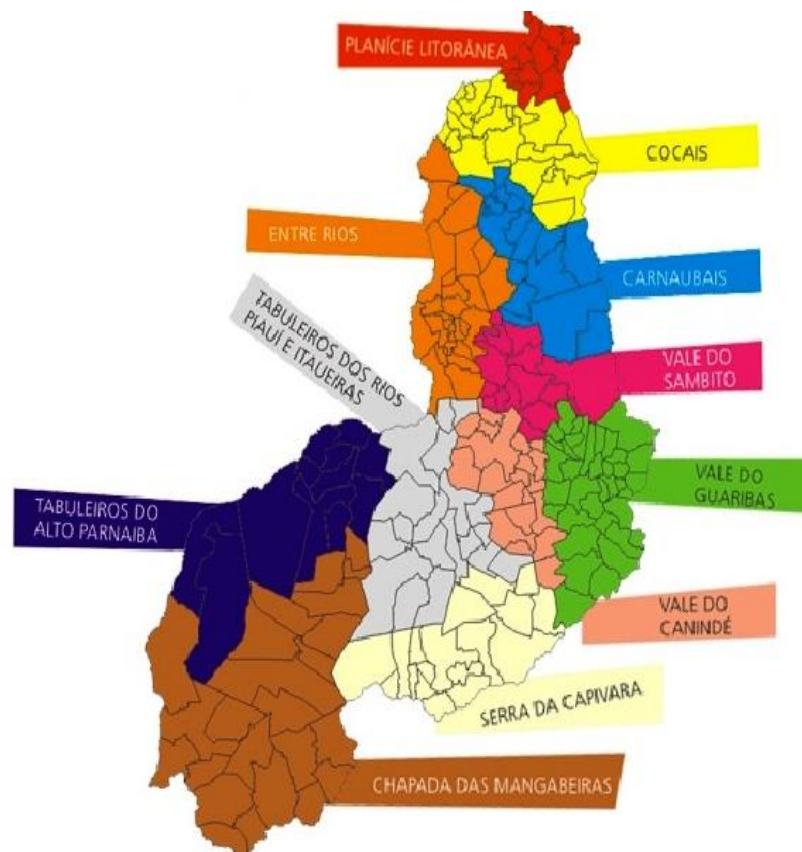
1	INTRODUÇÃO.....	18
2	POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL: experiências internacionais e brasileira.....	28
2.1	Modelos internacionais de reforma psiquiátrica e a organização das primeiras experiências em Políticas de Saúde Mental.....	28
2.2	Política de Saúde Mental no Brasil.....	33
2.3	O debate atual sobre o SUS e a proposta de regionalização do cuidado: novos desafios para a Política Nacional de Saúde Mental.....	40
3	POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO PIAUÍ: da centralidade à regionalização.....	52
3.1	Breve histórico da saúde no Piauí.....	52
3.2	Regionalização da saúde: cenário nacional e local.....	55
3.3	Saúde mental no Piauí e suas propostas de descentralização.....	60
4	PERCURSO METODOLÓGICO.....	64
4.1	Pesquisa qualitativa.....	64
4.2	Do local de pesquisa, participantes, instrumentos e análise.....	66
4.2.1	Local de pesquisa.....	66
4.2.2	Participantes.....	70
4.2.3	Instrumentos da pesquisa.....	70
4.2.4	Procedimento de coleta de dados.....	73
4.2.5	Análise de dados.....	74
4.2.6	Aspectos éticos.....	75
5	PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DA RAPS NA PLANÍCIE LITORÂNEA: identificação dos atores e percursos.....	76
5.1	Identificação dos documentos e atores.....	76
5.2	Articulações iniciais para a implantação da RAPS no Piauí.....	78
5.2.1	Atenção Básica do Estado do Piauí.....	81
5.2.2	Atenção Psicossocial Especializada.....	83
5.2.3	Atenção de urgência e emergência.....	84
5.2.4	Atenção hospitalar.....	85
5.2.5	Estratégias de desinstitucionalização.....	86
5.3	A devolutiva do Ministério da Saúde sobre o plano da RAPS do Piauí.....	110
5.4	Momento atual de redesenho e repactuação da RAPS no Piauí.....	118

6	OS RUMOS DA REGIONALIZAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO NORTE DO PIAUÍ: desafios e possibilidades.....	124
6.1	Perfil dos participantes das rodas de conversa.....	124
6.2	Momento preparatório para realização das rodas.....	125
6.3	Conversas que circularam nas rodas.....	126
6.3.1	Principais demandas da saúde mental nos municípios.....	127
6.3.2	Quanto à estrutura da RAPS nos municípios.....	128
6.3.3	Quanto à organização do trabalho nos serviços e na rede de atenção.....	129
6.3.4	Demais temas que circularam nas rodas de conversa.....	142
	CONCLUSÃO.....	148
	REFERÊNCIAS.....	150
	APÊNDICE.....	165
	ANEXO.....	170

1 INTRODUÇÃO

O presente estudo tem como objeto de investigação o processo em curso da regionalização da Política de Saúde Mental no Piauí. O objetivo é investigar o processo de implantação regionalizada da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), para que se articulem serviços e ações em Saúde Mental, junto aos diversos pontos da Rede de Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Para tanto, diferentemente da maioria dos estudos, que centram seus interesses de pesquisa nas capitais e grandes centros urbanos, delimitamos o interesse de investigação na análise do processo de implantação da RAPS nos municípios do interior, mais precisamente no território da 1ª Regional de Saúde, localizada no extremo norte do estado, conhecida como Planície Litorânea.

Figura 1 - Território de desenvolvimento do Piauí



Fonte: Fundação CEPRO (2007).

O debate sobre a regionalização da assistência em Saúde Mental no Brasil é recente. Deriva das discussões no âmbito do SUS, que desde o texto constitucional, em seu Artigo 198, estabelece que a Saúde deve ser composta por uma rede regionalizada, hierarquizada e integrada de ações e serviços (BRASIL, 1988).

Depois de anos de debates e tentativas para dar seguimento e aprofundar o processo de consolidação das diretrizes organizativas do SUS em todo o território nacional, foi publicada a Portaria nº 4.279/2010, que trata sobre as diretrizes para organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) do SUS (BRASIL, 2010a).

Em 2011, após pactuação tripartite¹, foram priorizadas as seguintes redes temáticas, por serem pontos prioritários na Saúde do país: Rede Cegonha, que tem um recorte de atenção à gestante e de atenção à criança até 24 meses; Rede de Atenção às Doenças e Condições Crônicas: iniciando-se pelo câncer (a partir da intensificação da prevenção e controle do câncer de mama e colo do útero); Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência; a Rede de Atenção às Urgências e Emergências; e Rede de Atenção Psicossocial (com prioridade para o Enfrentamento do álcool, do crack, entre outras drogas). Para a efetivação dessas propostas é necessária a garantia das seguintes ações: qualificação e educação; informação; regulação; promoção e vigilância à saúde (BRASIL, 2011a).

O propósito das Redes de Atenção é superar a fragmentação histórica da atenção e da gestão do SUS, aperfeiçoando seu funcionamento político-institucional, com vistas a assegurar ao usuário atenção integral, além de um conjunto de ações e serviços, de modo a respeitar a diversidade dos contextos regionais, suas diferenças socioeconômicas e necessidades de saúde da população (BRASIL, 2010a).

Em seguida, com a publicação do Decreto nº 7.508/2011, que regulamenta a lei nº 8.080/90 (BRASIL, 1990), no tocante ao planejamento, à assistência e à articulação interfederativa, ficou estabelecida a Região de Saúde como um espaço geográfico contínuo, constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas, sociais, de redes de comunicação e infraestrutura de transportes

¹ As decisões no SUS são colegiadas, a partir da Comissão Intergestores Tripartites (CIT), instância de articulação e pactuação na esfera federal que atua na direção nacional do SUS, integrada por gestores do SUS das três esferas de governo: União, Estados, Distrito Federal e Municípios; e pela Comissão Intergestores Bipartites (CIB), espaços estaduais de articulação e pactuação política que objetivam orientar, regulamentar e avaliar os aspectos operacionais do processo de descentralização das ações de saúde. E em nível de municípios, existe a instância colegiada e implantada pelo Pacto da Saúde para promover a regionalização do SUS, antes denominada de Colegiados de Gestão Regional (CGR) e, atualmente, chamada de Comissão Intergestora Regional – CIR (BRASIL, 2009).

compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde. Nesse caso, cada Região de Saúde concentra uma gama de serviços, programas, ações de saúde e logística, pactuados em rede para garantir assistência à população de um determinado território, organizado de forma regionalizada. O decreto ainda estabelece, no Artigo 5º, que para ser instituída a Região de Saúde, deve conter, no mínimo, ações e serviços de atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar, e vigilância em saúde (BRASIL, 2011a).

Entende-se, portanto, o Decreto nº 7.508/2011 como um importante dispositivo indutor para que a Saúde Mental passasse a integrar de forma mais efetiva a rede SUS em toda sua complexidade político-organizativa; e não apenas no nível especializado de atenção, como antes estabelecido, a partir dos hospitais psiquiátricos ou com os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS (BRASIL, 1992).

Tanto foi que no mesmo ano o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 3.088/2011, que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), cuja finalidade foi a criação, a ampliação e a articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS (BRASIL, 2011b).

A RAPS se fundamenta nos princípios da autonomia, do respeito aos direitos humanos e do exercício da cidadania; busca promover a equidade e reconhecer os determinantes sociais dos processos saúde-doença-sofrimento-cuidado; desfazer estigmas e preconceitos; garantir o acesso aos cuidados integrais com qualidade; desenvolver ações com ênfase em serviços de base territorial e comunitária; organizar os serviços em rede com o estabelecimento de ações intersetoriais, com continuidade do cuidado; desenvolver ações de educação permanente; ancorar-se no paradigma do cuidado e da atenção psicossocial; além de monitorar e avaliar a efetividade dos serviços (BRASIL, 2011b).

Em termos organizativos, a RAPS é constituída por serviços que integram pelo menos sete pontos da rede SUS, podendo ainda participar outras redes de apoio social e territorial, ampliando assim a oferta de cuidado em torno das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e uso de álcool e outras drogas, assim constituída:

Quadro 1 - Componentes da Rede de Atenção Psicossocial

Componentes da rede	Pontos de atenção
Atenção Primária em Saúde	Unidade de Saúde da Família (USF) Unidade Básica de Saúde (UBS) Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) Consultório de Rua Centro de Convivência
Atenção Psicossocial Especializada	Ambulatórios de Saúde Mental CAPS I CAPS II CAPS III CAPS Ad e Ad III CAPS i
Atenção à Urgência e à Emergência	Unidade de Pronto Atendimento e SAMU
Atenção residencial de caráter transitório	Unidade de Acolhimento Adulto Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil
Atenção Hospitalar	Leitos em Hospital Geral Enfermaria Especializada
Estratégia de Desinstitucionalização	Serviço Residencial Terapêutico Programa de Volta para Casa
Reabilitação Psicossocial	Cooperativas e demais ações voltadas para inserção no trabalho, escolarização e inserção social

Fonte: BRASIL (2011b).

Embora a RAPS venha com uma proposta de articular os serviços, prezando pela atenção e o cuidado à pessoa com transtorno mental, ainda é observada a presença do termo *Atenção Psicossocial Especializada*, para se referir ao CAPS, reforçando, ainda, o lugar desse como lócus central das ações de saúde mental, tornando o modelo “capscêntrico”. Se os CAPSs se centram neles mesmos, acabam afastando a comunicação e a interação com outros serviços e setores da sociedade, o que dificulta também o olhar para o sujeito em sua integralidade, com o foco das ações voltadas para o território, inclusive de forma intersetorial.

Frente a esta nova proposta organizativa para a Política Nacional de Saúde Mental, buscamos situar, a partir deste estudo, como o Piauí tem acompanhado tal debate e organizado a RAPS em seu território, garantindo assim a regionalização da atenção em saúde mental no estado.

Dessa forma, pretendemos conhecer o processo de implantação da RAPS no estado, tendo como recorte a experiência da regionalização da Saúde Mental na Planície Litorânea. Interessa-nos, portanto, responder as seguintes questões: como o processo de regionalização da Saúde Mental tem sido pensado, desenvolvido e implementado em território piauiense? O

que tem sido proposto? Quais atores têm participado? Quais avanços e desafios estão em curso?

Para melhor compreender de que lugar tais questionamentos e preocupações de pesquisa surgiram, é preciso percorrer algumas trajetórias e implicações acadêmicas com as quais estive envolvida ao longo do percurso da minha formação. Neste momento, passo a me posicionar em primeira pessoa do singular, motivo pelo qual explanarei minhas implicações e afetações com o tema, e logo após justificada, em termos acadêmico e pessoal, a escolha e a delimitação do mesmo, retomarei a escrita textual em terceira pessoa do plural, mantendo-me na discussão juntamente com outros atores envolvidos no processo de construção deste trabalho de pesquisa.

Foi a partir de algumas leituras e disciplinas da graduação em Psicologia que conheci a nova lógica que permeia a Saúde Mental no Brasil. Refiro-me à Reforma Psiquiátrica enquanto projeto ético e político de transformação do lugar da loucura e da assistência às pessoas com transtorno mental na sociedade (AMARANTE, 2009). Antes, assim como para a maioria das pessoas que desconhecem o tema, Saúde Mental, para mim, era sinônimo de internação hospitalar, manicômio, exclusão. Após entrar em contato com o universo das discussões e práticas militantes da Reforma, fui me apropriando do debate em torno do conceito de desinstitucionalização, das novas práticas e posturas profissionais, e dos serviços no âmbito da Atenção Psicossocial.

Por desinstitucionalização, Amarante (1996) entende que três tendências se apresentam sobre o conceito. Assim, observa: desinstitucionalização como desospitalização, como desassistência, e como desconstrução. No primeiro, a desinstitucionalização é entendida com objetivos administrativos, que visam à diminuição de custos com a assistência, especialmente a internação, ampliando as ações psiquiátricas para a comunidade, em termos preventivos para evitá-la. Embora nascida da crítica ao modelo psiquiátrico nos EUA, nesta concepção, com ambulatorização da assistência, acabou-se por alargar o conceito de doença, ocasionando uma psiquiatrização dos problemas sociais da população, transformando-os em desvio, desajustamento ou anormalidade.

A desinstitucionalização como desassistência aponta para o fato de as políticas de desinstitucionalização não significarem a substituição do modelo hospitalar por outras modalidades de assistência, acarretando em prejuízos e abandonos dos cuidados à população-usuária. Por fim, a desinstitucionalização como desconstrução é apresentada como um

processo prático, porém, fundamentado ético-politicamente, de construção de uma nova realidade em torno da loucura e assistência psiquiátrica, apontando a possibilidade de que se a realidade é essencialmente construída, também pode ser substancialmente modificada.

Neste sentido, Amarante (1996) compreende a Reforma Psiquiátrica a partir de um movimento permanente de construção/desconstrução, do qual se avançaria na proposição de um novo projeto de atenção e cuidado, que teria como principal desafio superar o tradicional modelo doença-cura, desconstruindo saberes e práticas, a fim de tornar novas as produções e relações entre a loucura e a sociedade. Para tanto, o autor apresenta quatro dimensões para entender o projeto e o movimento que se pretende com a Reforma Psiquiátrica: epistemológica, técnico-assistencial, político-jurídica e sociocultural.

Ao me debruçar sobre a dimensão epistemológica, por exemplo, pude traçar um novo olhar sobre as questões que se situam no campo teórico-conceitual dentro da Reforma, e que fazem a crítica aos conceitos fundantes da Psiquiatria, como: doença mental, alienação, isolamento, terapêutica, cura, normalidade/anormalidade. Tal debate propõe a reconstrução/invenção de um novo marco teórico e de novos operadores conceituais para acolher e ressituar a loucura na sociedade (AMARANTE, 2009).

No âmbito da dimensão técnico-assistencial, que leva em conta um constante movimento entre a prática e a teoria, ou seja, no movimento de uma *práxis*, propõe-se a construção de uma nova organização dos serviços, articulando uma nova rede de espaços de sociabilidade, de produção de subjetividades, de apoio social, moradia, geração de renda, enfim, de produção de vida (YASUI, 2006).

Para Bezerra Júnior (2007), o novo se trata de novas formas de cuidar e intervir, diferente do proposto anteriormente, com a lógica do ambiente hospitalar e ambulatorial isolado, que resultava em ações excludentes. Isso quer dizer que a ação/intervenção agora não é mais voltada para a doença, mas, sim, para o indivíduo em sofrimento, e que com ações integrais, a partir de uma rede de dispositivos assistenciais-terapêuticos e comunitários orientados por diversos saberes e práticas com foco na produção de autonomia e da vida, são os aspectos básicos dessa dimensão de cuidado.

A dimensão jurídico-política nos convoca a refletir sobre as relações sociais e civis, em termos de cidadania e dos direitos humanos e sociais. Tal debate me fez perceber os desafios que é transformar o lugar social da loucura, do diferente e/ou do excluído na sociedade, com mudanças no aparato legal (leis e resoluções) para afirmar o caráter protetivo

de direitos e indutor de mudanças. Trata-se, nesse caso, de uma luta política para uma transformação social (AMARANTE, 2009).

Por fim, registra-se a dimensão sociocultural, que trata sobre a mudança do imaginário social da loucura, historicamente construído pela ordem do que a desqualifica (“coisa de louco!”), que a exclui (“lugar de louco é no hospício!”), que a teme (“louco é perigoso e agressivo!”), que a infantiliza (“que bonitinho, nem parece feito por louco!”) (YASUI, 2006, p. 98). Assim, é necessário, além dos avanços e ampliação de serviços assistenciais, maior investimento de ações culturais na transformação deste imaginário.

Por meio do interesse pela Reforma Psiquiátrica pode perceber alguns desafios que a ela são lançados, a exemplo do próprio desafio de lidar com a dimensão sociocultural, além de perceber as novas formas com que se passou a ver e se relacionar com indivíduos com sofrimento ou transtorno mental, bem como a necessidade de mudança das práticas, modos de trabalho e abertura de novos serviços.

O Projeto de Reforma Psiquiátrica avançou no Brasil a partir da década de 1990, principalmente por meio da implantação dos Núcleos de Atenção Psicossocial – NAPSs/CAPSs, por meio da Portaria GM 224/92 (BRASIL, 1992), os quais foram definidos como unidades de saúde locais/regionalizadas, em geral, contam com uma população adscrita definida pelo nível local, oferecem atendimento a cuidados intermediários com o regime ambulatorial, e internação hospitalar com a atuação de equipe multiprofissional (BRASIL, 2004a).

Os CAPSs, assim como os NAPSs, os Centros de Referência em Saúde Mental – CERSAMs, e outros serviços substitutivos que têm surgido no Brasil, a partir da Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002 (BRASIL, 2002), integram a rede do Sistema Único de Saúde, o SUS (BRASIL, 2004a).

Visam acolher as pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, buscando reinseri-las na família e na comunidade. Agem como articuladores com outras redes de serviços, por exemplo, “como o Programa de Saúde da Família, Núcleos de Apoio à Saúde da Família, ambulatórios, Residências Terapêuticas, abertura de leitos em saúde mental/atenção psicossocial em hospitais gerais, entre outros” (SILVA; ROSA, 2014, p. 254).

Conhecido como o principal dispositivo de desinstitucionalização da Reforma, ao longo dos anos 1990 e 2000, os CAPSs atuam de forma estratégica, podendo evitar

internações frequentes em hospitais psiquiátricos, por meio de trabalhos que incidam na autonomia, na reabilitação e na reinserção psicossocial dos usuários (BICHAFF, 2006).

Porém, outros dispositivos foram importantes, nos anos 2000, como, por exemplo, o Programa de Volta para Casa, instituído pela Lei Federal 10.708/2013, que dispõe sobre a regulamentação do auxílio-reabilitação psicossocial a pessoas com transtornos mentais oriundas de longas internações psiquiátricas (BRASIL, 2013). O Programa de Redução de Leitos Hospitalares de longa permanência; e os Serviços Residenciais Terapêuticos, instituídos pela Portaria/GM nº 106/2000. Esses têm figurado como os pilares da desinstitucionalização no Brasil (BRASIL, 2000).

Ao longo da graduação pude conhecer melhor o funcionamento do CAPS II de Parnaíba, em função das ações de observação, aprendizagem, trocas e intervenções realizadas nos estágios do curso de Psicologia. Mas, foi precisamente com o trabalho de conclusão de curso que pude entrar em contato, em profundidade, com as práticas, as experiências e os desafios dos profissionais e usuários do serviço, a partir dos seus pontos de vista. A pesquisa, na época, versava sobre os significados que os profissionais atribuíam ao trabalho desenvolvido no CAPS. Os resultados fizeram refletir sobre como os profissionais desenvolviam as práticas de cuidado no serviço. O que sabiam sobre o cuidar na saúde mental? Qual a compreensão sobre o processo de Reforma Psiquiátrica? Qual entendimento sobre a Política de Saúde Mental? Que princípios orientavam as ações desenvolvidas?

Essas inquietações me motivaram à realização do Mestrado, tendo, inicialmente, proposto como tema de investigação: o estudo sobre o cuidado e a organização dos processos de trabalho da equipe do CAPS II de Parnaíba. Foi quando comecei a perceber, por meio dos encontros de orientação, das disciplinas cursadas no Mestrado, e a participação em congressos, eventos e encontros de formação política de usuários e familiares, a necessidade de desfocar de um único serviço, devido aos vários estudos que tratam sobre esse tema em âmbito nacional e regional, para ampliar o objeto de investigação para a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Assim, passei a pensar sobre o processo de implantação e funcionamento da RAPS, a partir do debate atual da descentralização e regionalização da Saúde, focando no processo de constituição das Redes de Atenção entre os municípios que compõem o território da Planície Litorânea.

Foi em meio ao processo de amadurecimento e desconstrução do objeto inicial da pesquisa que percebi os limites de ação dos CAPSs como centrais na organização dos modos

de vida dos usuários, e também da responsabilidade que esses serviços ganharam como “mola mestra” para a efetivação da Reforma Psiquiátrica, e desmontagem dos manicômios em nossa sociedade (DIMENSTEIN; LIBERATO, 2009).

Com as leituras, compreendi que reduzir a Reforma à centralidade das ações do/no CAPS era um entendimento que se fazia presente não apenas na concepção incipiente que tinha sobre a Saúde Mental, mas também no cotidiano dos muitos serviços existentes no país; no entanto, com algumas leituras mais críticas, pude ampliar a visão sobre a Saúde Mental, inclusive reconhecendo outros pontos da rede de serviços para se avançar na Reforma, para além dos CAPSs.

Tal compreensão é fruto do próprio processo de implantação da Reforma Psiquiátrica no Brasil, com a centralização de todos os esforços na abertura de serviços, tendo o funcionamento do CAPS como principal dispositivo de desinstitucionalização das concepções e práticas em Saúde Mental, mas é exatamente nesse ponto que se sobressaem os aspectos limitantes dos serviços, conseqüentemente, do nosso processo reformista, devido às questões que envolvem a formação profissional, as condições de trabalho, a gestão dos processos de trabalho, a regulação de fluxos de atendimento entre os serviços, as ações dissociadas do território, o que acaba por reproduzir práticas engessadas, sem dúvida nenhuma, diferentes das realizadas nos hospitais psiquiátricos, mas limitadas em termos de garantir a autonomia e a reabilitação/reinserção psicossocial dos usuários e suas famílias (SARACENO, 1999).

No objetivo de superar tais dificuldades e impasses, questões que não apenas envolvem a Saúde Mental, mas todos os setores, programas e ações do SUS, vimos ressurgir, nos últimos anos, o debate em torno das Redes de Atenção como caminho possível para aprofundar e ampliar as ações de cuidado, integrando os diversos e longínquos pontos da rede de serviços dos inúmeros territórios de saúde existentes no país. Tal direção visa diminuir as iniquidades das várias Regiões de Saúde que sofrem com a falta de equipamentos, profissionais e ações programáticas. Desse modo, a regionalização e a descentralização do SUS figuram como um debate que aprofunda as Políticas de Saúde nos municípios mais periféricos e de menor densidade populacional do país (SILVA, 2014).

Entrar em contato com todas essas discussões me fez ampliar o entendimento da Saúde Mental integrada com a rede SUS, conforme aponta a Portaria nº 3.088/2011, que legitima a RAPS, apresentada anteriormente. Atuar na perspectiva da RAPS, ou seja, do trabalho em rede, integrando as ações entre os serviços de um mesmo município, mas,

também, entre os municípios de uma mesma Região de Saúde, torna o trabalho na Saúde Mental ainda mais complexo.

No Piauí, registraram-se 54 CAPSs, sendo 39 CAPSs I, 7 CAPSs II, 1 CAPS III, 1 CAPS i, 4 CAPSs AD e 2 CAPSs Ad III, com uma cobertura de CAPS de 1.13, considerada muito boa (BRASIL, 2015b). Em dados mais recentes, aponta-se que o Piauí possui 62 Centros de Atenção Psicossocial (PIAUI, 2015e).

Na Planície Litorânea, Região de Saúde escolhida para realização do presente estudo, dos 11 municípios que fazem parte do território da regional, apenas quatro contam com serviços que integram pelo menos três pontos da RAPS na rede SUS, são eles: Parnaíba – 01 CAPS II, 01 CAPS Ad III, 04 equipes NASFs, 38 ESFs, 10 leitos psiquiátricos na Santa Casa de Misericórdia e SAMU; Luís Correia – 01 CAPS, 02 NASFs e 15 ESFs; Buriti dos Lopes – 01 CAPS, 01 NASF e 09 ESFs; e Cocal – 01 CAPS, 01 NASF e 08 ESFs (PIAUI, 2014a).

A partir deste quadro, nos perguntamos: como tais serviços estão organizados em rede nos territórios de saúde da Regional? Como se dão seus pontos de integração e articulação das ações em rede?

A escolha do tema e as perguntas aqui propostas são fruto, portanto, das inquietações do meu encontro com esse campo complexo, plural, heterogêneo e de muitos desafios, que é a Saúde Mental, especialmente por se encontrar em meio ao processo de implantação da RAPS em todo o país e, particularmente, no Piauí.

Deste modo, o objetivo geral da pesquisa foi analisar o processo de implantação da RAPS no território da Planície Litorânea. Como objetivos específicos, temos: conhecer o desenho da Rede Psicossocial do estado e, especificamente, na Planície Litorânea; compreender a participação dos atores institucionais no processo de implantação da RAPS na Planície Litorânea; refletir sobre as condições de implantação e os desafios colocados para a efetivação da regionalização e da interiorização da Política de Saúde Mental no Piauí.

2 POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL: experiências internacionais e brasileira

Neste capítulo, recuperaremos rapidamente as experiências internacionais e brasileira, de estruturação das Políticas de Saúde Mental, a fim de levantar alguns parâmetros sobre o processo de Reforma Psiquiátrica em curso, e os atuais debates do SUS sobre as Redes de Atenção à Saúde, incluindo a RAPS e a organização do trabalho em rede, como forma de ampliar o acesso e a capacidade de respostas às ações de cuidado da população usuária.

2.1 Modelos internacionais de reforma psiquiátrica e a organização das primeiras experiências em Políticas de Saúde Mental

Desde o seu início, ainda no surgimento dos Estados Nacionais, nos séculos XVI e XVII, o internamento em instituições asilares foi uma das respostas dadas à loucura, como também àqueles que representavam o fenômeno do pauperismo, devido aos efeitos da Revolução Industrial e do Capitalismo, enquanto modo de produção e o estabelecimento de uma nova ordem social. Com a Grande Interação, os considerados marginalizados pela sociedade tinham agora os espaços dos hospitais-gerais, criados sem finalidade médica, apenas com a intenção de isolar os que causavam prejuízo à sociedade (FOUCAULT, 1978).

Deste modo, a institucionalização da loucura, a partir da sua internação, trouxe como reflexo para o dito “louco” o seu sequestro social. Já que um corpo disciplinado era fruto de um gesto eficiente que punia e controlava o sujeito. Disciplinando os corpos, haveria um controle maior sobre o dito “louco”, os espaços de internação tinham, então, o controle desse corpo desviante, que reagia de maneira diferente ao modelo de sociedade moderna e normal, orientada por regras de “normalidade” (FOUCAULT, 1999).

Mais adiante, no século XVIII, com o surgimento da Psiquiatria, enquanto campo de saber e intervenção social frente aos quadros de loucura e adoecimento psíquico, os hospitais psiquiátricos passaram a ser locais por excelência para assistir os considerados “incivilizáveis”, enfim, os doentes da alma, conseqüentemente, do comportamento, a partir do tratamento moral proposto por Philippe Pinel, considerado o pai da Psiquiatria, primeira especialidade médica. Porém, com a superlotação desses espaços, devido à alta demanda por ajustamento de condutas e busca de cura desse mal, e das más condições de tratamento oferecidas, repercutiam inúmeras críticas que ganharam força maior após a Segunda Guerra Mundial, com a emergência de processos reformistas em saúde mental.

Países como Estados Unidos, França, Inglaterra, Itália, dentre outros, propuseram experiências e saídas para o problema dos manicômios, e o tipo de assistência ofertada. A assistência à saúde mental nos países mencionados, em um contexto pós-crise de 1929, em meio ao cenário do pós-guerra, era, então, uma difícil situação, e dependeria de como os sistemas de saúde seriam organizados em cada localidade, para ampliar o acesso, propor um tratamento qualificado e humanizado, com foco na reinserção social.

Nesse aspecto, apresentaremos rapidamente os movimentos ocorridos nesses distintos países, que impulsionaram os movimentos da Reforma Psiquiátrica no mundo, a fim de destacarmos as políticas de saúde que deram sustentação a cada movimento. Porém, é importante ressaltar, conforme explicita Desviat (1999), que a diferença entre os modelos que faremos referência em cada país foi devido às particularidades de cada sistema sanitário, que com sua forma de organização, características sociopolíticas, grau de cobertura dos serviços e concepções a respeito da função do hospital psiquiátrico, demarcará singularmente a experiência reformista de cada um dos contextos aqui debatidos.

A busca de alternativas ao hospital pôde gerar distintas experiências de Reforma Psiquiátrica, a exemplo dos EUA e da Itália, que pretendiam seu fechamento, como condição para seu processo reformista; já na França e Inglaterra, que conduziram suas ações com a manutenção do hospital, porém, transformando-o em instituição terapêutica, ou seja, humanizando-o.

Nos Estados Unidos, a superlotação, os maus-tratos e o questionamento da sociedade americana frente à efetividade do tratamento nos hospitais psiquiátricos, fez com que fosse reconhecida a falência desse modelo, considerado caro e produtor de exclusão social. Para tanto, adotou-se a Política de Saúde Mental Comunitária, no intuito de substituir os hospitais psiquiátricos por Centros de Saúde Mental Comunitária, com foco na prevenção da doença mental e no trabalho de reabilitação. As bases organizativas deste modelo eram a acessibilidade, a boa localização e a descentralização dos serviços, além da gratuidade e da universalidade de acesso. No entanto, a grande dificuldade para efetivá-lo no território norte-americano foi a fragilidade do sistema de saúde, por não ter cobertura universal e apresentar hegemonicamente caráter privado. Isso resultou no pluralismo e pragmatismo das ações, com ênfase nos objetivos em curto prazo e com foco na diminuição dos custos.

Nesse aspecto, o processo de desinstitucionalização, no modelo norte-americano, figurou muito mais como um conjunto de medidas de desospitalização, devido ao fechamento

de vários hospitais psiquiátricos, porém, não acompanhado da abertura do montante de unidades de Centros de Saúde Mental Comunitário necessária para a oferta das ações previstas. Por outro lado, o trabalho desses Centros ficou voltado apenas para ações ambulatoriais e preventivistas, muitas vezes reforçando o entendimento sobre doença mental como desvio, desajustamento ou anormalidade, psiquiatrizando problemas sociais das comunidades (HEIDRICH, 2007).

Na experiência da França, por meio da Psiquiatria de Setor, houve a tentativa de constituir uma nova forma de organização dos serviços psiquiátricos. O objetivo era estruturar os serviços, de modo a romper com a centralização dos hospitais e a valorização dos mesmos, enquanto ação de saúde pública. Assim, a hospitalização se constituía como uma das etapas do tratamento para os casos mais graves, com necessidade de internação. Tinham como foco a construção de projetos terapêuticos individuais, enquanto ação continuada executada por um conjunto de profissionais e serviços, dentro de uma mesma área de abrangência territorial, conhecido como setor (DESVIAT, 1999).

O acesso universal a diversas formas de atendimento, trazendo uma dimensão pública e coletiva da saúde, possibilitou realizar uma nova maneira de fazer psiquiatria, seja percebendo não apenas o hospital e sua teia institucional como doentes, portanto, sendo necessário mudar para retomar sua função terapêutica, seja integrando-o com serviços de outros níveis de atenção, territorializando as ações com foco na continuidade do cuidado e aproximação das pessoas com transtorno mental da sua própria comunidade de origem. No entanto, segundo Heidrich (2007), prevaleceu a centralização das ações, ainda na figura do hospital, por três motivos básicos: a) não havia, no modelo francês, a ideia de extinção do hospital psiquiátrico; b) pelo contrário, era destinado a ele, o financiamento exclusivo; c) ademais, a manutenção do lugar do hospital e a prevalência da cultura manicomial, onde os muros dos manicômios se expressavam nas práticas e no cotidiano dos profissionais, tornou ainda mais difícil romper com a hegemonia do hospital e lógica asilar, apesar da implantação de políticas públicas de saúde mental naquele país, que de certa forma melhorou a assistência, mas não superou o símbolo da exclusão.

O modelo inglês ficou conhecido como Comunidade Terapêutica. Tal estratégia surgiu em meio à sombra dos tempos de guerra, com o objetivo de organizar as atividades dos serviços, cujos efeitos mostraram que a responsabilidade pelo tratamento não é apenas médica, mas de todos os membros da equipe, e também dos usuários. Nesse aspecto, outros

atores, inclusive os usuários dos serviços, passaram a ter lugar no processo terapêutico. A ideia era transformar o ambiente do hospital em terapêutico, de forma a democratizá-lo, fortalecendo relações e opiniões em todos os níveis, priorizando a presença de atividades coletivas e análise da dinâmica individual e interpessoal dos usuários, bem como das equipes, promovendo autonomia e participação. Quanto ao sistema de saúde da Inglaterra, por ser público e universal, tornou-se referência, demonstrando vantagens na eficácia e eficiência como uma política sanitária planejada, permitindo desenvolver o atendimento primário e a integração entre saúde mental e saúde em geral, nos vários pontos e níveis de atenção dos serviços. Porém, apesar dos avanços e de alcançar o lugar de referência na humanização da assistência psiquiátrica, o modelo britânico não conseguiu avançar frente à cultura manicomial presente na sociedade inglesa em geral (DESVIAT, 1999).

Na Itália, assim como nos EUA, o foco também era o fim do manicômio. Porém, com uma brutal diferença: não se tratava de um mero arranjo administrativo que acabou gerando desospitalização e desassistência, mas pela revisão do estatuto jurídico do doente mental, revogando o entendimento legal que marca o louco como sujeito perigoso; pelo questionamento do mandato social da Psiquiatria; pela produção de um novo imaginário para a loucura, na sociedade, e pela garantia de uma gama de serviços e ações, de modo a responder a complexidade das necessidades sociais e de saúde dos usuários, a partir de um sistema público de saúde e de acesso universal, com a busca de ampliação e integração de uma rede com novos serviços, com vista a atender o conjunto amplo de necessidades dos usuários e suas famílias. Esse movimento ficou conhecido como Psiquiatria Democrática Italiana – PDI (HEIDRICH, 2007), sustentado paralelamente pelas ações de mudança sanitária no país.

O modelo italiano passou para a tentativa de integrar novamente a pessoa com transtorno mental à sociedade, desarticulando a instituição do manicômio, reconhecendo o asilo como instituição total e de violência, portanto, anuladora da condição de escolhas e de ação dos sujeitos. Desse modo, o movimento se alia a outros movimentos (estudantil e sindical), transformando-se em movimento político, propondo, assim, uma Reforma em termos administrativos, político e cultural.

No âmbito da política pública de saúde na Itália, que deu sustentação à experiência de desinstitucionalização psiquiátrica, foi aprovada a lei 180/1978, que coloca o fato da impossibilidade de novas internações, proibindo a construção de novos hospitais; propondo a

abertura de serviços comunitários e territoriais, garantindo o atendimento contínuo. Ademais, aboliu-se o estatuto da periculosidade social, como dito anteriormente, e em casos de internação compulsória, o indivíduo seria assistido pela via jurídica e por uma equipe, para avaliar a necessidade de tal dispositivo, bem como periodicamente haveria a reavaliação do caso, para indicar ou não a necessidade de permanência. No que tange à desinstitucionalização no modelo italiano, houve a possibilidade não apenas do fechamento dos manicômios, mas a desconstrução de concepções e práticas, sinalizando um trabalho a partir dos direitos das pessoas com transtorno mental, já que pensar na lógica manicomial, seria negar os direitos humanos (RAMMINGER, 2005).

Desviat (1999), ao apresentar um balanço dos países que efetivaram movimentos de desinstitucionalização, indica entre os principais pontos a serem considerados para o avanço da Reforma Psiquiátrica, o fato de as ações da Saúde Mental dependerem da suficiência de recursos econômicos no desenvolvimento dos programas comunitários, da ampliação da rede de serviços e relações, para maior integração do sujeito à vida comunitária.

Além disso, a sociedade não costuma estar preparada para receber os pacientes desinstitucionalizados. Sendo que quase todos os esforços se voltam para a modificação de comportamento dos mesmos, adaptando-os muitas vezes. Poucos são os casos que compõem as ações da política pública para a modificação das crenças, comportamentos sociais e preconceitos da sociedade, incluindo os próprios profissionais, frente aos egressos de internações e demais sujeitos em tratamentos extramuros, portanto, na comunidade, a exemplo do modelo italiano. Ademais, ainda há o engessamento da organização da política pública, que carece de uma gestão unificada dos recursos públicos, além da falta de serviços sociais, de espaços flexíveis e inventivos de novas formas de subjetivação para a loucura na sociedade, bem como quanto à formação e à educação permanente dos profissionais.

Por outro lado, é preciso ter claro, nas palavras de Antunes (2015), que os processos de Reforma Psiquiátrica no mundo têm relação direta com a estruturação das políticas sociais e econômicas. Em tempos de crise dos sistemas econômicos e financeiros, os efeitos são tanto para as políticas sociais, com impacto nos serviços de atenção à saúde, quanto para os níveis de saúde das comunidades. As crises econômicas podem agravar a saúde física e mental das populações, devido ao aumento do desemprego, da exclusão social e da pobreza, assim como a diminuição do investimento em serviços públicos de saúde e de proteção social, que retroalimentam fatores de risco de adoecimento e/ou transtorno mental.

Tal debate é pertinente no momento atual, devido às últimas crises nos EUA e nos países da Europa, que têm desmontado, especialmente nesses últimos, os sistemas de saúde e proteção social universais, a exemplo do que aconteceu de forma mais acentuada na Espanha, em Portugal, dentre outros (SILVA *et al.*, 2015). A seguir, trataremos da Política de Saúde Mental no Brasil, retomando alguns aspectos das experiências internacionais que influenciaram o processo reformista em nosso país e a situação atual.

2.2 Política de Saúde Mental no Brasil

As primeiras ações no âmbito da assistência aos loucos, no Brasil, remontam às Santas Casas de Misericórdia, que surgem para resolver o problema dos indesejáveis socialmente, e passam a incluir tais pessoas, entre seus hóspedes, que ficavam nos porões e entregues aos carcereiros e à própria sorte. É a partir de então, que derivam as primeiras instituições psiquiátricas do país, a exemplo do Hospício Nacional, criado em 1852.

Sobre os ditos indesejáveis em território brasileiro, a “questão social” também contribui para entender esse processo, pois Chalhoub (2001) parte da análise da passagem do século XIX para o XX, em que há uma diferenciação dessa questão em determinados momentos da história nacional. Segundo o autor, além da construção de uma nova ideologia do trabalho, foram materializados mecanismos de vigilância e repressão, exercidos pelo Estado, por meio das autoridades policiais e judiciárias, que moldavam a força de trabalho às necessidades do capital. Assim, a ideologia do trabalho em nosso país ganha uma valoração positiva, articulando-se, então, com conceitos como os de “ordem” e “progresso”, para impulsionar o país no sentido do “novo”, da “civilização”, para a constituição de uma ordem social burguesa.

Destaca-se que o firmamento desses valores para fazer avançar a nova ordem social brasileira também fixava o seu contraponto, como parâmetro negativo: ao invés de trabalhador, racional e civilizado, tinha-se o desempregado, desocupado, vagabundo, o louco, e todos os outros desviantes, que eram tidos como incapazes para o trabalho, despossuídos de razão, portanto, inábeis para a vida social. Nesse sentido, a “questão social” passa a ser caso de polícia, cabendo ao Estado resolver tal problema (CHALHOUB, 2001).

Assim, Cerqueira Filho (1982) expõe que a “questão social” não era uma questão legal, por conta da sua ilegitimidade política. Dessa forma, deveria ser tratada no interior dos

aparelhos repressivos do Estado, enquanto caso de polícia, colocada ou no campo da criminalidade ou da desordem.

Quanto aos loucos, se antes permaneciam integrados à rotina social, devido à vida no campo, com o crescimento e modernização das cidades, tais tipos sociais (e outros desviantes) passaram a ser uma ameaça à ordem burguesa. Vagando pelas ruas, a presença do louco se faz notar na cidade, por seu comportamento inconveniente e, por vezes, pelas provocações aos passantes (TUNDIS; COSTA, 2007). Nesse caso, “chama-se a polícia!” (YASUI; COSTA-ROSA, 2008).

Tal período coincide com aquilo que Cerqueira Filho (1982) e Ianni (1991) indicaram quando, a partir de 1930, a “questão social” deixou de ser “caso de polícia” para se tornar “caso de política”, onde passa a ser encarada como legítima, legal e de direito, mas é tutelada, ou seja, reconhece-se a classe operária, mas o discurso que predomina insere a “questão social” na visão da integração e do paternalismo, camuflando a luta de classes e combinando autoritarismo com favor (ROSA, 2011).

O paternalismo e o mandonismo arraigados na sociedade brasileira, desde os primórdios marcaram as respostas para a “questão social” no país, a partir do âmbito da “cidadania regulada”, isto é, cidadania concedida apenas aos trabalhadores com carteira profissional assinada, com profissão legalmente reconhecida e pertencentes a um sindicato (SANTOS, 1979). Esses eram os pré-requisitos necessários para a contribuição compulsória da Previdência Social. Para aqueles que não tinham como marca o trabalho e a contribuição social, restavam as filas da indigência e da filantropia.

Na assistência psiquiátrica, as estruturas hospitalocêntricas permanecem centrais e hegemônicas, na década de 1930, com um novo reordenamento normativo e institucional, reforçando a tendência centralizadora da União. A assistência psiquiátrica é federalizada em 1944 (Decreto nº 7.055, de 18 de novembro de 1944), após a criação do Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM), fato que se deu pelo Decreto nº 3.171, de 2 de abril de 1941. Cresce o número de instituições asilares, especialmente as privadas, financiadas pelo Estado (ROSA, 2011).

Nos anos posteriores, o país enfrenta uma ditadura civil-militar (1964-1985), tendo, no primeiro momento, conhecido como período do milagre econômico, um avanço em vários setores econômicos e sociais; no âmbito da saúde, os investimentos foram no setor hospitalar privado, com a medicina voltada para a doença, os procedimentos, e para o mercado. Na

Psiquiatria, continuou a abertura de manicômios privados, com alta rentabilidade, além da força da indústria farmacêutica, ou seja, os avanços foram apenas com o intuito da mercantilização da saúde em geral. O tratamento da loucura passou a ser um negócio (TUNDIS; COSTA, 2007).

Assim, o Estado incrementa um duplo padrão: de um lado estão as pessoas desvinculadas da previdência, resignadas à precariedade dos hospitais da rede pública ou casas de caridade; do outro, os trabalhadores previdenciários vinculados à rede privada de assistência, inclusive com contratação de leitos integrais em Saúde Mental. No segundo período, a partir de meados de 1970, marcado, por um lado, pela crise e pela recessão econômica, o arroxco salarial, o desemprego e o agravamento das condições sociais da população e, por outro, pela suspensão dos direitos políticos e pela violência do Estado, encontramos a falência dos serviços de saúde prestados pela previdência social. Como efeito, as condições de tratamento pioram, com práticas cada vez mais desumanizantes; por outro lado, a demanda por serviços também aumenta, devido às condições difíceis e precárias em que vivia a população, com desemprego, falta de acesso a serviços etc.

É nesse período que a sociedade civil se reorganiza, lutando por direitos civis e políticos. Os movimentos sociais, com suas bandeiras de luta, ganham notoriedade, a partir de reivindicações diversas, com destaque para a saúde. A partir desse período, os sindicatos lutam por atendimentos de saúde no próprio interior das empresas, ou pela negociação do estabelecimento de planos de saúde, em virtude do sucateamento do serviço público (ROSA, 2011).

Nesse contexto, emerge o Movimento da Reforma Sanitária, que surge no meio acadêmico articulado com outros setores da sociedade, com vista a lutar contra o precário atendimento médico, as filas enormes nos atendimentos, a falta de acesso a medicamentos, e a insatisfação com o modelo assistencial naquele período. Na tentativa de fazer frente ao modelo, surgiram as experiências das Secretarias de Saúde, da Igreja Católica, das entidades de classe, entre outras (COSTA, 2007).

Assim, temos, durante o período dos anos 1970, ações que impulsionam a luta por melhores condições de atendimento na saúde do país, como a proposta de cuidados primários,

com a ideia de expandir o atendimento de baixo custo para a população excluída do modelo assistencial privatista, aprovada, nesse período, pela Conferência de Alma-Ata².

Ainda durante o período, três projetos de âmbito nacional ou regional dão concretude aos ideais da Reforma Sanitária e passam a ser experiências nas instituições federais gestoras dos serviços de saúde, são:

O Plano de Localização de Serviços de Saúde (Plus): criado para planejar a expansão física dos serviços de saúde da previdência social, experimentou uma metodologia de programação de serviços, algo pouco comum nas instituições de serviços. Considerava, na programação, a população total e o total de serviços, aplicando o princípio da universalização dos serviços. Seus resultados teóricos evidenciaram que existia uma forma mais racional e justa de distribuição dos serviços de saúde já existentes. Também demonstravam o excesso de leitos hospitalares em algumas regiões metropolitanas e sugeriam o descredenciamento de leitos privados e a realização de convênios com secretarias estaduais e municipais e outras instituições públicas. Foi um palco de luta no interior do INPS, em que o grupo de saúde pública foi rapidamente derrotado pelos interesses mercantilistas hegemônicos. O Projeto Montes Claros (PMC): em sua primeira fase, entre 1971 e 1974, foi financiado pela Agência Norte-Americana para o Desenvolvimento Internacional (USAID), que buscava um modelo assistencial de extensão de cobertura de serviços de saúde a baixo custo. No seu decorrer, permitiu experimentar a aplicação dos princípios de regionalização, hierarquização, administração democrática e eficiente, integralidade da assistência à saúde, atendimento por auxiliares de saúde e participação popular. O Piass: criado em 1975-1976, para implantar uma estrutura básica de saúde pública em comunidades de até vinte mil habitantes no Nordeste. Unindo a abordagem médico-social ao pensamento sanitário desenvolvimentista, em sua última fase, em 1981, passou a integrar o Programa Nacional de Serviços Básicos (ESCOREL, 2008, p. 5).

Contemporânea à Reforma Sanitária, também se registrou em nosso país a Reforma Psiquiátrica, inicialmente constituída, enquanto movimento dos trabalhadores de saúde mental, na denúncia das condições de tratamento em hospitais e violação de direitos e, posteriormente, aglutinada em movimento social e política na mudança de modelo assistencial. Para melhor entendermos, retomaremos alguns marcadores históricos desse importante movimento no âmbito da saúde brasileira, que resultou na Política Nacional de Saúde Mental.

Na segunda metade da década de 1970, no contexto combativo do Estado autoritário brasileiro, precisamente em 1978, é realizado o V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, momento de surgimento do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), combinando as reivindicações trabalhistas e o discurso de denúncia das condições de

² Conferência ocorrida, em sua primeira edição, em 1978, em Alma-Ata, capital do Kazaquistão. Foi assistida por mais de 700 pessoas e tratou dos direitos das pessoas com transtornos mentais, resultando na adoção da Declaração que aponta o direito à saúde como um direito humano fundamental e uma meta social importante, em nível mundial (MENDES, 2004).

tratamento. O MTSM alcançou grande repercussão e, nos anos seguintes, liderou os acontecimentos que fizeram avançar a luta até seu caráter definitivamente antimanicomial, incorporando a participação dos usuários e familiares, configurando em um importante movimento social, no final dos anos 1980, conhecido como Movimento Nacional de Luta Antimanicomial – MNLA (ROSA, 2011).

A década de 1980 assistiu ainda ao surgimento de experiências institucionais bem-sucedidas na arquitetura de um novo tipo de cuidado em saúde mental. Pelo menos duas delas são consideradas marcos inaugurais e paradigmáticos de uma nova prática de cuidados no Brasil: o Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira, em São Paulo; e a intervenção na Casa de Saúde Anchieta, realizada pela administração municipal de Santos (SP), iniciando o processo que se constituiria no complexo e exemplar Programa de Saúde Mental daquela cidade (TENÓRIO, 2002).

Segundo Vasconcelos (2010), desde a década de 1990, a agenda da saúde mental tem mantido a prioridade no desmonte do parque hospitalar e asilar. A atenção prioritária foi para o grupo de usuários adultos com transtornos mentais maiores. Apesar da conjuntura neoliberal, das limitações políticas e econômicas, foi significativo o papel da estratégia de desativação dos leitos e reinserção dos usuários de longas internações à vida social. No entanto, alguns grupos ficaram de fora, pois, no Brasil, a escolha para a atenção em determinado grupo girou em torno da urgência política, e não epidemiológica.

Com a agenda da saúde mental em foco, pensando a desativação de leitos, o Movimento de Luta Antimanicomial passou a ganhar força, a partir da proposição do Deputado Paulo Delgado (PT-MG), do projeto de lei que tinha como objetivo a extinção progressiva dos manicômios e, no lugar desses, a abertura de espaços assistenciais de base comunitária. A lei foi aprovada somente em 2001, sob o nº 10.216 (BRASIL, 2001b), por conta da mobilização popular, mas, principalmente, pelos consensos e negociações em torno da manutenção dos hospitais psiquiátricos (GARCIA; JORGE, 2006).

Analisando a conjuntura da Reforma Psiquiátrica em contextos periféricos, desde os regimes militares que abalaram a América Latina e o Brasil, até os dias de hoje, entendemos a dificuldade da universalização das políticas sociais como um dos principais problemas a serem enfrentados nesses países. Tal dificuldade se insere em meio à crise das políticas de bem-estar social no âmbito mundial, e que advém das políticas neoliberais, gerando desemprego, desestrutura das políticas sociais públicas, entre outros. Apesar de nos últimos

anos surgirem alguns avanços setoriais quanto à diminuição da pobreza, o aumento do salário mínimo e o poder de consumo das classes populares no Brasil. Ainda se convive com o baixo patamar de financiamento das políticas sociais, burocratização e precarização das condições de trabalho, como impasses dentro desse processo.

Vasconcelos (1989), já no final da década de 1980, alertava para esses problemas, devido ao fato de na América Latina o processo de efetivação do capitalismo ter ocorrido de forma tardia. Logo, as expressões da questão social, como pobreza, miséria, desemprego, violência, desigualdades, exclusões, passaram a ser objeto de intervenção do Estado, porém, não a partir da implantação da seguridade social, como em alguns exemplos que tivemos nos países da Europa, efetivando políticas sociais, mas as implementando setorialmente, de forma fragmentada e focalizada nos grupos sociais de importância econômica e política. Os poucos recursos e os interesses políticos eram direcionados à população dos setores, de preferência, do governo que, em geral, eram foco dos investimentos sociais a serem feitos.

Este instrumento, que foi comum na América Latina, principalmente em governos populistas, que geralmente tinham seus setores de preferência para fazer os investimentos nas políticas sociais e ganharem notoriedade com tais ações, a exemplo do período varguista, no Brasil, ou nos períodos de autoritarismo dos regimes militares ocorridos em alguns países latino-americanos. No caso do período varguista, foi inaugurada uma visão sobre cidadania, relacionada não com um código de valores políticos, mas com um sistema de estratificação ocupacional: são cidadãos todos os que se encontram em ocupações reconhecidas por lei. Logo, a “cidadania regulada”, como citada anteriormente por Santos (1979), e seu trabalho, os definem como cidadãos, e não os valores políticos. Tais aspectos, ajudam-nos a entender a dificuldade dessas políticas sociais se efetivarem em contextos periféricos meio ao contexto de autorismo, regulação e controle social da população.

Tais aspectos, ao longo das décadas que se seguiram, aprofundadas depois no período de aplicação das políticas neoliberais nos anos 1990 no Brasil, impactaram decisivamente na implementação de ações para a estruturação das políticas de saúde mental no país, com a dificuldade ou morosidade quanto à abertura de serviços extra-hospitalares, redirecionamento do financiamento dos serviços de base comunitária, contratação de pessoal, manutenção das ações, etc. Por outro lado, é preciso reconhecer algumas conquistas, particularmente quanto ao fortalecimento do Movimento de Luta Antimanicomial, com participação mais ativa da sociedade civil, que culminou na aprovação da Lei da Saúde Mental, anteriormente referida.

Posteriormente, no governo “Lula”, apesar dos avanços na implantação da rede CAPS, temos o agravante do acesso inadequado aos serviços básicos para os usuários da saúde mental, além do problema estrutural de financiamento do SUS, com impactos para a saúde mental e que se prolongaram com os mandatos de Dilma Rousseff (VASCONCELOS, 2010). Nessa perspectiva, há uma continuidade das medidas do governo, nos últimos anos, que afetam os agregados econômicos, como a economia, a inflação, as taxas de desemprego, a distribuição de renda, entres outras, que afetaram as condições de vida e saúde mental da população. Ademais, observamos que a política econômica do país, se encontra:

Caracterizada pelo superávit fiscal primário, pelo câmbio flutuante e pelas metas de inflação, que se constitui no chamado “tripé macroeconômico” que materializa a hegemonia neoliberal, sob o domínio do capital financeiro internacional e da burguesia brasileira, na sociedade brasileira, no Estado e no segundo Governo Dilma Rousseff. Esse “tripé macroeconômico” é a própria materialização da reiteração expansiva, via política econômica, do sistema de dívida pública brasileira [...]. As primeiras medidas anunciadas e/ou tomadas pelo segundo Governo Dilma Rousseff não apenas se caracterizaram pela reiteração da política macroeconômica vigente, mas também pelo seu aprofundamento. Teve curso a elevação da taxa básica de juros, a liberação de preços administrados (gasolina, IPTU, taxas de água e esgoto, tarifas de telefonia, pedágio, transporte público, etc.) e a sinalização (com iniciativas em curso) de cortes de gastos públicos da ordem de R\$ 66,3 bilhões (ou 1,2% do PIB, que é o superávit fiscal primário prometido para 2015). Medidas que evidenciam a aplicação de uma orientação neoliberal voltada para a reversão do ciclo de semiestagnação e a ampliação da influência da fração burguesa vinculada ao capital financeiro sobre o Governo, inclusive em detrimento da fração burguesa vinculada ao capital industrial (não financeirizado) brasileiro, também foram anunciadas e/ou implementadas, como o aumento de tributos sobre determinados produtos industriais, a elevação das taxas de juros do BNDES e a abertura do capital da Caixa Econômica Federal em favor do capital financeiro (BARBOSA, 2015, p. 26).

Nesse sentido, o impacto das políticas neoliberais nas últimas décadas vem apresentando quadros difíceis de condições de vida e implicações sociais e psicossociais para os mais pauperizados socialmente, em países periféricos, incluindo o Brasil. Mas é preciso entender esse momento como representativo da crise no cenário mundial, devido aos tempos de incertezas em que vivemos. Especificamente na saúde mental, os desafios estão presentes, muitos dos quais, comuns às demais políticas sociais.

Atualmente, apesar dos avanços no processo de desinstitucionalização, a partir da estruturação de uma rede de atenção psicossocial em nosso país, são necessários investimentos sólidos do Estado, para de fato isso ocorrer, pois dependem de investimentos públicos para a abertura de serviços, ampliação do acesso e, principalmente, dispositivos de gestão que consolidem a organização e o trabalho em rede. Em meio ao momento em que

vivemos, no qual os direitos e as conquistas alcançadas vêm sendo sistematicamente ameaçados, e até mesmo desrespeitados ou suprimidos, faz-se necessário retomar o potencial de movimentação e resistência dos movimentos sociais aos retrocessos e ao processo de precarização e privatização em curso (GOMES, 2015).

Tais atravessamentos acabam por provocar a precarização e a fragilidade da estrutura e do funcionamento da rede psicossocial de atenção, seja no sentido de tornar mais morosa a ampliação dos serviços e a criação de outros dispositivos assistenciais; seja no sentido de fazer com que a rede de serviços continue fragmentada e desarticulada, sem qualquer ação intersetorial, voltada apenas para o consumo de procedimentos e ações isoladas em saúde mental (MACEDO; DIMENSTEIN, 2012b, p. 140).

Para Vasconcelos (2010), as alternativas que temos para lidar com os desafios apontados, ainda se referem à expansão dos programas e estratégias voltadas para a saúde mental na atenção básica. No próximo tópico, retomaremos esse debate, no qual discutiremos a proposta de regionalização como possibilidade de ampliação da atenção em saúde mental.

2.3 O debate atual sobre o SUS e a proposta de regionalização do cuidado: novos desafios para a Política Nacional de Saúde Mental

Ao longo dos 25 anos de implantação do SUS, registraram-se inúmeros avanços na oferta e organização dos serviços de saúde no Brasil. Apesar da esteira da ordem neoliberal, que marcou a condução política e econômica do país no início dos anos 1990 até os dias atuais, avançou-se na infraestrutura dos serviços, na gestão, na prestação de serviços, na organização e no financiamento, mesmo esse último figurando como dos maiores entraves para o andamento do sistema (MENDES, 2010; PAIM, 2010).

Ademais, Paim (2010) ainda argumenta que um dos maiores avanços no SUS se deu na obra de gestão descentralizada para estados e municípios. Para o autor, falar em descentralização, em um país de dimensões continentais, com mais de 5.500 municípios e inúmeras desigualdades regionais e sociais, somente isso já pode ser considerado um avanço.

No entanto, os desafios a serem superados são muitos, pois apesar dos avanços, ainda persistem dificuldades: no acesso e na continuidade da atenção; problemas relacionados à organização dos serviços e a ausência de uma rede regionalizada e hierarquizada na oferta de cuidados; prestação de serviços com 95% dos estabelecimentos de apoio diagnóstico e tratamento sendo privados, e desses, somente 35% prestam serviços ao SUS; ainda a falta de financiamento; de infraestrutura; problemas com os recursos humanos; além da formação

pouco adequada para o trabalho no sistema; organização deficiente da atenção básica, resultando na baixa resolubilidade do sistema e descrédito; planejamento de ações sem considerar os determinantes sociais do processo saúde-doença; além de impasses da gerência e gestão (MENDES, 2010; PAIM, 2010).

Como é sabido, o SUS apresenta princípios doutrinários (universalidade, integralidade e equidade) e diretrizes organizativas (descentralização, regionalização e hierarquização) que conferem racionalidade ao sistema, como importante medida garantidora de direitos para toda a população brasileira (VASCONCELOS; PASCHE, 2006).

Nesse sentido, apontamos a descentralização como um dos principais instrumentos, na atualidade, para garantir um SUS para todos, com atendimento integral às diversas necessidades de saúde da população. Para tanto, Lima *et al.* (2012, p. 1904) compreendem que a descentralização enquanto diretriz organizativa:

Redefine responsabilidades entre os entes governamentais e reforça a importância dos executivos subnacionais na condução da política de saúde. Ela envolve a transferência de poder decisório, da gestão de prestadores e de recursos financeiros, antes concentrados na esfera federal para estados e, principalmente, para os municípios. Informado por matrizes ideológicas e experiências diversas, o fortalecimento desses governos se justifica como forma de promover a democratização, melhorar a eficiência e os mecanismos de *accountability* nas políticas públicas, respeitando o desenho federativo e atendendo aos interesses territoriais da nação.

Desse modo, “a necessidade de regionalizar os serviços de Saúde Pública, sobretudo em países ou estados de grande extensão territorial, é hoje reconhecida internacionalmente” (ARAÚJO; FERREIRA; NERY, 1973, p. 3).

Neste caso, foi preciso avançar bem mais do que descentralizar as ações para a esfera administrativa dos estados e municípios, de modo a superar a fragmentação histórica da atenção e da gestão dos serviços, para assegurar o amplo acesso do usuário ao conjunto de ações e serviços, respeitando, assim, a diversidade dos contextos regionais, suas diferenças socioeconômicas e necessidades de saúde da população (BRASIL, 2010a).

Surge, então, o conceito de Redes de Atenção, já apresentado anteriormente, como principal dispositivo para assegurar a descentralização e a regionalização das ações em Saúde. É importante destacar que as ideias concernentes à regionalização da saúde estavam presentes na política de saúde brasileira, antes mesmo das iniciativas que antecederam a criação do SUS. Podemos, por exemplo, identificar a regionalização entre as diretrizes de algumas políticas, como nas Comissões Regionais Interinstitucionais de Saúde (CRIS) do Programa

das Ações Integradas de Saúde (AIS) ou, ainda, na organização de municípios em distritos sanitários no Sistema Único e Descentralizado de Saúde (SUDS), mas é somente com a Constituição de 1988 que a regionalização, articulada com a descentralização, torna-se princípio estratégico para organização político-territorial do Sistema de Saúde (SILVA, 2014).

Mesmo assegurada na CF/88 e na própria Lei Orgânica da Saúde, é somente nos anos 2000 que se deu maior ênfase na estratégia de regionalização no Brasil. O principal objetivo, como destacamos anteriormente, era superar os impasses advindos das desigualdades na oferta de serviços nas áreas mais interioranas ou mesmo periféricas do país. Em 2001, a regionalização retorna à agenda governamental, por meio da Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS (BRASIL, 2001a), iniciando um processo mais efetivo de construção de instrumentos propícios à criação de regiões de saúde e de pactos intergovernamentais, visando ao estabelecimento de relações mais cooperativas e solidárias para responder às demandas crescentes dos cidadãos por serviços de saúde mais resolutivos e de melhor qualidade (SILVA, 2014).

Na prática, a NOAS (BRASIL, 2001a) tentou reeditar o federalismo sanitário brasileiro, colocando os níveis regionais (módulos assistenciais, regiões, macrorregiões) entre os estados e municípios, mas operando sobre a organização político-administrativa instituída (DOURADO; ELIAS, 2011).

Assim, Silva e Gomes (2014) explicam que regionalizar o SUS é garantir aos seus usuários o acesso a serviços de qualidade. Esta lógica de sistema recompõe uma escala adequada à organização dos serviços de saúde e, principalmente, agrega, em um sistema cooperativo, um conjunto de municípios que, sozinhos, são incapazes de garantir uma melhoria na eficiência e na qualidade da atenção. Por isso, a regionalização deve impactar positivamente na equidade, ao desconsiderar recursos exclusivamente articulados em poucos polos estaduais, desconcentrando serviços e ações, ampliando o acesso, conseqüentemente, o aumento na satisfação dos usuários. A regionalização reduz também os custos sociais impostos pelos deslocamentos dos usuários do SUS para fora de suas regiões.

Há outras razões pelas quais o objetivo da regionalização do SUS deve ser alcançado, tais como: (a) definir uma base regional permanente para as negociações entre CGR e PPI; (b) ajustar, mediante ação cooperativa, a oferta de serviços à demanda; (c) superar a fragmentação dos serviços; (d) despertar a consciência de pertencimento regional e endogenia; (e) substituir a atitude de competição intermunicipal pela cooperação intermunicipal, alterando a atitude de “cada um por

si” por “de todos por todos”; (f) e, por fim, melhorar a qualidade do controle público sobre o sistema de serviços de saúde. O processo de regionalização do SUS também envolve estabelecimento de critérios: (a) os municípios que compõem a região devem ser contíguos; (b) deve-se levar em consideração a escala adequada para a rede de serviços – na experiência internacional, essa escala é de 100-500 mil habitantes; (c) a herança e a identidade cultural da região não podem ser ignoradas; (d) a endogenia deve surgir de dentro para fora, e de baixo para cima; (e) a existência de recursos para organizar a rede; (f) a política de cooperação; (g) os estudos dos fluxos assistenciais; (h) os fluxos viários; (i) e, por fim, as redes, nós e os fluxos dominantes na hierarquia da rede Regionalizar o sistema de saúde é constituir regiões de saúde como recortes territoriais em espaços geográficos contínuos. Identificá-los é responsabilidade dos gestores municipais e estaduais, tendo como base a existência de identidades culturais, econômicas e sociais, assim como de redes nas áreas de comunicação, infraestrutura, transportes e saúde. Nessas regiões, as ações e serviços devem ser organizados com o objetivo de atender às demandas das populações dos municípios a elas vinculados, garantindo o acesso, a equidade e a integralidade do cuidado com a saúde local. Para tanto, deve estar garantindo o desenvolvimento da atenção básica na assistência e parte de média complexidade, do mesmo modo com as ações de vigilância em saúde (SILVA; GOMES, 2014, p. 1385).

A proposta de organização de redes regionalizadas se tornou um referencial fundamental do planejamento dos sistemas universais de saúde, inclusive no Brasil. Como vimos, a primeira diretriz de regionalização do SUS, a NOAS (BRASIL, 2001a), surgiu embasada por essa ideia. Em 2006, surge o Pacto pela Saúde, que se apresenta como um conjunto de reformas institucionais do SUS, pactuado nas três esferas de governo, com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão, a fim de alcançar maior eficiência e qualidade das respostas do SUS.

Tal instrumento se constitui em três componentes: a) Pacto pela Vida, que trata de um conjunto de compromissos sanitários em torno de possibilidades e prioridades no impacto em alguns pontos da saúde da população como: atenção ao idoso, redução da mortalidade materna e infantil, entre outros; b) Pacto em defesa do SUS, que pretende demonstrar o esforço em conferir visibilidade ao SUS como política de Estado, é um movimento de repolitização, de mobilização da sociedade em torno da consolidação dessa política pública; e o c) Pacto de Gestão, que estabelece diretrizes para a gestão do sistema como: descentralização, regionalização, financiamento, regulação, participação, programação pactuada e integrada, gestão do trabalho e educação em saúde (DOURADO; ELIAS, 2011).

O Pacto pela Saúde acabou por estabelecer a regionalização como um eixo estruturante do Pacto de Gestão. Assim, foram criados os Colegiados de Gestão Regional (CGR) como um dos mecanismos de Gestão Regional, visando à qualificação do processo de regionalização, sendo que tal instância se caracteriza como espaço permanente de pactuação e cogestão solidária (SILVA, 2014).

No âmbito das regiões, os governos estaduais são responsáveis por coordenar o processo de planejamento, do qual os municípios fazem parte como entes políticos autônomos. Por isso, a regionalização assume dupla perspectiva no contexto das relações interfederativas: descentralização para os estados e centralização para os municípios. A proposta da NOAS (BRASIL, 2001a) apostou na capacidade de indução pela esfera federal, definindo o formato das políticas e esperando pela adesão dos governos municipais e pela colaboração dos governos estaduais. Mesmo assim, a resposta não foi satisfatória, pois o ambiente político não foi favorável à implantação da regionalização “de cima para baixo”; além disso, faltaram incentivos consistentes para a participação dos estados. Por outro lado, a experiência dos consórcios intermunicipais, que vinha desde a década de 1980, mostrava que a associação voluntária e a livre interação entre os municípios não eram suficientes para garantir acesso universal e igualitário ao SUS, no nível regional (DOURADO; ELIAS, 2011).

Dessa forma, a proposta de regionalização do Pacto de 2006, parte do êxito do processo de descentralização/municipalização realizado na década de 1990, e de seus efeitos não desejados, relacionados à atomização do sistema para, assim, alcançar os resultados não obtidos pela NOAS (BRASIL, 2001a), a partir da modificação de alguns preceitos do modelo de gestão regional. Nesse caso, o Pacto pela Saúde representou uma transição entre o entendimento da Norma Operacional de Assistência à Saúde e o conceito de Redes de Atenção à Saúde, que estava sendo difundido internacionalmente pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS).

Um dos desafios que se coloca à regionalização do SUS é exatamente o desenvolvimento de instrumentos que fortaleçam a gestão compartilhada e as relações intergovernamentais em nível regional, a fim de promover a consolidação dessas regiões em termos de prestação de serviços, capacidade de gestão e de gasto (PEREIRA; BARROS; AUGUSTO, 2011). Nesse sentido, a regionalização da saúde, associada à descentralização, visa:

As estratégias adotadas para consolidar a regionalização da saúde, visando transferir o foco descentralizatório da municipalização para a regionalização, foram: 1) a elaboração do Plano Diretor de Regionalização e as diretrizes para a organização regionalizada da assistência, visando à conformação de sistemas de atenção funcionais e resolutivos nos diversos níveis, sob coordenação das Secretarias de Estado de Saúde (SES); 2) o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS, com a qualificação do planejamento/programação, regulação, controle e avaliação, incluindo instrumentos de consolidação de compromissos entre gestores; 3) a atualização dos critérios e do processo de habilitação de estados e municípios, visando superar o caráter cartorial desse processo e torná-lo coerente com o conjunto

de mudanças propostas. A NOAS 01/2001 estabeleceu ainda que os Planos Diretores de Regionalização (PDRs) dos Estados deveriam ser concebidos para garantir o acesso aos cidadãos, o mais próximo possível de sua residência, a um conjunto de ações e serviços vinculados à atenção básica e, também, as responsabilidades mínimas de cada município, como: assistência pré-natal, parto e puerpério, dentre outras (CHEBLI; PAIVA; STEPHAN-SOUZA, 2010, p. 86).

Para Lima *et al.* (2012), levando em consideração os vários partícipes, a regionalização na saúde é um processo político condicionado pelas relações estabelecidas entre distintos atores sociais (governos, organizações, cidadãos) no espaço geográfico. Inclui, ainda, o desenvolvimento de estratégias e instrumentos de planejamento, integração, gestão, regulação e financiamento de uma rede de ações e serviços no território.

Por isso que a proposta de regionalização na saúde não é algo recente, vem com o SUS, e suas discussões também não são recentes; no entanto, tentando superar a fragmentação do sistema e sua incapacidade de prestar uma atenção contínua à população, o debate sobre a regionalização volta à tona com as Redes de Atenção à Saúde – RAS (MENDES, 2010).

Na literatura internacional há evidências de que as ações integradas em rede de serviços podem melhorar a qualidade clínica, os resultados sanitários, os níveis de satisfação dos usuários, além de reduzir os custos dos sistemas de atenção à saúde. As experiências com resultados positivos foram na atenção às pessoas idosas, na saúde mental, no controle do diabetes, no aumento da satisfação dos usuários, no controle de doenças cardiovasculares, no controle de doenças respiratórias crônicas e na redução da utilização de serviços especializados (MENDES, 2010).

No mundo globalizado, estamos configurados em uma sociedade em rede (CASTELLS, 1999). Sendo que a rede não é um simples ajuntamento de serviços ou organizações, requer a adoção de elementos que deem sentido ao entrelaçamento de ações e processos.

Na organização de uma rede, conforme Silva (2008), todos devem reconhecer suas dependências e interdependências, não havendo espaços para poderes centralizados, imposições, desníveis de mando. Assim, todos devem, juntos, construir condições para operar serviços, possibilitar trânsitos, fluxos. Para isso, requer um suporte à relação interorganizacional com elementos que possam saber quem são os participantes, quais os recursos envolvidos, as responsabilidades, a coordenação compartilhada, os objetivos específicos e comuns.

A partir disso, entendemos que a rede de serviços no âmbito da Saúde também apresenta pontos semelhantes aos anteriormente levantados, como: definir porta de entrada ou linhas de cuidado, integrar os sistemas de comunicação e informação, ordenamento do acesso por ordem de classificação de risco, oferta de atendimento às necessidades do indivíduo, racionalizar a oferta de serviços, evitar a repetição de exames e anamneses, permitir aos profissionais o acesso aos prontuários e exames de modo integrado, e oferecer educação sanitária (SILVA, 2008).

Dessa forma, as Redes de Atenção à Saúde vêm com esta nova proposta de operacionalizar a atuação no campo da saúde, objetivando diminuir os problemas anteriormente elencados. Assim, essas redes foram instituídas, no Brasil, a partir da Portaria nº 4.279/2010, elas são um conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde; com acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde (BRASIL, 2010a).

Quanto à saúde mental, há uma complexidade invertida, pois exige, no território, maior complexidade das ações de saúde; enquanto no hospital são mais simplificadas, já que com o estigma em relação às pessoas com transtorno mental, o lugar que a sociedade os delega é o hospital, sendo difícil o espaço dentro das ações de saúde na comunidade, logo, as experiências em reinserir essas pessoas no meio social são essenciais para a formação de uma clínica que faça um investimento na vida e na subjetividade (SOUSA *et al.*, 2011).

Logo, com o Decreto nº 7.508/2011, foram instituídas as Regiões de Atenção em Saúde, apresentando-se como espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde. Cada região vai delimitar os limites geográficos para o acesso, bem como os usuários dos serviços, as ações dos serviços e as responsabilidades, como critérios de acessibilidade, etc. Como, por exemplo, para ser uma região de saúde, alguns serviços a seguir deverão constar no território: atenção primária; urgência e emergência; atenção psicossocial; atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e vigilância em saúde (BRASIL, 2011a).

Tal decreto se apresenta como uma possibilidade de articulação com a Saúde Mental, que passa a fazer parte, de forma mais efetiva, do Sistema Único de Saúde. Possibilitando, também, com a Portaria nº 3.088/2011, que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS),

maiores oportunidades de acesso dos usuários à rede de serviços do SUS, principalmente através de práticas interdisciplinares, intersetoriais e voltadas para a integralidade, onde essa possa ser um princípio ético-político; bem como, interação complexa entre os paradigmas de conhecimento que servem de base aos programas sociais universais, além de um princípio que pede uma prática interdisciplinar. Integralidade, como também princípio integrador de práticas preventivas e assistenciais de diferentes níveis de complexidade; e como forma organizadora de processos de trabalho e de políticas públicas (VASCONCELOS, 2009).

Para avançar na articulação da RAPS à rede SUS é preciso materializar, no campo das práticas profissionais, 1) a clínica ampliada enquanto novo horizonte de cuidado; 2) os determinantes sociais no processo saúde-doença; e 3) a efetivação da Atenção Básica como um meio de atenção à saúde de baixo custo, para compensar a falta de investimento da atenção curativa mais especializada e cara.

Deste modo, a clínica ampliada, segundo Goldberg (1998), é a possibilidade de uma construção de um projeto pessoal inscrito pelas vicissitudes da doença, mas com o interesse de perseguir um horizonte desejado, para tanto, temos a importância do vínculo entre profissional-usuário, que deve ser criado e mantido. Também nesse pensamento, Campos (1997) aponta a clínica ampliada como uma forma de ampliar seu objeto de saber e de intervenção para incluir, além da doença, o sujeito e seu contexto. Denominando-a de “clínica do sujeito”, centrada na sua existência concreta, dialogando com sua existência. Yasui e Costa-Rosa (2008) apontam a necessidade de trazer esse sujeito para ser o participante principal do seu tratamento, ser ativo e se implicando frente ao seu adoecimento. Esta construção de autonomia, na visão de Campos e Amaral (2007), só pode ser alcançada a partir da transformação do papel do usuário, que deixa de ser despotencializado e de ficar à margem do seu processo, passando a se responsabilizar.

A autonomia, também entendida como um conceito relativo, não como a ausência de qualquer tipo de dependência, mas como uma ampliação da capacidade do usuário de lidar com sua própria rede, o contexto social e cultural. A ampliação do grau de autonomia pode ser avaliada pelo aumento da capacidade dos usuários compreenderem e atuarem sobre si mesmos e sobre a vida. Ou seja, para a clínica ampliada, há a ampliação do objeto, agregando a ele, além das doenças, a ampliação mais importante, que seria a consideração de que, em concreto, não há problema de saúde ou doença sem que estejam encarnadas em sujeitos. A Clínica do sujeito é a principal ampliação sugerida (CAMPOS; AMARAL, 2007).

Outra forma de se conceber a saúde é a partir dos Determinantes Sociais em Saúde (DSS). Por meio da compreensão do processo saúde-doença como sendo um fenômeno histórico e multideterminado, outros fatores passam a ser implicados, como os aspectos presentes na vida de cada ser humano: sua cultura, o lazer, a educação, o trabalho, entre outros. Esses determinantes nos levam à discussão sobre melhoria na qualidade de vida (PRATTA; SANTOS, 2009). Assim, para Buss e Pellegrini Filho (2007), a concepção de saúde como ausência de doença e estritamente biológica, não se aplica na análise da determinação social em saúde.

Os DSS estão ligados aos fatores sociais, culturais, econômicos, étnicos, raciais, psicológicos, etc. que exercem influência direta na ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco. Nos últimos anos, tanto na literatura nacional como internacional, observamos grande avanço no estudo das relações entre a maneira como se organiza e se desenvolve uma determinada sociedade e a situação da saúde de sua população. Isso se deu em virtude do avanço das desigualdades de saúde entre grupos populacionais que, além de sistemáticas e relevantes, são também evitáveis, injustas e desnecessárias. São com esses determinantes que as práticas de saúde devem ser atuantes (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Um desafio importante em termos conceituais e metodológicos se refere à distinção entre os determinantes de saúde dos indivíduos e os de grupos e populações, pois alguns fatores que são importantes para explicar as diferenças no estado de saúde dos indivíduos, não explicam as diferenças entre grupos de uma sociedade ou entre sociedades diversas. Ou seja, não basta somar os determinantes de saúde identificados em estudos com indivíduos para conhecer os que se referem a diferentes grupos da sociedade. Por exemplo, as diferenças de mortalidade constatadas entre classes sociais ou grupos ocupacionais, não podem ser explicadas pelos mesmos fatores que se atribuem às diferenças entre indivíduos, pois se controlamos estes fatores (hábito de fumar, dieta, sedentarismo etc.), as diferenças entre estes estratos sociais permanecem praticamente inalteradas. Enquanto os fatores individuais são importantes para identificar que indivíduos no interior de um grupo estão submetidos a maior risco; as diferenças nos níveis de saúde entre grupos e países estão mais relacionadas com outros fatores, principalmente o grau de equidade na distribuição de renda (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Para avançarmos no modelo biopsicossocial devemos superar o modelo biomédico e predominantemente centrado na doença, também denominado paradigma curativista. No novo modelo, resultado de um processo de produção social que expressa a qualidade de vida como uma condição de existência dos homens no seu viver cotidiano, é importante observarmos as dimensões subjetivas da produção de saúde, onde possamos relacionar as ideias e concepções atuais para o caminho da interdisciplinaridade, com o intuito de ampliar o olhar para os diversos aspectos do processo saúde-doença. Efetivando este novo paradigma, a partir da produção social da saúde, os princípios desse paradigma, segundo Pereira, Barros e Augusto (2011, p. 526) são:

1. O corpo humano é um organismo biológico, psicológico e social, ou seja, recebe informações, organiza, armazena, gera, atribui significados e os transmite, os quais produzem, por sua vez, maneiras de se comportar;
2. Saúde e doença são condições que estão em equilíbrio dinâmico; estão codeterminadas por variáveis biológicas, psicológicas e sociais, todas em constante interação;
3. O estudo, diagnóstico, prevenção e tratamento de várias doenças devem considerar as contribuições especiais e diferenciadas dos três conjuntos de variáveis citadas;
4. A etiologia dos estados de doença é sempre multifatorial. Devem-se considerar os vários níveis etiopatogênicos e que todos eles requerem uma investigação adequada;
5. A melhor maneira de cuidar de pessoas que estão doentes se dá por ações integradas, realizadas por uma equipe de saúde, que deve ser composta por profissionais especializados em cada uma das três áreas;
6. Saúde não é patrimônio ou responsabilidade exclusiva de um grupo ou especialidade profissional. A investigação e o tratamento não podem permanecer exclusivamente nas especialidades médicas.

O modelo biopsicossocial pressupõe ações integradas e interdisciplinares. Porém, necessita de amadurecimento, em função da formação dos profissionais de saúde, dos modelos de gestão, de financiamento e funcionamento do sistema de saúde como um todo. Nessa perspectiva, em termos de políticas públicas, temos, atualmente, no Brasil, a Política Nacional de Humanização (PNH), também chamada de HumanizaSUS (BRASIL, 2004b).

Ela se apresenta como uma estratégia para alcançar maior qualificação da atenção e da gestão dos processos de trabalho em saúde, por meio de um projeto de corresponsabilidade, além de qualificação dos vínculos entre os profissionais, e desses com os usuários na produção de saúde (PEREIRA; BARROS; AUGUSTO, 2011). Para esses autores, o papel do profissional de saúde no paradigma atual é o de cuidador, que substitui o termo tratar pelo cuidar, no qual tratar remitia a um diagnóstico, e cuidar possibilita tornar possível uma visão ampliada do sujeito, alvo dos cuidados, e considerando que quem se apresenta para ser cuidado tem uma história, uma visão de mundo, uma maneira de entender, sentir. Também nessa concepção, a subjetividade se torna alvo de investimento e transformação do cuidado.

Dessa forma, o cuidado em saúde preconizado pelo paradigma biopsicossocial envolve a contínua reconstrução de significados a respeito de si, do outro e do mundo, incluindo significados sobre saúde, doença, qualidade de vida, autonomia, que torna necessária a criação de um espaço relacional que se posicione além de um saber-fazer científico/tecnológico (PEREIRA; BARROS; AUGUSTO, 2011).

Na Atenção Básica, como um dos pontos da rede, há que se frisar a importância de se desinstitucionalizar práticas e saberes engendrados nos serviços, para lidar com os casos de saúde mental. Dentre os principais pontos para entendermos esta dificuldade da Atenção Básica em lidar com a saúde mental estão: a dificuldade dos profissionais em acolher as demandas, ênfase no modelo tradicional de atendimento, além da ausência de educação permanente e tecnologias de cuidado (MACEDO *et al.* 2015a). Para esses autores, atuar na perspectiva da rede requer, antes de mais nada, priorizar ações continuadas e complementares de cuidado.

Pensando em outros meios de efetivar a RP, conforme Silva Junior e Alves (2007), o investimento nos modelos técnico-assistenciais do SUS é importante (o investimento) para observarmos novos caminhos para a saúde mental, apostando não apenas em abertura de serviço e financiamento de políticas, mas em um modelo de atenção diferente do modelo tradicional do cuidado, que se consolidou a partir do raciocínio de que o ser humano é passivo, espectador, e que o cuidado é estabelecido de modo linear, sequencial, e não considera a capacidade que ele possui de se relacionar e interagir. Assim, ele fica à espera do cuidado planejado, preciso, verificável, lógico e metódico pelo cuidador, resultado da mecanização da sua forma de pensar como único caminho para desenvolver o cuidado (TERRA *et al.*, 2006).

Classificadas por Merhy (2007), as tecnologias de cuidado se apresentam como: na primeira concepção, em tecnologias duras (são as máquinas, os equipamentos em geral, usados para exames e cirurgias, etc.), na segunda, o saber técnico estruturado em tecnologias leve-duras e, na terceira, as relações entre sujeitos, que só têm materialidade em ato: tecnologias leves. Este debate tem se mostrado importante para que possamos compreender a organização da assistência à saúde e de sua potência transformadora (MERHY; FRANCO; MAGALHÃES JÚNIOR, 2005).

Diante disso, é preciso retomar a potência do trabalho em Saúde Mental, ampliando a oferta de serviços, mas, principalmente, construir dispositivos que orientem a gestão do

cuidado em rede, viabilizando e ampliando o acesso e o acolhimento, articulando, também, com a rede intersetorial, prezando por uma gestão de rede compartilhada.

Entretanto, existe a dificuldade de os gestores atuarem a partir da gestão compartilhada, bem como apresentam dificuldade em olhar para a cidade, e se o gestor local não se apropria do processo, da política, das prerrogativas do SUS, das questões locais, e não se inclui como sujeito nesse processo, ele não consegue pensar e atuar em seu território. Dessa maneira, os gestores estão sendo escolhidos politicamente, e não tecnicamente, o que se configura em grande dificuldade para a execução da política pública no país. Por isso, a importância dos que gerenciam as políticas e programas sociais estarem inseridos e implicados com o que gerenciam e com a política nacional.

3 POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO PIAUÍ: da centralidade à regionalização

O presente capítulo propõe um breve histórico sobre a estruturação da Política de Saúde no Piauí, com a implantação da Secretaria de Saúde do Estado (SESAPI), a Comissão Intergestores Bipartite e o Conselho de Saúde. A ideia é recuperar tais marcadores para compreendermos o processo de regionalização da Saúde no Estado, colocando em evidência os desafios de se pensar a descentralização das instâncias gestoras e de assistência, além de conhecer as condições e os percursos do processo histórico da implantação do trabalho em rede regionalizada na Política de Saúde Mental do estado do Piauí.

3.1 Breve histórico da saúde no Piauí

Para se pensar no processo histórico da saúde no Piauí, faz-se necessário dialogar com a primeira instância de gestão consolidada no estado: a Secretaria de Saúde, que já começava o trabalho de articular a saúde no Piauí, no entanto, a decisão de implantar esta gestão de saúde estadual parte de uma decisão governamental, como uma espécie de estratégia política, pautando, ainda, as ações, no chamado assistencialismo, conforme a análise de autores como: Pedrosa (1997), Amorim (2004), Alencar Júnior (2008), que trabalham com os temas: gestão, regionalização e descentralização da saúde no Piauí, em sua tese e dissertações, respectivamente.

O sistema público de saúde é formado pós Constituição Federal de 1988, e por uma rede de prestação de serviços básicos de saúde, distribuídos pelo interior do estado e na capital, organizada sob um modelo descentralizado e hierarquizado, sendo gerenciado, em nível estadual, pela Secretaria de Saúde do Piauí (SESAPI), Comissão Intergestores Bipartite e Conselho Estadual de Saúde.

A implantação da SESAPI, da CIB e do Conselho de Saúde permitiu efetivar as relações estabelecidas no poder oligárquico local, que é a marca da política no Piauí desde seus primórdios, refletindo na máquina de funcionamento do setor público e da burocracia. No que diz respeito ao setor de saúde enquanto política governamental, ele passa a fazer parte do cenário de discurso político no estado, em meados da década de 1970, a partir do governo de Alberto Silva (1972-1975), ganhando estatuto de ação de governo somente na gestão posterior, de Dirceu Arcoverde. Dessa forma, desde sua criação, a Secretaria de Saúde do Piauí passou por diversas reformas administrativas, dificuldades de financiamento, grande

rotatividade de cargos, resultando na sua postura centralizadora, principalmente no que diz respeito à centralização das decisões (PEDROSA, 1997).

Na década de 1980, o governo do estado ainda permaneceu como o sujeito formulador, executor e avaliador das políticas sociais. É nesse período que temos o Sistema Único de Saúde (SUS), historicamente se apresentando segundo a lei nº 8.080/90, que o rege, e de acordo com sua organização temos a regionalização dos serviços. Assim, os estados devem articular as redes regionalizadas dos serviços, conforme o que a lei apresenta, a partir de sua organização estabelecida, no intuito de operacionalizar o serviço em rede, em nível de estado.

Após a criação da Secretaria de Saúde do Piauí – SESAPI, como um marco inicial de uma política de valorização da saúde no estado. Temos um novo cenário, em meio a uma mobilização da sociedade, das suas entidades e movimentos, culminando no fim do regime civil-militar, favorecendo debates e articulações que convergiram na Assembleia Nacional Constituinte e na promulgação da Constituição Federal de 1988. A dependência de recursos externos para seu funcionamento, os “modelos” impostos pelos financiadores de projetos, a necessidade de (re) direcionamento dos recursos, caracterizam a SESAPI (e consequentemente sua dinâmica organizacional) como “algo mais” que uma instituída arena política decisória. É um espaço de luta entre micropoderes políticos institucionalizados na organização; micropoderes que afirmam sua existência na estrutura da organização, mas que são reconhecidos como tais ao significarem um poder diferente daqueles institucionalizados pela autoridade e competência, isto é, ao propiciarem ações que são desenvolvidas como fatores, por meio da quebra de barreiras burocráticas, da manipulação de padrões etc (PEDROSA, 1997, p. 82).

Antes mesmo dos conselhos de saúde, o Movimento Popular de Saúde inicia o processo na execução da saúde. Assim, como aponta Saliba *et al.* (2009), os Conselhos de Saúde também atuam no controle da execução da política pública de saúde, ou seja, os representantes do Conselho de Saúde, que fazem parte do chamado controle social, têm também participação ativa nessa instância de gestão e em suas decisões. Desse modo, eles são os representantes da sociedade civil organizada, além desses participantes, os conselhos também contam com a participação de profissionais e trabalhadores do setor saúde.

Além disso, as diretrizes para o funcionamento dos Conselhos de Saúde reafirmam a posição e participação do controle social nessa instância, bem como reafirmam a importância deles na formulação e atuação da política pública de saúde, através da Resolução nº 333/03, na qual consta que os mesmos devem “atuar na formulação e proposição de estratégia no controle da execução das políticas de saúde, inclusive em seus aspectos econômicos e financeiros” (BRASIL, 2003a).

Cabe frisar que no Brasil a democratização e a descentralização trouxeram à tona a construção de uma cultura política participativa que evidencia os grupos sociais, geralmente excluídos do poder decisório. Diante da possibilidade de intervenção, os conselhos lutam, como mecanismos que possam mobilizar a sociedade nessa esfera de mudança e, principalmente, participação (SALIBA *et al.*, 2009).

Dessa forma, sobre o histórico do Conselho Estadual de Saúde, o apresentamos como:

Uma instância deliberativa da Política de Saúde definida pelo SUS desde 1990, somente é institucionalizado, no Piauí, em 22 de dezembro de 1992, através da lei nº 4539, decretada pelo Poder Legislativo e sancionada pelo então Governador do Estado do Piauí. Foi constituído por 32 membros efetivos e respectivos suplentes, com a seguinte composição: 8 (oito) representantes de Instituições Públicas, quais sejam: Fundação Nacional de Saúde (1), Fundação Universidade Federal do Piauí (1), Secretaria Estadual de Saúde (2), Assembleia Legislativa (1), Secretaria de Planejamento (1), Águas e Esgotos do Piauí S.A – AGESPISA (1), Conselho de Secretários Municipais de Saúde – COSEMS (1); 8 (oito) representantes dos Prestadores de Serviços de Saúde e Profissionais de Saúde, assim distribuídos: Entidades de Profissionais de Saúde (4), Entidades Privadas (2), Entidades Filantrópicas (2); 16 (dezesesseis) representantes dos Usuários, com a seguinte representação: representantes de Centrais Sindicais com atuação no Estado (1), representantes de Entidades de Trabalhadores (3), representantes de Entidades Patronais de Trabalhadores (3), representantes de Entidades de Moradores (1), representantes de Entidades de Movimentos Populares de Saúde (2), representantes de Entidades de Portadores de Deficiência e Entidades de Portadores de Doenças Crônicas Degenerativas (2), representantes de Entidades Não Governamentais no Estado, que se destinam à Proteção da Criança, especialmente em relação à saúde (1), representantes de Entidades Não Governamentais no Estado, que se destinam à Proteção da Mulher, especialmente em relação à saúde (1), representante de Entidades Não Governamentais no Estado, que se destinam ao Idoso, especialmente em relação à saúde (1), representante de Entidades Religiosas (1) (AMORIM, 2004, p. 358).

Quanto à Comissão Intergestores Bipartite (CIB), no estado, foi instituída pela Portaria GAB-SES/PI de nº 0677/93, de 1º de junho de 1993, caracterizada como uma instância de gestão constituída por membros que fazem parte da gestão da saúde no Piauí (BRASIL, 1993). Desse modo, ela é composta, conforme prerrogativa da portaria, por representantes da Secretaria Estadual de Saúde – SES/PI, além de representantes do Conselho de Secretários Municipais de Saúde – COSEMS-PI.

Como as diretrizes do SUS estabelecem que o sistema de saúde deva ser descentralizado e municipalizado, regionalizado e hierarquizado, é importante a integração entre todos os gestores públicos, principalmente no que diz respeito às decisões e ações de saúde realizadas pelo sistema em seus diferentes níveis. É proposto por lei que cada estado conte com uma Comissão Intergestores Bipartite, cujas definições e propostas devem ser

aprovadas pelo respectivo Conselho Estadual, submetendo-se ao seu poder deliberativo e fiscalizador (BRASIL, 1993).

3.2 Regionalização da saúde: cenário nacional e local

Apresentaremos nesta seção, alguns pontos acerca da experiência de regionalização nacional e da saúde no estado do Piauí, passando pela divisão de regionais de saúde no Piauí, bem como a proposta de um trabalho em rede regionalizada.

O Ministério da Saúde (MS), por volta da década de 1990, inicia com o Sistema Único de Saúde (SUS) a descentralização. Isto é, fornece financiamento e atribuições aos estados e municípios da federação, e aponta que quer receber como retorno o que o SUS lança como prerrogativas legais. Esse processo se tornou conhecido como estadualização ou municipalização, e ganhou legitimidade com a Norma Operacional Básica (NOB) (BRASIL, 1996), pelo MS. Até o final de vigência da Norma, em 2001, mais de 99% dos municípios estavam habilitados em alguma das condições de gestão descentralizada, e somente 12 dos 27 estados da federação estavam habilitados em alguma das condições de gestão (ALENCAR JÚNIOR, 2008).

Desse modo, a descentralização foi responsável por inúmeras desigualdades entre estados. Para fazer frente a esta dificuldade, a aposta foi pensar os processos a partir da cooperação, responsabilidade solidária e negociação, estimulando o compartilhamento de responsabilidades. A regionalização, em contrapartida, com base no Pacto pela Saúde, vem a ser um desdobramento do Sistema Único de Saúde (SUS). Tem uma proposta baseada na política democrática e na reestruturação política depois dos anos de chumbo. O processo de regionalização, bem como o da descentralização, alcançou maior institucionalidade com a promulgação do Pacto (IANNI *et al.*, 2012). Assim, um dos maiores desafios atuais, é o de articular o processo de descentralização e regionalização no SUS aos distintos cenários políticos regionais, principalmente para que se faça frente ao patrimonialismo local e à atuação autarquizada entre os níveis de governo.

Sobre a realidade de regionalização no país, apontamos, por exemplo, que na região metropolitana da Baixada Santista, em São Paulo (um dos estudos que apontam as metrópoles do país), algumas dificuldades são características da região e dificultam um trabalho de regionalização local. Foram apontados problemas como a invasão e evasão dos usuários aos

serviços da Baixada, inicialmente justificada por lá estar Santos, um município com ampla gama de serviços, e que isso seria possível, principalmente, nos atendimentos de média e alta complexidade, todavia, a colocação dos profissionais era de que o atendimento também estava sendo feito em nível de atenção básica. Nesse sentido, os autores colocam que se gestores pensassem na amplitude do processo de regionalização, como pensar para além dos limites dos municípios, considerando a dinâmica regional e observando que a população busca os serviços porque não os encontra na sua localidade, e por isso as sub-regiões metropolitanas são as que mais se aproximam da possibilidade de absorver os fluxos dos usuários, e se os gestores pensassem assim, compreenderiam que a lógica dos deslocamentos é regional, e não municipal (IANNI *et al.*, 2012).

Para pensarmos sobre o processo de regionalização no estado do Piauí, trouxemos a discussão proposta por Pedrosa (1997), que nos auxilia a entender os primórdios da discussão no Piauí, que inicialmente é marcada pela construção de postos de saúde no interior do estado, na década de 1970, principalmente com o apoio da SESAPI. No mesmo período, a grande dificuldade foi o fato de a maioria dos médicos estarem voltados para práticas curativas na capital (o que não é diferente nos dias de hoje), por conta disso, os municípios do interior do estado ficaram descobertos em serviços. Pensando nessa situação, o governo toma uma iniciativa: compete à Universidade Federal do Piauí a proposta de uma nova formação em medicina, com a intenção de colocar para os médicos o exercício de interiorização da profissão, descentralizando sua atuação da capital e pensando mais nas cidades do interior.

Dessa forma, segundo Lima *et al.* (2012), pensar na regionalização em saúde, voltando-se para uma saúde integral em municípios distantes da capital, é pensar em pontos importantes como estruturas de coordenação federativa que possam ser implantadas visando a essa regionalização, e que seja fortalecida a presença de representantes em nível regional (Colegiados de Gestão Regional e Secretarias de Estado de Saúde) e, principalmente, a presença de um planejamento regional.

A partir disso, a SESAPI passou a ter o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), como norte para ações e os Planos do Governo Estadual. O programa, até o ano de 1983, foi o modelo de organização das ações de saúde pública. Diante da racionalidade sistêmica, as organizações que desenvolviam ações do governo passaram por vários seminários de modernização administrativa, como o que ocorreu na SESAPI, com o objetivo de analisar sua situação e propor soluções às atividades de atenção à saúde, optando

pela ampliação dos Centros Regionais, que deveriam ser responsáveis pelo planejamento regional. A regionalização era necessária por conta da extensão do território, da dispersão da população predominantemente rural, além de outros fatores, como o crescimento econômico do estado, a complexidade administrativa, variáveis demográficas, econômicas, sociais e alterações climáticas (PEDROSA, 1997).

Nesse sentido, levantar a questão da regionalização é pôr em pauta o processo de divisão da rede de saúde no Piauí, pensando as modificações advindas com o tempo, a demografia e os fatores climáticos e até econômicos, em virtude disso, foi pensada a regionalização do estado, a partir das regionais de saúde.

Em 1972, com o diagnóstico de saúde do Piauí, foi necessário pensar a divisão do estado em regionais, principalmente por conta da expansão e dispersão do território, marcado por uma extensa área rural, além de questões administrativas, sociais, econômicas, climáticas também se levando em consideração aqui a questão da seca na região e, ainda por cima, não esquecendo critérios como o fator político, a maior concentração populacional, a distância entre a sede e os municípios que compõem a região, o acesso rodoviário, muitas vezes difícil e oneroso chegar à capital para tratamentos que poderiam ser solucionados na região. Eram regionais que apresentavam o mínimo necessário para serem executadas e administradas, ou seja, deveria haver a presença de um diretor regional, um médico sanitário, de preferência; um supervisor odontológico e, finalmente, uma supervisora que fosse da área de Enfermagem (PEDROSA, 1997).

No que diz respeito à descentralização das ações de saúde, cabe apontar que no Piauí as estruturas regionais de saúde obedeceram, desde o início, mais à lógica de desconcentração de recursos e atividades, do que à lógica da democratização e participação (PEDROSA, 1997). De acordo com Melo (1993), o SUS busca um sistema regionalizado, unificado e descentralizado. Universalista em sua cobertura, hierarquizado e diversificado, com base no perfil epidemiológico dos benefícios e, por fim, participativo, para se assegurar o controle social da política, objetivando um destaque especial à discussão principal da reforma, que é a descentralização, aspecto que implicava efetivamente a municipalização dos serviços de atenção à saúde. Todos esses pontos elencados se justificavam em função de se permitir um controle democrático dos serviços na saúde.

A concretização da descentralização no campo da saúde, enquanto princípio e prática de planejamento e de gestão, a exemplo dos demais setores sociais implica, portanto, no

reconhecimento das demandas oriundas da sociedade e do direito inerente a essa sociedade de participar, juntamente com o Estado, da proposição e definição de estratégias potencialmente capazes de atenderem às suas demandas e necessidades tornando, assim, o campo estatal público, transparente e acessível a toda a sociedade. Ao participar efetivamente, quer diretamente, quer através de seus organismos de representação, especialmente através dos Conselhos de Saúde e Comissão Intergestores Bipartite, a sociedade vem atuando no fortalecimento do processo de descentralização sem, contudo, pretender assumir ou substituir funções que são próprias do estado (AMORIM, 2004).

Quanto à descentralização da política pública de saúde no estado do Piauí, nos anos 2000, Alencar Júnior e Passos (2010), analisam dois principais governos nesse íterim, a saber: governo Mão Santa e Wellington Dias. E apontam que o comparativo entre os dois governos apresenta uma realidade econômico-financeira e política do estado, onde o mesmo apresentou um comportamento de dependência econômico-financeira da União. Com base no PIB, o Piauí cresceu mais entre 2002 e 2005, do que de 1997 a 2001. O que não modificou muito, pois o estado continuou a ocupar a pior posição do Nordeste, no que se refere ao Produto Interno Bruto. E assim, quanto ao primeiro período de 1997-2001:

Quanto à ação política do governo federal, verificou-se o seguinte: a estratégia de indução promovida pelo MS foi inexpressiva, não incentivando o estado a se habilitar. Nesse período, houve pouca articulação do MS com a Secretaria de Estado, principalmente, no que diz respeito à comunhão dos mesmos ideais de reorganização do SUS, à partilha de informações importantes para capacitação dos técnicos da secretaria, e à construção de instrumentos de gestão necessários para a SESAPI preencher os requisitos mínimos para a habilitação. Quanto à ação política do Executivo estadual, percebeu-se o seguinte: a inexistência de uma orientação política do Executivo e de um compromisso dos quadros de direção e de técnicos da SESAPI para a habilitação do estado (ALENCAR JÚNIOR; PASSOS, 2010, p. 130).

Não houve, por parte do governador e dos secretários de saúde, preparação para a gestão plena; nem houve, por parte dos técnicos, o compromisso de habilitação do estado. Quanto ao segundo período de 2001-2005:

Nesse momento, houve maior articulação do MS com a SESAPI, principalmente a partir de 2003, quando o Ministério desenvolveu uma estratégia deliberada de induzir o estado a se habilitar em gestão plena. Para isso, estreitou relações, realizou ações conjuntas, capacitou os diretores e técnicos na área de gestão e forneceu total apoio técnico para a construção dos instrumentos necessários para a habilitação do estado, monitorando-o e pressionando-o. Quanto à ação do executivo estadual, percebeu-se uma explícita orientação política, assumida pela quase totalidade do corpo diretivo e técnico da SESAPI, principalmente a partir de 2003, para habilitar o estado na condição de GPSE. Nos depoimentos dos sujeitos entrevistados, ficou

claro que desde a transição do governo Hugo Napoleão para o governo Wellington Dias, em 2002, já havia uma forte convicção do governador e do secretário eleitos, quanto à importância de o estado se habilitar na gestão plena (ALENCAR JÚNIOR; PASSOS, 2010, p.130).

Isso fez com que a SESAPI, em 2003, aprovasse, na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), a habilitação do Estado em Gestão Plena do Sistema Estadual (GPSE). O que envolveu todo o corpo técnico no processo.

Portanto, no primeiro período, num cenário econômico-financeiro desfavorável para a habilitação do estado, sem condições organizativas da SESAPI, sem uma estratégia de indução do MS e sem uma decisão política de estado favorável à descentralização, o Piauí não conseguiu preencher os requisitos para sua habilitação na GPSE. No segundo período, por outro lado, num cenário econômico-financeiro pouco favorável para a habilitação, já que havia praticamente as mesmas dificuldades organizativas da SESAPI, com uma estratégia deliberada de indução realizada pelo MS juntamente com uma ação política do Executivo estadual favorável ao processo de descentralização da saúde, o Piauí conseguiu preencher os requisitos mínimos para a sua habilitação (ALENCAR JÚNIOR; PASSOS, 2010, p. 131).

Segundo os autores, os fatores ligados aos condicionantes da ação política foram determinantes nesse processo. Por isso, para fazer frente a este impasse, foi fundamental a ação do Ministério da Saúde em incentivar os técnicos e administradores da SESAPI para habilitar o estado em uma gestão plena e participativa.

Dessa forma, o estado do Piauí passou a ser dividido de acordo com a Política de Território de Desenvolvimento do estado (CEPRO, 2007), que pretende constituir nova configuração do planejamento, a partir da abordagem territorial, da identidade, potencialidades e fragilidades entre os municípios de uma mesma região, de modo a envidar esforços para a busca de um desenvolvimento mais equitativo. Desse modo, o estado está dividido geograficamente em quatro macrorregiões (Litoral, Meio-Norte, Semiárido e Cerrados), e 11 territórios de desenvolvimento.

Os territórios de desenvolvimento são unidades de planejamento da ação governamental, visando à promoção do desenvolvimento sustentável, à redução das desigualdades e à melhoria da qualidade de vida, por meio da democratização dos programas e ações das políticas públicas, bem como à regionalização do orçamento.

Tabela 1 - Macrorregiões e territórios de desenvolvimento do Piauí

Macrorregião		Territórios de Desenvolvimento	População
1-	Litoral	Planície Litorânea	265.202
2-	Meio-Norte	Cocais	385.072
		Carnaubais	157.071
		Entre Rios	1.166.815
3-	Semiárido	Vale do Sambito	104.024
		Vale do Rio Guaribas	359.863
		Vale do Rio Canindé	104.492
		Serra da Capivara	140.738
4-	Cerrados	Vale dos Rios Piauí e Itaueiras	202.961
		Tabuleiros do Alto Parnaíba	44.665
		Chapada das Mangabeiras	187.457

Fonte: IBGE (2010a).

3.3 Saúde mental no Piauí e suas propostas de descentralização

Neste tópico, traçaremos um breve percurso do processo de Reforma Psiquiátrica no Piauí e sua consolidação na Rede de Atenção Psicossocial, para explorarmos algumas questões pertinentes sobre a Saúde Mental no estado.

O Piauí, enquanto um dos nove estados do Nordeste, conta com 224 municípios e apresenta população de 3.118.360 hab. (IBGE, 2010c). Historicamente, a Saúde Mental no estado acompanha o cenário nacional, resguardada as devidas proporções e temporalidades, com as ações concentradas na capital (ROSA, 2011). Ao longo de todos esses anos, desde 1907, com a criação do Asilo dos Alienados, até meados dos anos 1980, a Saúde Mental do Piauí se concentrou na capital, com o fortalecimento dos dois hospitais psiquiátricos, na época, um público, o Hospital Areolino de Abreu; outro privado, o Sanatório Meduna (ROSA, 2005).

Somente com a implantação do Programa de Saúde Mental Comunitária proposto pela Associação de Saúde Mental Comunitária, hegemonicamente constituída pelo poder psiquiátrico piauiense da época, é que inspirada no modelo norte-americano de Psiquiatria Comunitária passa a ampliar os pontos de assistência, anteriormente centrados no hospital, para serviços ambulatoriais distribuídos pelos bairros da capital e em quatro municípios pelo interior do estado: Campo Maior, Picos, Floriano e Parnaíba. Apesar de todo o debate do MTSM no Sudeste do país, que se expandia por todo o território nacional, e depois culminou

no debate crítico-político e de luta “por uma sociedade sem manicômios”, o referido programa sequer colocou em questão o lugar dos hospitais psiquiátricos piauienses, muito menos o mandato social da Psiquiatria. Pelo contrário, as ações dos psiquiatras resultaram no fortalecimento da estrutura e do parque manicomial do Estado, com a psiquiatrização da vida da população que procurava os ambulatórios para curar seus males sociais e dificuldades da existência (MACEDO; DIMENSTEIN, 2012a).

Na década de 1990, os debates locais e a força dos psiquiatras acabaram por arrefecer qualquer tentativa de acompanhar o cenário nacional na abertura de serviços substitutivos ao hospital. A falta de avanços reais fez com que o Ministério da Saúde pressionasse pela redução dos leitos, sem qualquer contrapartida do estado e/ou dos municípios na abertura de serviços psicossociais. As primeiras respostas foram dadas em 1997, quando são criados os hospitais-dia de Picos e de Parnaíba, segundo momento de descentralização de serviços, apesar de completamente tímido, frente à extensão e à heterogênea realidade do território piauiense.

Data, a partir de então, a intensificação de debates legislativos sobre a Saúde Mental, com a proposição das Leis de Saúde Mental no âmbito estadual e municipal de Teresina (ROSA, 2005). Sendo que somente a partir dos anos 2000, reconhece-se a força antimanicomial em âmbito local, com a entrada em cena do debate da Luta Antimanicomial nos principais espaços de discussão da Saúde Mental no Piauí. Tal acontecimento acirrou os embates entre os atores sociais envolvidos, mesmo com as dificuldades para a abertura de novos serviços no Estado (MACEDO, 2011).

Deste modo, observa-se um processo extremamente moroso, devido às resistências do poder psiquiátrico no estado, resultando em um processo reformista lento e pouco sintonizado com a proposta de atenção psicossocial. Para Macedo e Dimenstein (2012b), a Reforma Psiquiátrica no Piauí pode ser dividida em dois momentos: antes e depois de 2001. Antes, seria reconhecido como “Movimento de Reforma da Assistência Psiquiátrica”, momento que iniciou nos anos de 1940, até a aprovação da lei 10.216, em 2001 (BRASIL, 2001b). Nesse período, a reforma piauiense apresentou como principal objetivo aperfeiçoar a estrutura asilar do estado, centralizando as ações nos dois hospitais localizados na capital, e pouquíssimas ações nas cidades do interior, com ações ambulatoriais.

Somente em 2004, com a entrada em cena do Ministério Público Estadual como dispositivo indutor, de fato, da Reforma Psiquiátrica no Piauí, é que se percebem os primeiros

sinais de estruturação da Rede Psicossocial do estado, alinhada aos princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Tal fato sinaliza a difícil correlação de forças no âmbito da Saúde Mental no estado, em termos de fazer avançar o processo local, já que demoramos 17 anos, depois de implantado o primeiro CAPS do Brasil, para implantar no Piauí (ROSA, 2006).

Embora com o atraso, depois de 2004, alguns avanços auxiliaram na ampliação e na interiorização dos serviços no Piauí, onde alcançou rapidamente boa cobertura, principalmente através de negociações entre a Gerência Estadual de Saúde Mental e os gestores municipais, processo que também ocorreu por intermédio do Ministério Público Estadual (MACEDO; DIMENSTEIN, 2012b).

Para melhor compreender os processos indutores deste extraordinário avanço na implantação de novos serviços de saúde mental em todo o estado, inclusive a partir do interior, e não da capital, registramos alguns motivos apontados por Macedo e Dimenstein (2012b, p. 154):

a) O histórico de desassistência em saúde mental no interior, devido à centralidade de serviços na capital, facilitou o diálogo com os municípios para a estruturação da rede psicossocial do Estado. A única política visando uma rede de cobertura regionalizada foi o Programa de Saúde Mental Comunitária, nos anos 1980. No entanto, a base do trabalho dos núcleos criados pelo referido programa era basicamente ambulatorial, ficando as situações de crise e urgência psiquiátrica sob a tradicional prática da “ambulancioterapia” e seus deslocamentos para a capital. Evidente que tal situação ficou ainda mais precária com a desativação do PSMC. E mesmo com o funcionamento dos dois hospitais-dia (Picos e Parnaíba), em meados de 1990, o poder de resposta destes serviços ficou restrito à demanda reprimida de suas localidades, ficando os demais municípios desassistidos. b) O fato da implantação dos CAPS significar para os gestores a entrada de mais recursos financeiros para o município, além da visibilidade política que eles passariam a ter com a conquista de mais um serviço para a população de sua localidade; esses foram argumentos fortes para sensibilizar os municípios para a abertura dos serviços. c) O trabalho de pactuação entre a Gerência Estadual e 12 municípios, intermediado pelo Ministério Público, possibilitou a expansão da rede de serviços extra-hospitalares. O pacto também visava sensibilizar os gestores para o desafio da resolutividade dos serviços para evitar o envio de pacientes em ambulâncias para longas internações na capital. d) A saída dos primeiros egressos dos cursos de psicologia localizados na capital para o mercado profissional foi outro fator que contribuiu para a implantação dos serviços. Tais profissionais visualizaram a abertura dos CAPS no interior do Estado como uma oportunidade de emprego, sendo que muitos psicólogos foram, inclusive, os autores dos projetos que originaram os respectivos serviços. Por meio dessas ações, o processo de reforma local iniciou pelo interior e, atualmente, conta com 44 CAPS em todo o Estado. Conforme informações da Gerência Estadual, existem mais 10 serviços para serem abertos, que estão em fase final de implantação, e outros cinco em fase de elaboração dos projetos para o envio para o Ministério da Saúde.

Segundo Feitosa e Silva (2014), a rede prioritária da atenção psicossocial deu uma possibilidade maior de investimento financeiro, o que representou, em 2012, o valor em torno

de 200 milhões a mais para o custeio da rede. Porém, mais do que implantar serviços, é preciso avançar na construção da rede integrada dos mesmos, a partir da lógica dos territórios e regiões de saúde, para que se diminuam as iniquidades da distribuição de serviços, desarticulação e descontinuidade das ações no âmbito do cuidado em saúde mental. Atualmente, a RAPS vem como proposta de responder as necessidades dos usuários, ampliando o acesso do usuário e sua família a uma rede ampliada de serviços, com diversos pontos de atenção, inclusive com articulação intersetorial. Dessa forma:

São objetivos gerais da Rede de Atenção Psicossocial: ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral; promover o acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; e garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências. São objetivos específicos da Rede de Atenção Psicossocial: promover cuidados em saúde especialmente para grupos mais vulneráveis (criança, adolescente, jovens, pessoas em situação de rua e populações indígenas); prevenir o consumo e a dependência de crack, álcool e outras drogas; reduzir danos provocados pelo consumo de crack, álcool e outras drogas; promover a reabilitação e a reinserção das pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas na sociedade, por meio do acesso ao trabalho, renda e moradia solidária; promover mecanismos de formação permanente aos profissionais de saúde; desenvolver ações intersetoriais de prevenção e redução de danos, em parceria com organizações governamentais e da sociedade civil; produzir e ofertar informações sobre direitos das pessoas, medidas de prevenção e cuidado e os serviços disponíveis na rede; regular e organizar as demandas e os fluxos assistenciais da Rede de Atenção Psicossocial; e monitorar e avaliar a qualidade dos serviços por meio de indicadores de efetividade e resolutividade da atenção (BRASIL, 2011b).

De acordo com o cenário histórico de como tem sido construída a regionalização da Saúde e da Saúde Mental no Piauí, passamos para os capítulos seguintes, com a descrição do método e a sessão de resultados, para compreendermos o processo de implantação da RAPS na Planície Litorânea.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Pesquisa qualitativa

Para a realização deste estudo, ancoramo-nos no método qualitativo, em virtude do vínculo da pesquisa aos aspectos que permeiam e constituem uma pesquisa qualitativa, que segundo Minayo (2006) são: o estudo das relações, das representações, da história, percepções, crenças, opiniões, produtos das interpretações pelas quais os seres humanos fazem de si mesmos, sentem e pensam. Desse modo, Minayo (2006) aponta a subjetividade e o simbólico como partes integrantes da realidade social. Assim, o presente método nos auxilia, na medida em que esse se melhor se adéqua à análise de documentos, em investigações de grupo e segmentos focalizados e delimitados.

Para nos auxiliar na compreensão do método qualitativo, González Rey (1999) aponta que a epistemologia qualitativa se apoia em três princípios. No primeiro, o papel do investigador é aquele que pensa e produz conhecimento no confronto das suas ideias com o momento empírico onde a teoria não está pronta, no entanto, constrói-se em tensão com o momento empírico. Logo, a interpretação não se organiza tendo como base categorias universais que dão conta dos processos que aparecem no decorrer da investigação. A interpretação, quem constrói, é o pesquisador, e a teoria é um instrumento do investigador no percurso interpretativo, atua como “marco de referência que mediatiza o curso das construções teóricas do investigador sobre o objeto” (GONZÁLEZ REY, 1999, p. 38). A pesquisa, nesse modelo, não esgota o problema, mas, sim, começa a gerar novas zonas de sentido, possibilitando a construção teórica com relação ao problema abordado, e temos, então, a passagem de lógica da resposta para lógica da construção.

A produção de conhecimento tem caráter interativo, no segundo princípio, onde a pesquisa é um processo de comunicação e, essencialmente, um processo dialógico (GONZÁLEZ REY, 2005). A conversação com o sujeito de pesquisa não é enquadrada em limites fechados e prontos, neste segundo princípio, faz-se importante o envolvimento em um sistema conversacional que possibilite a expressão do pesquisador com o sujeito da pesquisa. Por exemplo, o entrevistado se envolve em um processo de diálogo, por se sentir implicado no processo da pesquisa, através da produção de diferentes sentidos subjetivos que se constituíram na relação com o pesquisador e seu tema. A comunicação, desse modo, é a via de

construção de conhecimento, ou seja, através dela a pessoa se expressa, sente-se parte e se compromete no decorrer do processo da pesquisa, possibilitando o aparecimento de diferentes processos de sentido subjetivo que caracterizam a expressão desse sujeito. Assim, não se pretende afirmar que conheceremos diretamente os sentidos subjetivos implicados na produção da pessoa, mas eles irão emergir durante o processo dialógico, na medida em que a subjetividade é um sistema vivo, e intervém na qualidade da expressão narrativa, precisamente pela emocionalidade produzida pelo sujeito, mediante a relação que estabelece com o mundo, produzindo outras maneiras de subjetivação, que não estão presentes apenas no discurso.

Por fim, no terceiro princípio, o conhecimento não se legitima pela quantidade de sujeitos pesquisados, mas pela qualidade de sua expressão, sobre a qual é desenvolvido o modelo teórico acerca do qual descansam os significados produzidos no curso da pesquisa.

Utilizar a epistemologia qualitativa faz com que se privilegie a significação do singular para a produção de conhecimento (GONZÁLEZ REY, 2007). Nessa perspectiva, não se buscam processos padronizados, mas a participação dos sujeitos, através do processo dialógico em que esses se motivam, por meio da comunicação pesquisador-sujeito. É esta qualidade da interação que possibilita o espaço relacional se constituir como cenário de pesquisa, a partir das necessidades das pessoas envolvidas nele.

Assim, corroborando com González Rey (1999), Flick (2004) também aponta que compreender determinada realidade, por meio da abordagem qualitativa, é percebê-la a partir da subjetividade e das pessoas envolvidas no processo investigativo.

Logo, na qualidade de parte integrante da pesquisa, com a finalidade de melhor adequar os instrumentos à realidade, fizemos uso da pesquisa do tipo exploratória (PIOVESAN; TEMPORINI, 1995). Como ressalta Gil (1999), o objetivo de uma pesquisa exploratória é se familiarizar com um assunto ainda pouco conhecido, pouco explorado, devido à novidade do tema e/ou à falta de estudos a respeito.

Para Minayo (2006), a fase da pesquisa exploratória tem como alicerce muitos esforços, entre eles, o principal: a pesquisa bibliográfica aprofundada, disciplinada, ampla e crítica. Ampla porque devemos situar o estado em que se encontra o conhecimento atual sobre o problema; e crítica, porque devemos também estabelecer um diálogo crítico, reflexivo, entre a teoria e o objeto de investigação.

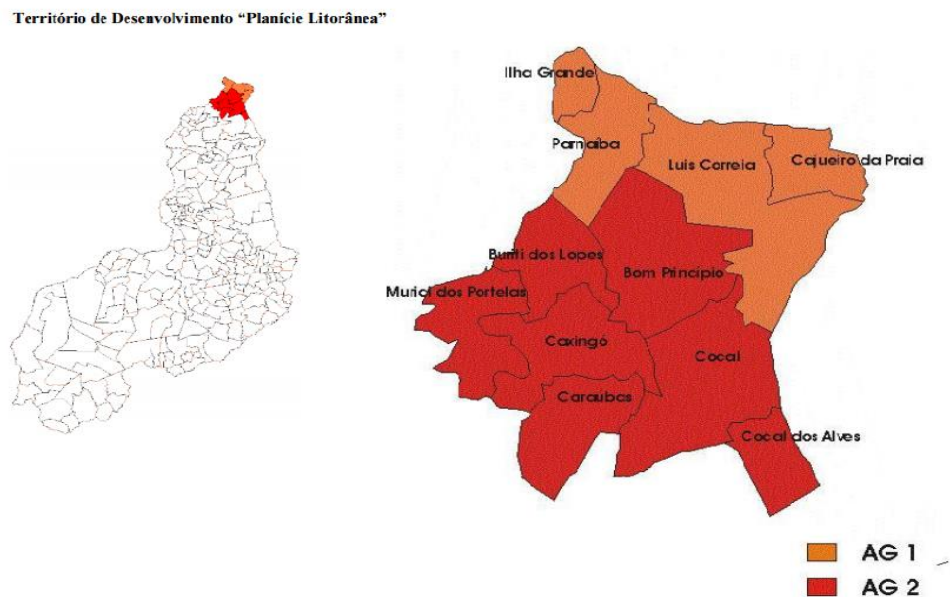
Além disso, foi realizada pesquisa de campo que vem a ser um termo utilizado entre antropólogos e sociólogos, que utilizaram o termo na tentativa de diferenciar os estudos conduzidos em "campo", ou seja, no ambiente “natural” dos sujeitos, dos que eram desenvolvidos em situações de laboratório ou ambientes controlados pelo investigador (GODOY, 1995).

4.2 Do local de pesquisa, participantes, instrumentos e análise

4.2.1 Local de pesquisa

Conforme referido na introdução deste projeto, o Território da Planície Litorânea, localizado na macrorregião Litoral, é o território que iremos nos referir no presente estudo. É composto por 11 municípios, subdivididos em dois aglomerados: Ilha Grande, Parnaíba, Luís Correia e Cajuzeiro da Praia, que compõem o aglomerado 1: Bom Princípio do Piauí, Buriti dos Lopes, Caraúbas do Piauí, Caxingó, Cocal, Cocal dos Alves e Murici dos Portelas, que fazem parte do aglomerado 2.

Figura 2 - Municípios da Planície Litorânea



Fonte: CEPRO (2007).

Ao Leste, a Planície Litorânea faz fronteira com o estado do Maranhão, especificamente com os municípios de Araiões, Água Doce do Maranhão e Tutoia; e a Oeste, com o Ceará, município de Granja. Com extensão de 6.193,7 km², para uma população de 265.202 hab., o que corresponde a 9% da população piauiense no último censo (IBGE, 2010c), a região representa importante polo de desenvolvimento regional, considerando as potencialidades no setor turístico, devido a comportar Área de Proteção Ambiental (APA) do Delta do Parnaíba, com seus biomas de manguezais, dunas e restingas, além das praias e lagoas; bem como o crescente número de estabelecimentos e oferta de serviços no âmbito da saúde e da educação, com destaque para o ensino superior, notadamente concentrado no principal município da região, que é a cidade de Parnaíba.

Especificamente sobre Parnaíba, em termos populacionais, representa 55% do total de habitantes dos municípios do território. Sendo o único município do interior do estado que apresenta população acima de cem mil habitantes (IBGE, 2010a). Ademais, conforme o quadro a seguir, os outros municípios mais populosos da região são: Luís Correia, Cocal e Buriti dos Lopes.

Tabela 2 - Território de desenvolvimento da Planície Litorânea em termos populacionais

Nº ORD.	PLANÍCIE LITORÃNEA	POPULAÇÃO
1.	Bom Princípio do Piauí	5.304
2.	Buriti dos Lopes	19.074
3.	Cajueiro da Praia	7.163
4.	Caraúbas do Piauí	5.525
5.	Caxingó	5.039
6.	Cocal	26.036
7.	Cocal dos Alves	5.572
8.	Ilha Grande	8.914
9.	Luís Correia	28.406
10.	Murici dos Portelas	8.464
11.	Parnaíba	145.705
TOTAL GERAL		265.202

Fonte: IBGE (2010a)

O município de Parnaíba apresenta como destaque, em suas atividades, o turismo. Além de ser a principal desembocadura do primeiro braço do Delta do rio Parnaíba, é o município com a maior abrangência de serviços da RAPS, na região da Planície Litorânea.

Apresenta um Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de 0,687 (IBGE, 2010a). No aspecto econômico, apresenta destaque para a pecuária bovina, com 8.469

cabeças de gado, e para a agricultura, com o cultivo de banana, seguido da castanha de caju, manga (IBGE, 2013d).

Luís Correia também está localizado na região litorânea, sendo um município marcado pelo atrativo turístico, sendo o segundo município da Planície com o maior número de serviços da RAPS ofertados em seu território. Conta com um IDHM de 0,541 (IBGE, 2010a). Apresenta destaque na sua produção agrícola municipal, com o coco da Bahia e a castanha de caju, e a produção de camarão (aquicultura), com 1.688.000 kg, com o valor de produção anual de R\$ 18.568,00 (IBGE, 2013c).

O município que segue é a terceira oferta em termos de serviços da rede. Trata-se de Cocal. É importante ressaltar que tal município, em seus primórdios, fazia parte da zona rural de Parnaíba. Apresenta IDHM de 0,497 (IBGE, 2010a) e é caracterizado pela sua pecuária de rebanho bovino de 7.077 cabeças de gado e 13.172 de rebanho caprino (IBGE, 2013b).

Por fim, o município de Buriti dos Lopes, o quarto município em maior abrangência em serviços da rede na região, com IDHM de 0,574 (IBGE, 2010a). Apresenta sua produção econômica baseada na agropecuária, com maior destaque para a criação do rebanho bovino, tendo efetivo rebanho de 8.592 cabeças de gado. E na agricultura, destaca-se na produção de arroz em casca, 10.366 toneladas por ano, seguida da produção de feijão e milho (IBGE, 2013a).

Tais municípios se caracterizam quanto ao aspecto econômico da região, com algumas atividades em expansão, eles têm grande potencial econômico, contrastando com a inexistência de saneamento ambiental para provimento de condições de salubridade do meio físico à saúde e ao bem-estar da população, tais como: abastecimento e qualidade de água para consumo humano, esgotamento sanitário, drenagem urbana, coleta, uso e ocupação dos solos e eficiência na gestão dos serviços de educação e saúde (CODEVASF, 2006).

No âmbito da Saúde, de acordo com os dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (BRASIL, 2015a), registram-se os seguintes serviços vinculados à RAPS do território da Planície Litorânea.

Quadro 2 - Planície Litorânea, estabelecimentos de saúde e pontos da RAPS

Município	Estabelecimentos Públicos de Saúde	Pontos da RAPS	
Bom Princípio	4	APSs	3 ESFs
			1 NASF
Caxingó	4	APSs	2 ESFs
Cocal dos Alves	4	APSs	2 ESFs
Cajueiro da Praia	5	APSs	3 ESFs
Caráúbas	6	APSs	2 ESFs
Murici dos Portelas	6	APSs	3 ESFs
Ilha Grande	8	APSs	5 ESFs
Buriti dos Lopes	13	APSs	9 ESFs
			1 NASF
		Atenção psicossocial especializada	1 CAPS I
		Atenção à urgência e emergência	1 Hospital municipal 1 SAMU
Cocal	19	APSs	8 ESFs 2 NASFs
		Atenção psicossocial especializada	1 CAPS I
		Atenção à urgência e emergência	1 Hospital municipal 1 SAMU
Luís Correia	22	APSs	15 ESFs 2 NASFs
		Atenção psicossocial especializada	1 CAPS I
		Atenção à urgência e emergência	1 Hospital municipal 1 SAMU
Parnaíba	41	APSs	37 ESFs 4 NASFs
		Atenção psicossocial especializada	1 CAPS II 1 CAPS Ad III 24h
		Atenção à urgência e emergência	1 Hospital Regional 10 Leitos Psiquiátricos
			1 SAMU

Fonte: BRASIL (2015a).

Desse modo, apenas 4 municípios da Planície Litorânea (Parnaíba, Luís Correia, Buriti dos Lopes e Cocal) apresentam dispositivos em comum, em pelo menos três pontos da RAPS,

no âmbito do SUS (APS, Atenção psicossocial especializada e Atenção à urgência e emergência). Tomando como referência os respectivos serviços vinculados à RAPS do território da Planície Litorânea, foram esses, portanto, os locais nos quais realizamos nossa investigação.

4.2.2 Participantes

Os participantes da pesquisa foram gestores, representantes da gestão, passada e atual, da Saúde Mental do Piauí (n=2), representante do controle social (n=1), da 1ª Regional de Saúde de Parnaíba (n=1), da Superintendência de Saúde Mental de Parnaíba (n=1) e gestores ou representantes da Secretaria de Saúde dos quatro municípios indicados anteriormente: Parnaíba, Luís Correia, Buriti dos Lopes e Cocal, componentes da Planície Litorânea e que apresentam pontos em comum da RAPS (n=4). Totalizando 9 entrevistas com os primeiros participantes do processo.

Em outro momento, das rodas de conversa, tivemos a participação de profissionais de saúde dos quatro municípios citados. As rodas e os participantes foram assim distribuídos: uma roda de conversa no município de Buriti dos Lopes (n=4), uma roda em Cocal (n=2), uma roda em Luís Correia (n=3), e uma roda em Parnaíba (n=4), totalizando 13 participantes.

Nesse sentido, a amostra se caracterizou como não probabilística, do tipo intencional ou de seleção racional, constituída por sujeitos-tipo, onde os elementos são selecionados com base em critérios que buscam reproduzir as principais características do universo de profissionais atuantes dentro da RAPS dos municípios envolvidos na pesquisa.

4.2.3 Instrumentos da pesquisa

Quanto aos instrumentos selecionados, é importante relacionar que cada um corresponde à intenção de responder a cada objetivo específico proposto neste estudo. Os instrumentos escolhidos foram: levantamento documental, entrevista semiestruturada e diário de campo.

A seguir, temos as etapas, para visualizarmos os procedimentos da pesquisa:

1ª Etapa – Análise Documental – destinada à identificação do universo de investigação, a partir do levantamento de informações que tratam sobre a implantação da RAPS na Planície Litorânea.

Para Gil (1999), a utilização dessa estratégia metodológica consiste da leitura analítica de Atas e documentos oficiais – Ofícios, Portarias e demais documentos institucionais constantes nos arquivos da Gerência de Saúde Mental do Estado do Piauí, localizada na cidade de Teresina, e na 1ª Regional de Saúde de Parnaíba, para que possamos tomar conhecimento acerca do processo de implantação da RAPS na Planície Litorânea.

2ª Etapa – Entrevista semiestruturada – destinada a aprofundarmos nossa compreensão sobre a implantação, os desafios e avanços na regionalização da Política de Saúde Mental, a partir do olhar e do processo vivido dos gestores (Gerência Estadual de Saúde Mental e Secretarias Municipais de Saúde) representantes das secretarias de saúde dos quatro municípios que compõem a maior quantidade de serviços ligados à RAPS na Planície Litorânea, além de representantes da 1ª Regional de Saúde de Parnaíba, da Superintendência de Saúde Mental de Parnaíba e representantes do controle social.

Para Fraser e Gondim (2004), a entrevista, na pesquisa qualitativa, privilegia a fala dos atores sociais, possibilita um nível de compreensão da realidade humana que se apresenta acessível, através de discursos. Por isso, a entrevista é apropriada em investigações em que o objetivo é conhecer como as pessoas percebem o mundo. Enfim, a forma precisa de entrevista que se estabeleceu na pesquisa foi o fato de se poder acessar, de maneira direta ou indireta, as opiniões, os valores, as crenças e os significados que as pessoas atribuem a si, aos outros e ao mundo a sua volta, bem como os lugares que frequentam, seu trabalho e relações estabelecidas. Desse modo, a entrevista semiestruturada, segundo Flick (2004), é uma entrevista na qual o entrevistador está mais livre para movimentar as perguntas e ir além das respostas. As pessoas ficam mais livres para usar seus próprios termos. Corroborando com essa visão, Fraser e Gondim (2004) também acrescentam que na entrevista semiestruturada é importante dar voz ao interlocutor, para que ele fale do que está acessível à sua mente no instante do seu contato com o entrevistador, em um processo compartilhado pelos dois atores: pesquisador e participante.

Nesse sentido, a entrevista semiestruturada apresentou composições: dimensões que dizem sobre o norte das perguntas e as principais dimensões das perguntas da entrevista foram: sobre o processo de implantação da RAPS no Estado e na Planície Litorânea;

perguntas acerca dos atores institucionais presentes no processo; e para refletir sobre os desafios e possibilidades para a efetivação da regionalização da Política de Saúde Mental no território.

3ª Etapa – Rodas de Conversa – destinadas a identificarmos, a partir do olhar e da experiência vivida dos profissionais, as ações e a organização do trabalho em rede na atenção aos casos de saúde mental assistidos pelos serviços que integram a RAPS nos quatro municípios, anteriormente escolhidos, da Planície Litorânea, bem como aprofundarmos também o nosso olhar sobre os desafios e dificuldades da regionalização da Política de Saúde Mental e das dificuldades, também, de se trabalhar em rede.

As rodas de conversa se caracterizam por serem grupos abertos, de tema livre ou delimitado pelo pesquisador, onde os atores do processo possam falar das suas percepções, compreensões, entendimentos, críticas, mas, também, dos sentimentos, das angústias, dos êxitos ou das frustrações sobre determinado tema. Costumam ser realizadas em espaços abertos, a fim de que se possa elaborar vivências e lidar com emoções, e até alguns comportamentos defensivos (RIOS, 2007).

As rodas possibilitam a abertura de espaços de encontro, de escuta e de troca, de aprendizagem, dificuldades e desafios do trabalho realizado. Acreditamos, corroborando com Coelho (2011), que esse método é um potente meio de acesso aos trabalhadores, pois com as rodas exploramos a constituição dos sujeitos e dos coletivos (equipes de trabalho), bem como conhecemos sobre a organização dos estabelecimentos de saúde que estão vinculados, sua gestão, pois através destes espaços de diálogos propostos pela roda, os trabalhadores puderam se expressar e, além disso, ouvir uns aos outros, estimulando a autonomia de cada um, a troca de experiências, de angústias, a troca de informações e de reflexão para a ação.

Nesse sentido, Campos (2003) propõe o Método da Roda ou Paideia, na produção de saúde com as pessoas e não sobre elas e, por isso, pensa na roda como uma ferramenta eficaz para se promover reflexões que contribuam para a promoção de sujeitos ativos, e não mais tomados pela passividade, principalmente no espaço de trabalho.

Com as rodas de conversa há a possibilidade de construções coletivas do processo de trabalho com as trocas de experiências dos profissionais, com a efetividade dos diversos olhares sobre a prática profissional, a abertura para o incentivo à criatividade, além da busca de questionamentos, principalmente sobre suas práticas. E assim, a roda busca avançar nesses aspectos (TORRES *et al.*, 2012).

Por fim, foram utilizados diários de campo, que auxiliaram no registro de percepções, impressões, reflexões a respeito da experiência vivenciada no trabalho de campo ao longo das rodas de conversas descritas anteriormente, e de reuniões frequentadas com o grupo condutor da RAPS no estado e na CIB da Planície Litorânea. Acerca da função do diário de campo, Triviños (2009, p. 155) assim considera:

[...] descrição por escrito de todas as manifestações (verbais, ações, atitudes, etc.) que o pesquisador observa no sujeito; as circunstâncias físicas que se considerem necessárias e que rodeiam a este, etc. Também as anotações de campo devem registrar “as reflexões” do investigador que surjam em face da observação dos fenômenos. Elas representam ou podem representar as primeiras buscas espontâneas de significados, as primeiras expressões de explicações.

4.2.4 Procedimentos de coleta de dados

Acerca do percurso metodológico, inicialmente entramos em contato com a Gerência Estadual de Saúde Mental, onde solicitamos a seguinte documentação: documentos da Gerência que datavam da implantação da RAPS, a partir de 2011, ano da portaria da RAPS, nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Ou seja, documentos de 2011 até 2015 (data da realização da pesquisa), são eles: programações de encontros, congressos, formações, cursos, fóruns, reuniões sobre a implantação da RAPS no Piauí, ou sobre saúde mental, controle social, de 2011 a 2015. Atas de reuniões, de 2011 a 2015, sobre a implantação da RAPS no Piauí e na Planície, documentos oficializando as pactuações da RAPS no Piauí e na Planície Litorânea, documentos que oficializaram o grupo condutor da RAPS no estado e na Planície, relatórios da gestão passada, documentos de reuniões da CIR, específicos da Planície, documentos sobre os serviços implantados, os pactuados e repactuados, para o território estadual e para a Planície Litorânea, documentos sobre o desenho da rede estadual e da rede na Planície, documento sobre o Plano de Ação Regional, documentos que sinalizaram algum fórum de discussão sobre a implantação da rede estadual e na Planície, documentos que evidenciaram os atores que participaram e participam do processo de implantação da RAPS – estadual e na Planície.

Alguns documentos foram disponibilizados, outros não tivemos acesso, por exemplo, por motivos de não feitura de algumas atas. Dessa forma, os documentos disponibilizados serão detalhados no capítulo 4, e detalhadamente analisados. Quanto ao aspecto ético, tivemos a devida autorização institucional para o acesso de todos os documentos solicitados.

No que diz respeito às entrevistas, tivemos acesso às instâncias gestoras de cada secretaria de saúde dos municípios selecionados: Buriti dos Lopes, Cocal, Luís Correia e Parnaíba, onde falamos com os representantes de cada órgão, bem como da Comissão Intergestores Regional da Planície Litorânea, da 1ª Regional de Saúde de Parnaíba e da Gerência de Saúde Mental do estado, desse modo, nos apresentamos com o projeto da pesquisa, os objetivos e ofício de apresentação; em seguida, apresentamos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo iniciadas as entrevistas, gravadas em áudio. As entrevistas foram realizadas, em sua grande maioria, no ambiente de trabalho, em sala reservada, com autorização para tal. Cada entrevista teve, em média, a duração de uma hora, e não foram ainda mais estendidas por conta da disponibilidade dos participantes, em geral, no momento de trabalho. O mesmo se aplica às rodas de conversa, em geral, também em ambiente de trabalho, com autorização dos gestores, foram também realizadas em média de uma hora de duração.

Quanto aos diários de campo, resultaram em um total de 8 diários, sendo 4 referentes às rodas nos municípios citados, ocorridas em 28/07/2015, em Buriti dos Lopes; em 12/08/2015, Luís Correia; e em 20/08/2015, uma pela manhã, em Cocal, e outra à tarde, em Parnaíba. Registramos, ainda, duas reuniões do grupo condutor da RAPS do estado, a primeira em 12/05/2015, e outra em 22/10/2015; e duas reuniões na CIB da Planície Litorânea, ocorridas em 17/03/2015 e 16/06/2015. Cabe destacar que os diários serão identificados pelas datas aqui citadas.

4.2.5 Análise de dados

Segundo Minayo (2006), na Análise de Conteúdo, teoria e metodologia caminham lado a lado e aliadas às técnicas e experiências do pesquisador. Busca-se, assim, uma aproximação dos conhecimentos com a realidade conhecida para produção significativa de um saber ainda desconhecido sobre essa.

Portanto, a análise de dados não se constitui momento isolado na pesquisa, apesar de trazer consigo algumas especificidades. Do ponto de vista metodológico: a análise de conteúdo, parte inicialmente da leitura do primeiro plano das falas (dos entrevistados, dos documentos que analisa); quando analisa tais documentos passados ou atuais deve ter atenção

com a postura de respeito pelo que dizem; não se deve buscar nos textos uma verdade essencialista, mas o sentido que quis expressar quem os emitiu.

A Análise de Conteúdo apresenta várias modalidades, e entre elas, foi escolhida a Análise Temática de Conteúdo, em virtude do tema a ser escolhido, sobre assunto já determinado. Dessa forma, seguem-se as etapas:

1. Também chamada de pré-análise, essa é realizada a partir da primeira leitura, chamada de leitura flutuante. Tal procedimento requer o contato direto do pesquisador com o material colhido em campo, para posterior constituição do corpus da pesquisa, levando em consideração a exaustividade e a totalidade da leitura do texto;

2. Etapa de classificação e agregação dos dados para definir as categorias de análise a partir dos temas surgidos ao longo do material produzido na pesquisa;

3. Etapa da interpretação. O pesquisador pode propor inferências e realizar interpretações, relacionando-as com o referencial teórico exposto, inicialmente, ou possibilitando outras pistas para a abertura de novas dimensões teóricas e interpretativas, que com a leitura dos dados colhidos podem emergir (MINAYO, 2006).

4.2.6 Aspectos éticos

Quanto às questões éticas, seguimos os protocolos éticos da pesquisa com seres humanos, a partir da Resolução nº466 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012b). Encaminhamos autorização institucional a cada localidade e serviço, onde obtivemos aprovação das instâncias gestoras municipais de saúde; em seguida, cada participante ficou com uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), e assinou outra cópia, mantida sob a responsabilidade dos pesquisadores. No termo constam o sigilo, as dúvidas, o cancelamento de participação da pesquisa por parte dos participantes, os contatos dos pesquisadores e do Comitê de Ética da Universidade Federal do Piauí. Além disso, o projeto foi aprovado pelo CEP-UFPI, e consta com o CAAE de número 48767815.8.0000.5214.

5 O PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DA RAPS NA PLANÍCIE LITORÂNEA: identificação dos atores e percursos

Procuramos organizar os capítulos que seguem, a partir de cada objetivo específico da pesquisa, que nos auxiliaram na construção dos eixos de discussão. Propomos, portanto, dois eixos, a saber: 1) percursos para a implantação da Rede de Atenção Psicossocial no Estado, bem como identificação dos atores envolvidos; e 2) os desafios e possibilidades da RAPS no Piauí.

Nesse sentido, buscamos, com o presente capítulo, alcançar o objetivo de conhecer o desenho da Rede de Atenção Psicossocial do estado e, especificamente, da Planície Litorânea, apresentando seus atores e o percurso trilhado.

Nesta primeira etapa, participaram da pesquisa, gestores ou representantes da gestão de saúde dos municípios de Buriti dos Lopes, Cocal, Luís Correia e Parnaíba, além de representantes da Gerência Estadual de Saúde Mental, da CIR da Planície Litorânea, da Superintendência de Saúde Mental de Parnaíba e do controle social, totalizando 09 participantes, sendo, a maioria, do sexo feminino (n=7) e na faixa etária entre 30 a 39 anos (n=5). Quanto à formação acadêmica, tivemos, em maioria, a Enfermagem (n=2) como formação dos entrevistados, seguida de Psicologia, Pedagogia, Serviço Social, Administração, Medicina Veterinária, e outra (n=6). No que concerne ao tempo de formado, o período entre 5 a 9 anos (n=5) obteve maior número. Nas três últimas perguntas, apenas o entrevistado representante do controle social não respondeu, em virtude de não se encontrar em cargo de gestão dentro de alguma instância de governo.

Entre os entrevistados, é importante frisar que contamos com membros que participaram da composição do primeiro grupo condutor estadual da RAPS, formado em 2012, na gestão passada da Gerência de Saúde Mental (2011-2014) período que corresponde à criação da portaria que instituiu a RAPS nº 3.088/2011, bem como membros que participam da atual composição do grupo condutor estadual, formado em 2015 e, ainda, alguns que estiveram na composição do grupo passado e continuam fazendo parte do grupo atual.

5.1 Identificação dos documentos e atores

Trataremos aqui de toda a documentação disponibilizada pela Gerência de Saúde Mental do Piauí, a respeito do processo de implantação da RAPS no estado. A documentação

nos auxilia a compreender o processo do desenho da rede realizado em nível estadual, onde encontraremos também a Planície Litorânea.

Cabe frisar que a documentação disponibilizada pela Gerência de Saúde Mental do estado foram os documentos que seguem, excetuando o documento 8, fornecido pela 1ª Regional de Saúde da Planície Litorânea:

- 1) Plano de Ação da Rede de Atenção Psicossocial do estado do Piauí (2013-2015), que apresenta um panorama da saúde e saúde mental no Piauí, no período que foi produzido de 2012, com suas primeiras iniciativas, até 2014; além disso, apresenta os serviços existentes e os pactuados para cada território de desenvolvimento do estado, tendo sido produzido com o auxílio de gestores e profissionais de saúde do Piauí (PIAUÍ, 2014a);
- 2) Portaria estadual nº 000362/2012, de 29 de agosto de 2012, que instituiu o primeiro grupo condutor da RAPS no estado (PIAUÍ, 2012);
- 3) Resolução CIB-PI nº 095/2013, que resolve a aprovação da inclusão de dispositivos para a RAPS na Planície (PIAUÍ, 2013);
- 4) Programação completa do I Encontro Regional da Rede de Atenção Psicossocial do Piauí, realizada em 11 de dezembro de 2013, que reuniu profissionais, gestores e usuários para discutir os rumos da RAPS no estado;
- 5) Programação do II Simpósio Álcool e outras Drogas na Contemporaneidade, realizado pela Secretaria de Estado da Saúde (SESAPI);
- 6) Resolução CIB-PI nº 033/2014, sobre a aprovação da Unidade de Acolhimento Adulto Masculino, com gestão estadual, no município de Parnaíba (PIAUÍ, 2014 b);
- 7) Portaria GAB nº 826/2015, de 09 de abril de 2015, que instituiu o segundo grupo condutor da RAPS no Piauí (PIAUÍ, 2015b);
- 8) Resolução da CIR da Planície Litorânea nº 001/2015, que rege a repactuação da rede para a Região;
- 9) Documento do Ministério da Saúde (INFORME nº 01/2015), aprovado em Resolução da CIB-PI nº 37/2015, de 22 de maio de 2015, redefine a composição da macrorregião Norte (PIAUÍ, 2015c).

Desse modo, vimos que alguns atores participaram mais ativamente da proposta do Plano de Ação Regional da Rede de Atenção Psicossocial (PIAUÍ, 2014a), foram eles:

- Gestores da Gerência Regional de Saúde Mental e da SESAPI;
- Representantes do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS-PI);
- Coordenadores de CIR;
- Representantes das regionais de saúde;
- Secretários municipais de saúde;
- Coordenadores da Atenção Básica dos municípios;
- Representantes de Hospitais Regionais;
- Profissionais de CAPS.

Partindo dos dados encontrados nos documentos supracitados e entrevistas realizadas com os representantes da Gestão Estadual, da CIR da Planície Litorânea e das Secretarias de Saúde dos Municípios que compõem a Planície Litorânea, percebemos três momentos importantes para situarmos o processo de implantação da Rede de Atenção Psicossocial no estado do Piauí e na Planície Litorânea: 1) As articulações iniciais para o processo de implantação da RAPS no estado, em 2012; 2) O parecer com a devolutiva do Ministério da Saúde sobre o Plano da RAPS no estado, em 2014; 3) Momento atual de redesenho e repactuação da RAPS no estado.

5.2 Articulações iniciais para a implantação da RAPS no Piauí

A portaria que instituiu a RAPS tem como data o fim do ano de 2011. No ano seguinte, foram iniciadas as discussões sobre o documento, para ser definido o processo de implantação da Rede de Atenção Psicossocial no estado (FEITOSA; SILVA, 2014). Ainda no transcorrer do primeiro semestre de 2012, a portaria da RAPS foi discutida com representantes da gestão dos municípios, por meio de reuniões com os secretários, coordenadores de CAPS e, principalmente, com diretores de hospitais, assim como foram feitas visitas em municípios estratégicos, a exemplo de Parnaíba, Picos, Floriano e Piripiri, inicialmente, por serem sedes de Regionais de Saúde. Participaram desse momento os apoiadores do Ministério, para explicar sobre a importância da RAPS nos referidos territórios.

Logo, começava a ser estruturada a primeira fase do desenho da Rede e da elaboração do Plano de Ação Regional da RAPS no Piauí, conforme estabelecia a Portaria 3.088, de 23 de dezembro de 2011 (PIAUÍ, 2014a).

Ao longo da discussão para elaboração do Plano de Ação Regional, conforme documentos disponibilizados pela Gerência Estadual, foram realizadas reuniões entre os anos 2012-2013, com adesões dos gestores que demonstraram interesse pela implantação da RAPS. A partir disso, foram realizadas visitas aos municípios interessados, a fim de serem pactuados serviços e, paulatinamente, seguir na construção do desenho da Rede, por meio das reuniões da Comissão Intergestores Regional (CIR), anteriormente denominada de Colegiado de Gestão Regional (CGR)³.

A Portaria da RAPS ainda previa a instituição de um grupo condutor com atores institucionais que participassem do processo de estabelecimento da regionalização da atenção psicossocial. Assim, faziam-se necessários, ao menos, representantes da Secretaria Estadual de Saúde (SES), do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e o apoio institucional do Ministério da Saúde, para formalização do grupo condutor, tendo como atribuições:

Mobilizar os dirigentes políticos do SUS em cada fase; apoiar a organização dos processos de trabalho voltados a implantação/implementação da rede; identificar e apoiar a solução de possíveis pontos críticos em cada fase; monitorar e avaliar o processo de implantação/implementação da rede (BRASIL, 2011b).

Assim, os primeiros atores a participarem do processo de implantação da RAPS no Piauí foram os que estiveram à frente do primeiro Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção Psicossocial, instituído pela Portaria Estadual nº 00036/12, de 29 de agosto de 2012 (PIAUÍ, 2012). O grupo condutor foi formado com base no que estabelecia a Portaria 3.088, de 23 de dezembro de 2011, configurando-se por dois representantes da Secretaria de Saúde do Piauí (SESAPI); dois representantes do CONASEMS-PI; dois representantes do Ministério da Saúde (apoio institucional); um representante das 11 Regiões de Saúde do Piauí; por fim, com um representante da Fundação Municipal de Teresina.

³ O Colegiado de Gestão Regional (CGR) foi a denominação anterior do que, atualmente, chama-se de Comissão Intergestores Regional (CIR), caracteriza-se por ser uma estrutura criada pelo Pacto pela Saúde, objetivando qualificar a regionalização no SUS, de modo que garanta o exercício da ação cooperativa entre os gestores nas regiões de saúde, formando um espaço de governança em âmbito regional (BRASIL, 2006).

Nessa perspectiva, o Plano de Ação de implantação da RAPS no Piauí foi composto considerando os itens estabelecidos pela Portaria 3.088, de 23 de dezembro de 2011: a) caracterização do estado, em termos de distribuição de serviços da RAPS nos territórios; b) desenho da rede; c) processo de implantação da rede; d) ampliação do acesso aos componentes da rede; e) encaminhamento do plano ao MS.

Quanto à primeira etapa sobre a caracterização do estado, definiu-se que os 11 territórios de desenvolvimento deveriam contar com uma Rede composta por serviços e equipamentos variados, tais como: Centros de Atenção Psicossocial (CAPSs); Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs); Centros de Convivência e Cultura, Unidade de Acolhimento (UAs), e leitos integrais em Saúde Mental de atenção integral em saúde mental (em Hospitais Gerais). Porém, nem todos os territórios apresentavam a cobertura total de serviços da rede. Pelo contrário, o que caracterizava os territórios do Piauí, no início de 2012, eram basicamente dois tipos de dispositivos localizados nos seguintes pontos de atenção: a) atenção básica: equipes da Estratégia de Saúde da Família (presente em todos os municípios) e equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (presente somente em alguns municípios); b) atenção psicossocial especializada: 43 Centros de Atenção Psicossocial (30 CAPSs I, 7 CAPSs II, 1 CAPS III, 1 CAPS i, 4 CAPSs Ad); c) os demais equipamentos, como serviços residenciais terapêuticos, unidades de acolhimento, leitos integrais em Saúde Mental em hospitais gerais e hospitais psiquiátricos estavam localizados basicamente na capital, com exceção da SRT da cidade de União.

Embora, em 2012, o Piauí apresentasse bons índices de cobertura de CAPS (0,91), de acordo com Brasil (2012a), outros componentes da Rede eram inexistentes no estado como um todo, ou em determinadas regiões que compunham os territórios de saúde (Centros de Convivência, Consultório na Rua, CAPS Ad III, dentre outros), ou quando muito, conforme dito anteriormente, estavam concentrados em Teresina. Sabe-se que cada dispositivo, para ser implantado, depende do porte populacional da localidade em si, ou da Região de Saúde. Por isso a dificuldade da maioria das localidades do interior do Piauí em contar com determinados serviços.

Quanto à segunda etapa, que se refere ao desenho da rede, a proposta partiu da matriz diagnóstica dos municípios, onde cada documento sinalizou o quantitativo populacional de cada território de desenvolvimento do estado, e os novos serviços a serem implantados. Sendo assim, a matriz de cada município foi feita pela gestão local, que serviu como suporte para a

preparação do Plano de Ação Regional. Vale destacar que a elaboração da matriz diagnóstica contou principalmente com a ajuda do grupo condutor estadual, que incentivou o surgimento de grupos temáticos com diversos profissionais, para a formulação do Plano de Ação Estadual, a partir do plano de cada município, conforme apontam os entrevistados.

A Gerência Estadual, que também integra o grupo condutor, começou a realizar visitas aos territórios, convidando os coordenadores das CIRs, os secretários de saúde, profissionais de saúde (e saúde mental) para participarem das reuniões e do processo de construção da matriz diagnóstica. Nessa matriz, era necessário que fossem indicados os serviços existentes em cada Região de Saúde e nos municípios que compunham cada território, bem como a necessidade de implantação de novos serviços, quer sob o horizonte do que era possível fazê-lo inicialmente, quer sob o horizonte do que seria ideal para um determinado município ou para a Região como um todo.

No município de Parnaíba havia necessidade de um CAPS ad III, por atender Luís Correia, Buriti dos Lopes e Cocal, e por ele estar ali naquela área e por Parnaíba ser um município de maior população da Planície Litorânea. Então, o diagnóstico mostrou que havia um índice grande de usuários de drogas e de pessoas com transtornos mentais (Gestor 3).

No que se refere à distribuição dos serviços existentes em 2012, o Plano de Ação (2013- 2015) apresenta o seguinte quadro:

5.2.1 Atenção Básica do Estado do Piauí

A atenção básica contava, na época da elaboração do Plano (2013-2015), com 153 Academias da Saúde, 75 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs) tipo I e 94 credenciados, 56 NASFs tipo II implantados e 58 credenciados, 85 NASFs tipo III implantados e 96 credenciados, 943 Equipes de Saúde da Família, 91 Equipes de ESFs do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB), 176 Equipes ESFs do Programa Mais Médicos, 1.010 Equipes de Saúde Bucal Modalidade I, 55 Equipes de Saúde Bucal Modalidade II, 7.166 Agentes comunitários, 01 Consultório de Rua Modalidade II, 03 Equipes de Atenção Domiciliar (1 EMAD tipo I, 2 EMADs tipo II, 03 Equipes de Apoio Multiprofissional (EMAP), 31 Centros Especializados em Odontologia (CEOs), 127 Laboratórios de Prótese Dentária (LRPDs).

Apesar dos números apresentados em relação à atenção básica sinalizarem uma razoável cobertura, ressalta-se que o Piauí conta com uma extensão territorial significativa, refletindo num estado de grandes distâncias geográficas, fator que acaba por gerar a concentração ou dispersão dos estabelecimentos de saúde em determinadas localidades. Com exceção da Região de Saúde Entre Rios, as demais apresentam baixa oferta de serviços, o que demanda complicadores ao acesso à saúde pela população dessas áreas⁴.

Segundo apresenta o Plano de Ação Regional, as ações da saúde mental na Atenção Básica em Saúde (ABS) no estado do Piauí são ainda um desafio a ser superado para que se possa alcançar uma efetiva integração e efetivação da RAPS no estado. O Plano de Ação é claro ao apontar que a Gerência Estadual de Saúde Mental vem orientando e monitorando o desenvolvimento de ações integradas à Atenção Básica junto aos CAPSs como: supervisão em parceria com as Coordenações e Equipes de Atenção à Saúde da Família, constatando-se dificuldade no acompanhamento e no cuidado da população que demande atenção psicossocial; algumas equipes ainda trabalham com a lógica do encaminhamento para o CAPS, onde muitas vezes as demandas poderiam ser acompanhadas pela Atenção Básica (PIAUÍ, 2014a).

Apesar de o Plano (PIAUÍ, 2014a), tratar sobre a necessidade de aprofundar as ações de saúde mental na atenção básica, observa-se a inexistência de registros de ações periódicas e concretas em todo o Piauí, no sentido de fazer avançar esse desafio. Muitos são os estudos que reivindicam, nos serviços de atenção básica, maior ênfase no uso de tecnologias relacionais e de escuta, de maneira a acolher o conjunto de necessidades sociais e de saúde da população usuária, que tem na ESF a porta de entrada para o SUS, inclusive para a saúde mental.

A inclusão das questões de saúde mental na política de implantação do PSF mostra-se como uma efetiva forma de inibir a fragmentação, a parcialização do cuidado, pois há uma proposta de atuação baseada na integralidade das ações, concebendo o indivíduo de forma sistêmica e elegendo a família como locus privilegiado da intervenção (DIMENSTEIN *et al.*, 2005, p. 25).

O desafio quanto à fragmentação dos níveis de assistência na saúde, inclusive envolvendo a atenção básica e a saúde, não é um problema apenas do Brasil, mas também no cenário internacional, pois grande parte dos países ainda apresenta (grande parte) sistemas de saúde fragmentados, principalmente pela falta de um sistema articulado em redes de atenção

⁴ Ver http://www.resbr.net.br/indicadores/view/index.php?uf=22&indicador=grupo_socio

(MENDES, 2010). Assim, temos, com o fortalecimento das ações de saúde mental na atenção básica, por meio tanto das equipes da ESF quanto do NASF, um importante vetor de descentralização da atenção psicossocial, proporcionando maior qualidade no acesso da população e acolhida das necessidades e indicadores de saúde, estratégia que é fundamental na superação do modelo medicalizante e excludente em saúde mental. É nesse sentido que Duarte *et al.* (2015, p. 476) afirmam:

Os progressos alcançados no sentido de se efetivar a descentralização da política de saúde são, reconhecidamente, responsáveis pela ampliação do acesso da população aos serviços, principalmente da Atenção Básica, e pelas melhoras consideráveis nos indicadores de saúde nacionais.

Entretanto, existem alguns empecilhos que precisam ser observados pelas equipes e gestores no trabalho de articulação entre saúde mental e atenção básica. O principal deles, talvez, seja a incorporação de novas tecnologias de trabalho, o que reflete na mudança de modelos tecnoassistenciais em saúde, a exemplo do apoio matricial (FEUERWERKER, 2005). Nesse sentido, Dimenstein, Lima e Macedo (2013) entendem o apoio matricial como uma importante ferramenta que possibilita suporte técnico com orientação e atendimentos em conjunto, qualificando uma equipe menos experiente a manejar ações em saúde mental, sob a lógica da clínica ampliada e atenção psicossocial. Tais ações ocorrem sob o princípio do compartilhamento de saberes e responsabilidades, articulado com ações, e a metodologia da educação permanente em saúde.

5.2.2 Atenção Psicossocial Especializada

Sobre esse ponto de atenção, o Plano de Ação (2013-2015) relata que nos últimos anos o aumento do número de CAPS demonstra um maior cuidado e atenção por parte dos gestores às questões da saúde mental, e isso tem contribuído para que se amplie o acesso a esses dispositivos, que demandam também melhorias qualitativas no que tange às ações de saúde mental desenvolvidas nos centros para a sua consolidação em seus territórios de abrangência. Na realidade de Teresina, por exemplo, esse aumento não tem sido demonstrativo de cuidado e atenção por parte dos gestores, pois continuam em espaços precarizados.

Cabe frisar que a lógica da rede também não se centra na implantação de serviços, que é onde a maioria dos gestores acredita (a maioria) que a rede deve acontecer. A luta da saúde mental vai além da abertura de serviços, e a efetivação da rede deve acontecer, também, por

meio das práticas, do acolhimento, do cuidado, do vínculo, dentre outros processos incluídos na denominada clínica ampliada, demonstrando que o transtorno mental não é apenas caso de CAPS, por isso a dificuldade dos gestores entenderem a lógica desse campo de atuação.

Antes da efetivação da Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, o Piauí contava com 39 CAPSs. Após o estabelecimento da RAPS e sua (pretensa) regionalização, o estado passou a contar com 43 CAPSs em 2012, com a perspectiva de aumentar esse número, devido às pactuações realizadas. Entretanto, há uma série de fragilidades a serem superadas, principalmente as que estão relacionadas à organização dos processos de trabalho, na perspectiva de fazer avançar, no cotidiano dos serviços, o modelo de atenção psicossocial, por meio da clínica ampliada, da reabilitação psicossocial, e a desinstitucionalização psiquiátrica, com foco voltado para o cuidado territorial em saúde mental. É nesse sentido que Lancetti (2008) realiza a discussão sobre a necessidade de se turbinar os CAPSs, na perspectiva de que possam recuperar o caráter inventivo, participativo e aberto ao território e à rede intersetorial, em detrimento de sua marca burocrática e cronificadora.

5.2.3 Atenção de urgência e emergência

Com relação a esse ponto da rede de atenção, o contexto em que nos ambientamos, historicamente nos mostra que são encaminhadas muitas pessoas com histórico ou em situações de urgência e emergência psiquiátrica, com bastante frequência, para o Hospital Areolino de Abreu, atualmente o único hospital psiquiátrico do estado, com 160 leitos integrais em Saúde Mental para internação (FEITOSA, 2015).

O Plano de Ação indica que essa realidade vem sendo transformada, por conta do acolhimento de Hospitais Gerais municipais em todo o estado, ao disponibilizarem leitos tanto para situações de crises em decorrência de transtornos mentais quanto para situações de álcool e outras drogas. Destaca-se que o Plano (PIAÚÍ, 2014a) apresenta claramente a ação do Hospital do Mocambinho como unidade de referência em AD, na perspectiva da redução de danos, possuindo capacidade para 20 leitos, porém, é sabido que não se trabalha com a redução de danos.

Apesar de o Plano sinalizar este avanço, não se percebe na prática, sendo que os serviços nesse nível de atenção, encontram-se com dificuldades de atenção na capital e no

interior, apresentando dificuldade para intervir frente aos casos de urgência e emergência psiquiátrica.

5.2.4 Atenção hospitalar

Os leitos integrais em Saúde Mental constituem equipamentos de retaguarda hospitalar para os casos em que a internação se faz necessária, após esgotadas todas as possibilidades de atendimento em unidades extra-hospitalares e de urgência. A Portaria nº 336/2002, estabelece que o número de leitos integrais em Saúde Mental não deve ultrapassar 10% da capacidade hospitalar, chegando ao máximo de 30 leitos por serviço. Além dos leitos, os espaços devem incluir salas para trabalhos grupais e utilização de áreas externas para realização da atenção e o cuidado nesse nível de atenção (FERIGATO; CAMPOS; BALLARIN, 2007).

Com relação à ampliação e o aumento de leitos integrais em saúde mental em hospitais gerais no Piauí, são muitas as dificuldades. O Plano faz referência que 04 hospitais estaduais (apesar de não discriminar quais e onde) receberam incentivo financeiro do Programa “Crack é possível vencer” para a implantação de leitos integrais em saúde mental. O Plano ainda indica que a grande maioria dos hospitais que pactuou (a grande maioria) leitos ainda não recebeu incentivos, o que, em sua concepção, pode vir a gerar morosidade quanto ao processo de implantação dos leitos para atender efetivamente às demandas que justifiquem esse dispositivo (PIAUI, 2014a).

Apesar de poucas e vagas as informações do Plano em relação à atenção hospitalar, é urgente a regionalização deste dispositivo para as demais localidades do estado. A maioria dos leitos, nessa modalidade de atenção, está (a maioria) concentrada em Teresina. Além disso, o acesso aos leitos do Hospital Areolino de Abreu tem sido uma queixa recorrente, especialmente dos municípios do interior, devido à lotação e à falta de regulação. Por não contarem com leitos integrais em saúde mental regionalizados, a saída desses municípios é a velha estratégia e prática da “ambulancioterapia”, com o envio dos casos agudos e crônicos, em situação de crise, para Teresina, como alternativa de forçar a internação. Outra dificuldade é o financiamento, pois os serviços “teriam que reestruturar a área física do hospital, investir na capacitação dos profissionais já vinculados à empresa, bem como a contratação de novos profissionais, que ainda não fazem parte da equipe, como assistente social, psicólogo e terapeuta ocupacional” (MION; SCHNEIDER, 2003, p. 41).

No entanto, cabe pontuarmos que não somente a implantação de serviços é necessária nesse processo, tendo em vista que os processos de trabalho dentro das equipes, e por toda a rede, também são essenciais dentro deste espaço de promoção de saúde, o que de fato não se encontra no exposto pelo Plano (PIAUÍ, 2014a).

É imprescindível para o tratamento do sujeito, a criação de uma rede de suporte também extra CAPS. Esta rede pode ser constituída tanto no aspecto ainda tradicional da saúde como a articulação da assistência ao paciente com os Centros de Saúde (quando fora da crise), Prontos-Socorros e SAMU, quando necessário; como também no aspecto intersetorial, com a criação e manutenção da articulação de diferentes secretarias: saúde, esportes, Cultura, Assistência Social, etc... e ainda o fortalecimento de seus laços afetivos e sociais, incluindo a família, amigos, comunidade e com seu próprio território, pois nos momentos, dentro ou fora da crise, estes laços não podem ser interrompidos, a não ser em casos pontuais de extrema gravidade e necessidade (FERIGATO; CAMPOS; BALLARIN, 2007, p. 40-41).

5.2.5 Estratégias de desinstitucionalização

O Plano indica que a Gerência Estadual tem implantado Serviços Residenciais Terapêuticos mediante a proposta de desinstitucionalização para usuários com históricos de internação de longa permanência em Hospital Psiquiátrico no estado. Refere que foi implantada, além das já existentes, 01 SRT de gestão do município de Teresina e 01 SRT do município de União, com 19 beneficiários do Programa de Volta para Casa (PVC). Totalizando, atualmente, 05 Serviços Residenciais Terapêuticos no Piauí.

De fato, tanto o SRT quanto o PVC são importantes dispositivos de desinstitucionalização. O Serviço Residencial Terapêutico foi instituído em 11 de fevereiro de 2000, por meio de Portaria nº 106, apresentando algumas configurações:

Os SRTs, ou simplesmente RTs, são moradias ou casas inseridas na comunidade e destinadas a cuidar dos pacientes egressos de internações psiquiátricas de longa permanência e que não possuem suporte social e laços familiares. Devem constituir características físico-funcionais e cada moradia abrigar, no máximo, oito usuários, acomodados na proporção de até três por dormitório e ser equipada com todos os móveis e eletrodomésticos básicos de uma moradia comum. Cada residência deve ter, pelo menos, um profissional de nível superior da área da saúde mental e dois profissionais de nível médio, com experiência ou capacitação específica em reabilitação psicossocial. Ao profissional de nível superior cabe a função de ser a referência técnica da casa, supervisionando diariamente as atividades e o processo de reabilitação dos moradores. Por sua vez, os profissionais de nível médio atuam como cuidadores e auxiliares diretos na reinserção social. As abordagens conhecidas como reabilitação psicossocial são um importante componente da proposta de atendimento comunitário em saúde mental. Surgiram em virtude da observação de que os modelos existentes nos anos 1970 eram insuficientes para auxiliar o tratamento de pacientes que, em razão da própria doença e dos longos períodos de

internação, perderam as habilidades necessárias para a vida na comunidade (VIDAL; BANDEIRA; GONTIJO, 2008, p. 75).

Para Saraceno (2001), a reabilitação psicossocial se constitui em modelo teórico-prático com o intuito de possibilitar aos usuários que são crônicos o desenvolvimento de sua autonomia, retomando suas contratualidades, por exemplo, nas diversas situações do seu cotidiano.

A reabilitação seria um conjunto de estratégias orientadas a aumentar as oportunidades de troca e de recursos de afetos; é somente no interior de tal dinâmica das trocas que se cria um efeito “habilitador”. Assim sendo, a reabilitação é um processo que implica a abertura de espaços de negociação para o paciente, para sua família, para a comunidade circundante e para os serviços que se ocupam do paciente: a dinâmica da negociação é contínua e não pode ser codificada de uma vez por todas, já que os atores (e os poderes) em jogo são muito e reciprocamente multiplicantes (SARACENO, 2001, p. 112).

Desse modo, quando se fala nos Serviços Residenciais Terapêuticos, deve-se observar, e há que se ter o cuidado, tanto em nível de Piauí como em todo o país, para não ser um serviço com base na tutela e nem na lógica manicomial; é preciso agir contra o preconceito, que pode surgir dos próprios vizinhos ou da comunidade; bem como a articulação do serviço com a rede de saúde e intersetorial. Esses são aspectos que sequer são referidos no Plano, de modo que os moradores das residências possam participar das atividades da comunidade em que estão inseridos, possam estar em contato com a atenção básica e incluídos em espaços de convivência e fortalecimento de vínculos, participando inclusive de projetos e atividades desenvolvidas pelo Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) e outros, por exemplo.

Uma vez estabelecido o diagnóstico, em termos dos serviços existentes, foi planejada a pactuação dos seguintes serviços para o fortalecimento da RAPS em cada território de saúde do Piauí. Cabe destacar, que a portaria da RAPS nº 3.088/2011, apresenta outros números (quanto à quantidade de habitantes para implantação dos serviços), no entanto, existe um anexo da mesma mais recente, datado de 2013, com novos números (de habitantes) para implantação dos serviços. Logo, a quantidade de habitantes para implantação dos serviços nos municípios ou regiões está atualizada (a quantidade) conforme o anexo da portaria nº 3.088/2011, o documento é oficial, DOU nº 96, de 21 de maio de 2013:

Quadro 3 - Região, municípios e quantidade de CAPS I pactuados

REGIÃO	MUNICÍPIOS PACTUADOS	HABITANTES*	SERVIÇOS
Carnaubais	<ul style="list-style-type: none"> Cocal de Telha (4.525 hab.) [pactuado com os municípios Nossa Senhora de Nazaré (4.556 hab.) e Boa Hora (6.296 hab.)] 	15.377 hab.	1 CAPS I
	<ul style="list-style-type: none"> São João da Serra (6.157 hab.) [pactuado com os municípios Buriti dos Montes (7.974 hab.) e Novo Santo Antônio (3.260 hab.)] 	17.391 hab.	1 CAPS I
	<ul style="list-style-type: none"> Sigefredo Pacheco (9.619 hab.) [pactuado com os municípios Jatobá do Piauí (4.656 hab.) e Juazeiro do Piauí (4.757 hab.)] 	19.032 hab.	1 CAPS I
Chapada das Mangabeiras	<ul style="list-style-type: none"> Avelino Lopes (11.067 hab.) [pactuado com os municípios Curimatá (10.761 hab.) e Morro Cabeça no Tempo (4.068 hab.)] 	25.896 hab.	1 CAPS I
	<ul style="list-style-type: none"> Cristino Castro (9.981 hab.) [pactuado com os municípios Palmeira do Piauí (4.993 hab.), Santa Luz (5.513 hab.) e Alvorada do Gurgueia (5.050 hab.)] 	25.537 hab.	1 CAPS I
Cocais	<ul style="list-style-type: none"> Capitão de Campos (10.953 hab.) [pactuado com Boqueirão (6.193 hab.)] 	17.146 hab.	1 CAPS I
Entre Rios	<ul style="list-style-type: none"> Barro Duro (6.607 hab.) [pactuado com Passagem Franca (4.546 hab.), Agricolândia (5.098 hab.), Olho d'água (2.626 hab.) e Lagoinha (2.656 hab.)] 	21.533 hab.	1 CAPS I
	<ul style="list-style-type: none"> Beneditinos (9.911 hab.) [pactuado com Alto Longá (13.646 hab.), Pau D'arco (3.757 hab.) e Coivaras (3.811 hab.)] 	31.125 hab.	1 CAPS I
	<ul style="list-style-type: none"> Monsenhor Gil (10.333 hab.), [pactuado com Lagoa do Piauí (3.863 hab.), Currealinhos (4.183 hab.) e Miguel Leão (1.253 hab.)] 	19.632 hab.	1 CAPS I

	<ul style="list-style-type: none"> Palmeirais (13.745 hab.) [pactuado com Nazária (8.068 hab.)] 	21.813 hab.	1 CAPS I
Planície Litorânea	<ul style="list-style-type: none"> Caraúbas do Piauí (5.525 hab.) [pactuado com Caxingó (5.039 hab.) e Murici dos Portelas (8.464 hab.)] 	19.028 hab.	1 CAPS I
Território do Vale do Rio Guaribas	<ul style="list-style-type: none"> Alegrete do Piauí (5.153 hab.) [pactuado com Belém do Piauí (3.284 hab.), Padre Marcos (6.657 hab.) e Francisco Macedo (2.879 hab.)] 	17.973 hab.	1 CAPS I
	<ul style="list-style-type: none"> Fronteiras (11.117 hab.) [pactuado com todos os municípios do território (348.746 hab.)] 	359.863 hab.	1 CAPS I
	<ul style="list-style-type: none"> Simões (14.180 hab.) [pactuado com Marcolândia (7.812 hab.) e Curral Novo (4.869 hab.)] 	26.861 hab.	1 CAPS I
Total			14 CAPSs I

Fonte: Elaboração própria, com base no Plano de Ação RAPS (PIAUI, 2014a).

Nota: Conforme anexo da Portaria 3.088/2011, DOU nº 96, de 21/05/2013, municípios ou regiões com população acima de 15 mil habitantes.

Quadro 4 - Região, municípios e quantidade de CAPS II pactuados

REGIÃO	MUNICÍPIOS PACTUADOS	HABITANTES	SERVIÇOS
Carnaubais	<ul style="list-style-type: none"> Campo Maior (45.177 hab.) [pactuado com os demais municípios do território (111.894 hab.)] 	157.071 hab.	1 CAPS II (Qualificação de CAPS I para II)
Cocais	<ul style="list-style-type: none"> Barras (44.850 hab.) [pactuado com todos os demais municípios do território (340.222hab.)] 	385.072 hab.	1 CAPS II (Qualificação de CAPS I para II)
	<ul style="list-style-type: none"> Pedro II (37.496 hab.) 	37.496 hab.	1 CAPS II (Qualificação de CAPS I para II)
Entre Rios	<ul style="list-style-type: none"> União (42.654 hab.) [pactuado com Miguel Alves (32.289 hab.), Lagoa Alegre (8.008 hab.) e José de Freitas (37.085)] 	120.036 hab.	1 CAPS II (Qualificação de CAPS I para II)
Território do Vale do Canindé	<ul style="list-style-type: none"> Simplício Mendes (12.077 hab.) [pactuado com todos 	104.492 hab.	1 CAPS II

	os demais municípios do território (92.415 hab.)]		
Território do Vale do Rio Guaribas	<ul style="list-style-type: none"> Paulistana (19.785 hab.) [pactuado com todos os demais municípios do território (340.078 hab.)]. 	359.863 hab.	1 CAPS II
	<ul style="list-style-type: none"> Picos (73.414 hab.) [pactuado com todos os demais municípios do território (286.449 hab.)]. 	359.863 hab.	1 CAPS II
Território do Vale do Sambito	<ul style="list-style-type: none"> Valença do Piauí (20.326 hab.) [pactuado com todos os demais municípios do território (83.698 hab.)]. 	104.024 hab.	1 CAPS II
Total			8 CAPSs II

Fonte: Elaboração própria, com base no Plano de Ação RAPS (PIAUI, 2014a).

Nota: Conforme anexo da Portaria 3.088/2011, DOU nº 96, de 21/05/2013, municípios ou regiões com população acima de 70 mil habitantes.

Quadro 5 - Região, municípios e quantidade de CAPS III pactuados

REGIÃO	MUNICÍPIOS PACTUADOS	HABITANTES	SERVIÇOS
Território do Vale dos Rios Piauí e Itaeiras	<ul style="list-style-type: none"> Floriano (57.690 hab.) [pactuado com todos os demais municípios do Território do Vale dos Rios Piauí e Itaeiras (145.271 hab.) e do Território Tabuleiro do Alto Parnaíba (44.665 hab.)]. 	247.626 hab.	CAPS III (Qualificação de CAPS II para CAPS III)

Fonte: Elaboração própria, com base no Plano de Ação RAPS (PIAUI, 2014a).

Nota: Conforme anexo da Portaria 3.088/2011, DOU nº 96, de 21/05/2013, municípios ou regiões com população acima de 150 mil habitantes.

Quadro 6 - Região, municípios e quantidade de CAPS Ad pactuados

REGIÃO	MUNICÍPIOS PACTUADOS	HABITANTES	SERVIÇOS
Chapada das Mangabeiras	<ul style="list-style-type: none"> Bom Jesus (22.629 hab.) [pactuado com todos os demais municípios do território (134.442 hab.)]. 	157.071 hab.	1 CAPS Ad

Cocais	<ul style="list-style-type: none"> • Esperantina (37.767 hab.) [pactuado com Batalha (25.774 hab.), Joaquim Pires (13.817 hab.), Morro do Chapéu do Piauí (6.499 hab.), São João do Arraial (7.336 hab.) e Nossa Senhora dos Remédios (8.206 hab.)] 	99.399 hab.	1 CAPS Ad
	<ul style="list-style-type: none"> • Luzilândia (24.721 hab.) [pactuado com Matias Olímpio (10.473 hab.), Madeiro (7.816 hab.), Joca Marques (5.100 hab.), Joaquim Pires (13.817 hab.), Campo Largo (6.803 hab.) e Porto (11.897 hab.)] 	80.627 hab.	1 CAPS Ad
Entre Rios	<ul style="list-style-type: none"> • Água Branca (16.451 hab.) [pactuado com os municípios que compõem a microrregião do Médio Parnaíba (114.338 hab.)] 	130.789 hab.	1 CAPS Ad
	<ul style="list-style-type: none"> • Demerval Lobão (13.278 hab.) [pactuado com Lagoa (3.863 hab.), Barro Duro (6.607 hab.), Monsenhor Gil (10.333 hab.), Miguel Leão (1.253 hab.), Curalinhos (4.183 hab.), Agricolândia (5.098 hab.) e Passagem Franca (4.546 hab.)] 	49.161 hab.	1 CAPS Ad
	<ul style="list-style-type: none"> • União (42.654 hab.) [pactuado com Miguel Alves (32.289 hab.), Lagoa Alegre (8.008 hab.) e José de Freitas (37.085 hab.)] 	120.036 hab.	1 CAPS Ad
Serra da Capivara	<ul style="list-style-type: none"> • São Raimundo Nonato (32.327 hab.) [pactuado com todos os demais municípios do território (108.411 hab.)] 	140.738 hab.	1 CAPS Ad
Tabuleiro do Alto Parnaíba	<ul style="list-style-type: none"> • Uruçuí (20.149 hab.) [pactuado com todos os demais municípios do Território do Vale dos Rios Piauí e Itaueiras (182.812 hab.) e do 	247.626 hab.	1 CAPS Ad

	Território Tabuleiro do Alto Parnaíba (44.665 hab.)]		
Território do Vale do Canindé	• Oeiras (35.640 hab.)	35. 640 hab.	1 CAPS Ad
Território do Vale do Rio Guaribas	• Paulistana (19.785 hab.) [pactuado com todos os demais municípios do território (340.078 hab.)]	359.863 hab.	1 CAPS Ad
Território do Vale do Sambito	• Valença do Piauí (20.326 hab.) [pactuado com todos os demais municípios do território (83.698 hab.)]	104.024 hab.	1 CAPS Ad
Total			11 CAPSs Ad

Fonte: Elaboração própria, com base no Plano de Ação RAPS (PIAUI, 2014a).

Nota: Conforme anexo da Portaria 3.088/2011, DOU nº 96, de 21/05/2013, municípios ou regiões com população acima de 70 mil habitantes.

Quadro 7 - Região, municípios e quantidade de CAPS ad III pactuados

REGIÃO	MUNICÍPIOS PACTUADOS	HABITANTES	SERVIÇOS
Carnaubais	• Campo Maior (45.177 hab.) [pactuado com todos os demais municípios do território (111.894 hab.)]	157.071 hab.	1 CAPS Ad III
Cocais	• Barras (44.850 hab.) [pactuado com Batalha (25.774 hab.), Esperantina (37.767 hab.), Joaquim Pires (13.817 hab.), Luzilândia (24.721 hab.), Joca Marques (5.100hab.), Morro do Chapéu (6.499 hab.), São João do Arraial (7.336 hab.), Campo Largo do Piauí (6.803 hab.), Madeiro (7.816 hab.), Nossa Senhora dos Remédios (8.206 hab.) e Porto (11.897 hab.)].	200.586 hab.	1 CAPS Ad III
	• Piripiri (61.834 hab.) [pactuado com todo o território (323.238 hab.)]	385.072 hab.	1 CAPS Ad III (Qualificação de CAPS Ad para CAPS Ad III)
Entre Rios	• Teresina (814.230 hab.) [pactuado com todos os demais municípios do território (352.585	1.166.815 hab.	2 CAPSs Ad III

	hab.)]		
Território do Vale do Rio Guaribas	<ul style="list-style-type: none"> Picos (73.414 hab.) [pactuado com todos os demais municípios do território (286.449 hab.)] 	359.863hab.	1 CAPS Ad III (Qualificação de CAPS Ad para CAPS Ad III)
Total			6 CAPSs Ad III

Fonte: Elaboração própria, com base no Plano de Ação RAPS (PIAUI, 2014a).

Nota: Conforme anexo da Portaria 3.088/2011, DOU nº 96, de 21/05/2013, municípios ou regiões com população acima de 150 mil habitantes.

Quadro 8 - Região, municípios e quantidade de CAPS i pactuados

REGIÃO	MUNICÍPIOS PACTUADOS	HABITANTES	SERVIÇOS
Carnaubais	<ul style="list-style-type: none"> Campo Maior (45.177 hab.) [pactuado com todos os demais municípios do Território (111.894 hab.)] 	157.071 hab.	1 CAPS i
Entre Rios	<ul style="list-style-type: none"> Demerval Lobão (13.278 hab.) [pactuado com Lagoa (3.863 hab.), Barro Duro (6.607 hab.), Monsenhor Gil (10.333 hab.), Miguel Leão (1.253 hab.), Currálinhos (4.183hab.), Agricolândia (5.098 hab.) e Passagem Franca (4.546 hab.)] 	49.161 hab.	1 CAPS i
	<ul style="list-style-type: none"> Miguel Alves (32. 289 hab.) [pactuado com Lagoa Alegre (8.008 hab.) e União (42.654 hab.)] 	82.881 hab.	1 CAPS i
	<ul style="list-style-type: none"> Regeneração (17.556 hab.) [pactuado com a microrregião do Médio Parnaíba (113.233 hab.)] 	130.789 hab.	1 CAPS i
	<ul style="list-style-type: none"> Teresina (814. 230 hab.) [pactuado com o território (352.585 hab.)] 	1.166.815 hab.	1 CAPS i
Planície Litorânea	<ul style="list-style-type: none"> Parnaíba (145. 705 hab.) [pactuado com todo o território (119.497 hab.)] 	265. 202 hab.	1 CAPS i
Território do Vale dos Rios Piauí e Itaueiras	<ul style="list-style-type: none"> Florianópolis (57.690 hab.) [pactuado com todos os demais municípios do Território do Vale dos Rios Piauí e Itaueiras (145.271 hab.) e do Território Tabuleiro do Alto Parnaíba (44.665 hab.)] 	247.626 hab.	1 CAPS i

Território do Vale do Guaribas	<ul style="list-style-type: none"> Paulistana (19.785 hab.) [pactuado com todos os demais municípios do Território (340.078 hab.)] 	359.863 hab.	1 CAPS i
	<ul style="list-style-type: none"> Picos (73.414 hab.) [pactuado com todos os demais municípios do Território (286.449 hab.)] 		1 CAPS i
Território do Vale do Sambito	<ul style="list-style-type: none"> Elesbão Veloso (14.512 hab.) [pactuado com Barra do Alcântara (3.852 hab.), Várzea Grande (4.336 hab.) e Francinópolis (5.235 hab.)] 	27.935 hab.	1 CAPS i
	<ul style="list-style-type: none"> Pimenteiras (11.733 hab.) [pactuado com Assunção do Piauí (7.503 hab.)] 	19.236 hab.	1 CAPS i
Total			11 CAPSs i

Fonte: Elaboração própria, com base no Plano de Ação RAPS (PIAUI, 2014a).

Nota: Conforme anexo da Portaria 3.088/2011, DOU nº 96, de 21/05/2013, municípios ou regiões com população acima de 70 mil habitantes.

Quadro 9 - Região, municípios e quantidade de CAPS i ad III pactuados

REGIÃO	MUNICÍPIOS PACTUADOS	HABITANTES	SERVIÇOS
Entre Rios	<ul style="list-style-type: none"> Teresina (814. 230 hab.) [pactuado com o território (352.585 hab.)] 	1.166.815 hab.	1 CAPS infantil Ad III

Fonte: Elaboração própria, com base no Plano de Ação RAPS (PIAUI, 2014a).

Nota: Conforme Portaria 3.088/2011, municípios ou regiões com população 150 mil habitantes.

Quadro 10 - Região, municípios e quantidade de Leitos integrais em Saúde Mental em hospitais gerais pactuados

REGIÃO	MUNICÍPIOS PACTUADOS	HABITANTES	SERVIÇOS
Carnaubais	<ul style="list-style-type: none"> Campo Maior (45.177 hab.) [pactuado com todos os demais municípios do Território (111.894 hab.)] 	157.071 hab.	10 leitos

	<ul style="list-style-type: none"> Castelo do Piauí (18.336 hab.) [pactuado com todos os demais municípios do Território (138.735 hab.)] 		05 leitos
Chapada das Mangabeiras	<ul style="list-style-type: none"> Bom Jesus (22.629 hab.) [pactuado com todos os demais municípios do Território (164.828 hab.)] 	187.457 hab.	06 leitos
Cocais	<ul style="list-style-type: none"> Barras (44.850 hab.) [pactuado com todos os demais municípios do Território (340.222 hab.)] 	385.072 hab.	07 leitos
	<ul style="list-style-type: none"> Batalha (25.774 hab.) [(pactuado com todo o território)] 		04 leitos
	<ul style="list-style-type: none"> Luzilândia (24.721 hab.) [(pactuado com todos os demais municípios do território (360.351 hab.)] 		06 leitos
	<ul style="list-style-type: none"> Esperantina (37.767 hab.) 	37.767 hab.	06 leitos
	<ul style="list-style-type: none"> Piracuruca (27.553 hab.) 	27.553 hab.	06 leitos
	<ul style="list-style-type: none"> Piripiri (61.834 hab.) 	61.834 hab.	11 leitos
	Entre Rios	<ul style="list-style-type: none"> Água Branca (16.451 hab.) 	16.451 hab.

	<ul style="list-style-type: none"> • Teresina (814. 230 hab.) [pactuado com todo o território (352.585 hab.)] 	1.166.815 hab.	10 leitos no HUT, 10 Leitos no Hosp. Promorar, 04 leitos na Unidade de Saúde do Dirceu, 04 leitos na Unidade de Saúde do Satélite, 04 leitos na Unidade de Saúde do Buenos Aires
	<ul style="list-style-type: none"> • União (42.654 hab.) 	42.654 hab.	04 leitos
Planície Litorânea	<ul style="list-style-type: none"> • Cocal (26.036 hab.) [pactuado com Caxingó (5.039 hab.), Cocal dos Alves (5.572 hab.) e Caraúbas (5.525 hab.)] 	42.172 hab.	04 leitos
	<ul style="list-style-type: none"> • Luís Correia (28.406 hab.) [pactuado com todo o território (236.796 hab.)] 	265.202 hab.	04 leitos
	<ul style="list-style-type: none"> • Parnaíba (145.705 hab.) [pactuado com todo o território (119.497 hab.)] 		10 leitos
Serra da Capivara	<ul style="list-style-type: none"> • São João do Piauí (19.548 hab.) [pactuado com todo o território (121.190 hab.)] 	140.738 hab.	06 leitos
	<ul style="list-style-type: none"> • São Raimundo Nonato (32.327 hab.) [pactuado com todo o território (108.411 hab.)] 		08 leitos no Hosp. Regional 21 leitos na Casa da Saúde de São José (Conveniado SUS)
Território do Vale dos Rios Piauí e Itaueiras	<ul style="list-style-type: none"> • Floriano (57.690 hab.) [pactuado com todos os municípios do território do Vale dos Rios Piauí e Itaueiras (145.271 hab.) e do 	247.626 hab.	12 leitos

	Alto Parnaíba (44.665 hab.)]		
	<ul style="list-style-type: none"> • Guadalupe (10. 268 hab.) [pactuado com todos os municípios do território do Vale dos Rios Piauí e Itaueiras (192.693 hab.) e do Alto Parnaíba (44.665 hab.)] 		04 leitos
Território Tabuleiro do Alto Parnaíba	<ul style="list-style-type: none"> • Uruçuí (20. 149 hab.) [pactuado com todos os municípios do território do Vale dos Rios Piauí e Itaueiras (182.812 hab.) e do Alto Parnaíba (44.665 hab.)] 		04 leitos
Território do Vale do Canindé	<ul style="list-style-type: none"> • Oeiras (35.640 hab.) 	35. 640 hab.	06 leitos
Território do Vale do Rio Guaribas	<ul style="list-style-type: none"> • Jaicós (18.035 hab.) 	18.035 hab.	4 leitos
	<ul style="list-style-type: none"> • Paulistana (19. 785 hab.) [pactuado com todo o território (340.078 hab.)] 	359.863 hab.	04 leitos
	<ul style="list-style-type: none"> • Picos (73. 414 hab.) [pactuado com todo o território (286.449 hab.)] 		10 leitos
Território do Vale do Sambito	<ul style="list-style-type: none"> • Valença do Piauí (20. 326 hab.) [pactuado com todo o território (83.698 hab.)] 	104.024 hab.	04 leitos
Total			202 leitos

Fonte: Elaboração própria, com base no Plano de Ação RAPS (PIAUI, 2014a).

Nota: Conforme anexo da Portaria 3.088/2011, DOU nº 96, de 21/05/2013, 1 leito para cada 23 mil habitantes.

Quadro 11 - Região, municípios e quantidade de Serviços Residenciais Terapêuticos pactuados

REGIÃO	MUNICÍPIOS PACTUADOS	HABITANTES	SERVIÇOS
Cocais	<ul style="list-style-type: none"> • Piripiri (61. 834hab.) [pactuado com todo o território (323.238 hab.)] 	385.072 hab.	1 SRT
Entre Rios	<ul style="list-style-type: none"> • Teresina (814. 230 hab.) [pactuado com 	1.166.815 hab.	2 SRTs do tipo I

	todo o território (352.585 hab.)]		
Planície Litorânea	<ul style="list-style-type: none"> • Parnaíba (145.705 hab.) [pactuado com todo o território (119.497 hab.)] 	265.202 hab.	1 SRT
Território do Vale do Guaribas	<ul style="list-style-type: none"> • Picos (73. 414 hab.) [pactuado com todo o território (286.449 hab.)] 	359.863 hab.	1 SRT
Território do Vale do Sambito	<ul style="list-style-type: none"> • Valença do Piauí (20.326 hab.) [pactuado com todo o território (83.698 hab.)] 	104.024 hab.	1 SRT
Total			6 SRTs

Fonte: Elaboração própria, com base no Plano de Ação RAPS (PIAUI, 2014a).

Nota: Conforme anexo da Portaria 3.088/2011, DOU nº 96, de 21/05/2013, a depender do número de municípios que recebam alta após pelo menos dois anos de internação ininterrupta em hospital psiquiátrico ou hospital de custódia.

Quadro 12 - Região, municípios e quantidade de Unidades de Acolhimento (UA) Adulta pactuados

REGIÃO	MUNICÍPIOS PACTUADOS	HABITANTES	SERVIÇOS
Chapada das Mangabeiras	<ul style="list-style-type: none"> • Bom Jesus (22.629 hab.) [pactuado com todo o território (164.828 hab.)] 	187. 457 hab.	1 UAA
Cocais	<ul style="list-style-type: none"> • Barras (44.850 hab.) [pactuado com todo o território (340.222 hab.)] 	385.072 hab.	1 UAA
Entre Rios	<ul style="list-style-type: none"> • Água Branca (16.451 hab.) [pactuado com a microrregião do Médio Parnaíba (114.338 hab.)] 	130. 789 hab.	1 UAA
	<ul style="list-style-type: none"> • Amarante (17.135 hab.) [pactuado com a microrregião Médio do Parnaíba (113. 654 hab.)] 		1 UAA
	<ul style="list-style-type: none"> • Monsenhor Gil (10.333) [pactuado com Lagoa do Piauí (3.863 hab.), Curralinhos (4.183 hab.) e Miguel Leão (1.253 hab.)] 	19.632 hab.	1 UAA
	<ul style="list-style-type: none"> • Teresina (814.230 hab.) [pactuado com todo o território (352. 585 hab.)] 	1.166.815 hab.	2 UAAs

	<ul style="list-style-type: none"> • União (42.654 hab.) [pactuado com Miguel Alves (32. 289 hab.), Lagoa Alegre (8.008 hab.) e José de Freitas (37.085)] 	120.036 hab.	1 UAA
Planície Litorânea	<ul style="list-style-type: none"> • Parnaíba (145.705 hab.) [pactuado com todo o território (119.497 hab.)] 	265. 202 hab.	1 UAA municipal
	<ul style="list-style-type: none"> • Luís Correia (28.406 hab.) [pactuado com todo o território (236.796 hab.)] 		1 UAA estadual
Vale dos Rios Piauí e Itaueiras	<ul style="list-style-type: none"> • Floriano (57. 690 hab.) [pactuado com todos os municípios do território do Vale dos Rios Piauí e Itaueiras (145.271 hab.) e do Alto Parnaíba (44.665 hab.)] 	247.626 hab.	1 UAA
Território Tabuleiro do Alto Parnaíba	<ul style="list-style-type: none"> • Uruçuí (20.149 hab.) 	20.149 hab.	1 UAA
Território do Vale do Rio Guaribas	<ul style="list-style-type: none"> • Picos (73.414 hab.) [pactuado com todo o território (286.449 hab.)] 	359.863 hab.	1 UAA
Total			14 UAAs

Fonte: Elaboração própria, com base no Plano de Ação RAPS (PIAUI, 2014a).

Nota: Conforme anexo da Portaria 3.088/2011, DOU nº 96, de 21/05/2013, devem ser seguidas orientações conforme a Portaria 121, de 25 de janeiro de 2012, para municípios ou regiões com população igual ou superior de 200.000 habitantes.

Quadro 13 - Região, municípios e quantidade de UA infanto-juvenil pactuados

REGIÃO	MUNICÍPIOS PACTUADOS	HABITANTES	SERVIÇOS
Carnaubais	<ul style="list-style-type: none"> • Campo Maior (45. 177 hab.) [pactuado com todo o território (111.894 hab.)] 	157.071 hab	1 UAI
	<ul style="list-style-type: none"> • Castelo do Piauí (18.336 hab.) [pactuado com todo o território (138.735 hab.)] 		1 UAI
Chapada das Mangabeiras	<ul style="list-style-type: none"> • Bom Jesus (22.629 hab.) [pactuado com todo o território (164.828 hab.)] 	187.457 hab.	1 UAI
Cocais	<ul style="list-style-type: none"> • Piripiri (61.834 hab.) [pactuado com todo o território (323. 258 hab.)] 	385.092 hab.	1 UAI

Entre Rios	<ul style="list-style-type: none"> Miguel Alves (32. 289 hab.) [pactuado com Lagoa Alegre (8.008 hab.) e União (42.654 hab.)] 	82.951 hab.	1 UAI
	<ul style="list-style-type: none"> Teresina (814.230 hab.) [pactuado com todo o território (352.585 hab.)] 	1.166.815 hab.	1 UAI
Planície Litorânea	<ul style="list-style-type: none"> Parnaíba (145.705 hab.) [pactuado com todo o território (119.497 hab.)] 	265.202 hab.	1 UAI
Serra da Capivara	<ul style="list-style-type: none"> São Raimundo Nonato (32.327 hab.) [pactuado com todo o território (108.411 hab.)] 	140.738 hab.	1 UAI
Território do Vale do Rio Piauí e Itaueiras	<ul style="list-style-type: none"> Floriano (57. 690 hab.) [pactuado com todos os municípios do território do Vale dos Rios Piauí e Itaueiras (145.271 hab.) e do Alto Parnaíba (44.665 hab.)] 	247. 626 hab.	1 UAI
Território Tabuleiro do Alto Parnaíba	<ul style="list-style-type: none"> Uruçuí (20.149 hab.) 	20.149 hab.	1 UAI
Território Vale do Canindé	<ul style="list-style-type: none"> Oeiras (35.640 hab.) 	35.640 hab.	1 UAI
Total			11 UAIs

Fonte: Elaboração própria, com base no Plano de Ação RAPS (PIAÚÍ, 2014a).

Nota: Conforme anexo da Portaria 3.088/2011, DOU nº 96, de 21/05/2013, devem ser seguidas orientações conforme a Portaria 121, de 25 de janeiro de 2012, para municípios ou regiões com população igual ou superior de 200.000 habitantes.

Piripiri, que conta com 61.834 habitantes, foi pactuado com Piracuruca (27.553 hab.), Capitão de Campos (10.953 hab.), Brasileira (7.966 hab.), Domingos Mourão (4.264 hab.), Lagoa de São Francisco (6.422 hab.), Milton Brandão (6.769 hab.), Pedro II (37.496 hab.), São João da Fronteira (5.608 hab.) e São José do Divino (5.148 hab.), totalizando 174.013 habitantes.

Quadro 14 - Região, municípios e quantidade de Centros de Convivência e Cultura pactuados

REGIÃO	MUNICÍPIOS PACTUADOS	HABITANTES	SERVIÇOS
Cocais	<ul style="list-style-type: none"> Barras (44.850 hab.) [pactuado com Batalha (25.774 hab.), Esperantina (37.767 hab.), Joaquim Pires (13.817 hab.), Morro do Chapéu (6.499 hab.), São João do Arraial (7.336 hab.), Matias Olímpio (10.473 hab.), Campo Largo do Piauí (6.803 hab.), Porto (11.897 hab.), Nossa Senhora dos Remédios (8.206 hab.), Luzilândia (24.721 hab.), Madeiro (7.816 hab.) e Joca Marques (5.100 hab.)] 	211.059 hab.	1 CeCCo
	<ul style="list-style-type: none"> Esperantina (37.767 hab.) [pactuado com Luzilândia (24.721 hab.), Batalha (25.774 hab.) e Barras (44.850 hab.)] 	133.112 hab.	1 CeCCo
	<ul style="list-style-type: none"> Piripiri (61.834 hab.) [pactuado com Piracuruca (27.553 hab.), Capitão de Campos (10.953 hab.), Brasileira (7.966 hab.), Domingos Mourão (4.264 hab.), Lagoa de São Francisco (6.422 hab.), Milton Brandão (6.769 hab.), Pedro II (37.496 hab.), São João da Fronteira (5.608 hab.) e São José do Divino (5.148 hab.)] 	174.013 hab.	1 CeCCo
Total			3 CeCCos

Fonte: Elaboração própria, com base no Plano de Ação RAPS (PIAUI, 2014a).

Nota: Conforme anexo da Portaria 3.088/2011, DOU nº 96, de 21/05/2013, devem ser seguidas orientações da Portaria específica, nº 396, de 07 de julho de 2005, para municípios ou regiões com população igual ou superior de 200.000 habitantes.

Quadro 15 - Região, municípios e quantidade de Urgência Psicossocial pactuados

REGIÃO	MUNICÍPIOS PACTUADOS	HABITANTES	SERVIÇOS
Entre Rios	<ul style="list-style-type: none"> Teresina (814. 230 hab.) [pactuado com todo o território (352.585 hab.)] 	1.166.815 hab.	1 Serviço de Urgência Psicossocial no Hospital Dirceu Arcoverde

Fonte: Elaboração própria, com base no Plano de Ação RAPS (PIAUÍ, 2014a).

Nota: Conforme anexo da Portaria 3.088/2011, DOU nº 96, de 21/05/2013, devem ser seguidas orientações da Portaria específica, a nº 148, de 31 de janeiro de 2012, para municípios ou regiões com população igual ou superior de 100.000 habitantes.

Quadro 16 - Região, municípios e quantidade de Comunidades Terapêuticas pactuados

REGIÃO	MUNICÍPIOS PACTUADOS	HABITANTES	SERVIÇOS
Serra da Capivara	<ul style="list-style-type: none"> São Raimundo Nonato (32. 327 hab.) [pactuado com todo o território (108.411 hab.)] 	140.738 hab.	1 CT
Vale do Canindé	<ul style="list-style-type: none"> Oeiras (35. 640 hab.) 	35. 640 hab.	1 CT
Total			2 CTs

Fonte: Elaboração própria, com base no Plano de Ação RAPS (PIAUÍ, 2014a).

Quadro 17 - Região, Municípios e quantidade de Cooperativas sociais pactuados

REGIÃO	MUNICÍPIOS PACTUADOS	HABITANTES	SERVIÇOS
Cocais	<ul style="list-style-type: none"> Esperantina (37. 767 hab.) [pactuado com Luzilândia (24.721 hab.), Batalha (25.774 hab.) e Barras (44.850 hab.)] 	133.112 hab.	1 Cooperativa social
	<ul style="list-style-type: none"> Piripiri (61.834 hab.) [pactuado com Pedro II (37.496 hab.) e Piracuruca (27.553 hab.)] 	126.883 hab.	1 Cooperativa social
Total			2 Cooperativas sociais

Fonte: Elaboração própria, com base no Plano de Ação RAPS (PIAUÍ, 2014a).

Nota: Conforme anexo da Portaria 3.088/2011, DOU nº 96, de 21/05/2013, devem ser seguidas orientações da Portaria nº 132, de 26 de janeiro de 2012.

Os Planos Regionais foram encaminhados para a SESAPI, especificamente para a Gerência Estadual de Saúde Mental, depois que foram aprovados nas 11 Comissões Intergestores Regionais e na CIB, de modo a dar seguimento ao processo de implantação da RAPS no Piauí. A última etapa do processo foi encaminhar as propostas de implantação dos

dispositivos da Rede ao Ministério da Saúde, com fins de liberação dos recursos e implantação dos serviços previstos para 2013-15.

Conforme apresentado no Quadro 18, foram pactuados, ao todo, 293 novos serviços, com destaque para a implantação de novos CAPSs (52 serviços) e leitos integrais em saúde mental (202 leitos).

Quadro 18 - Síntese dos serviços pactuados em cada ponto de atenção da RAPS no Piauí

COMPONENTES DA REDE	PONTOS DE ATENÇÃO	SERVIÇOS PACTUADOS	QUANTIDADE
Atenção Primária em Saúde	Unidade de Saúde da Família (USF) Unidade Básica de Saúde (UBS) Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) Consultório de Rua Centro de Convivência	Centro de Convivência	3 CeCCos
Atenção Psicossocial Especializada	Ambulatórios de Saúde Mental CAPS I CAPS II CAPS III CAPS Ad e AdIII CAPS i	CAPS I CAPS II CAPS III CAPS Ad e AdIII CAPS i	52 CAPSs
Atenção à Urgência e Emergência	Unidade de Pronto Atendimento e SAMU	Urgência Psicossocial	01
Atenção residencial de caráter transitório	Unidade de Acolhimento Adulto Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil Comunidade Terapêutica	UAA UA infanto-juvenil CT	14 UAAs 11 UAs infanto-juvenis 2 CTs
Atenção Hospitalar	Leitos em Hospital Geral Enfermaria Especializada	Leitos em Hospital Geral	202 leitos
Estratégia de Desinstitucionalização	Serviço Residencial Terapêutico Programa de Volta para Casa	SRT	6 SRTs
Reabilitação Psicossocial	Cooperativas e demais ações voltadas para inserção trabalho, escolarização e inserção social	Cooperativa Social	02
Total			293

Fonte: Elaboração própria, a partir das informações do Plano de Ação RAPS (PIAUI, 2014a).

Trata-se, portanto, de um Plano que despertou inúmeras expectativas entre trabalhadores e, especialmente, para os gestores de todo o Piauí, com a promessa de implantação de novos serviços, entrada de recursos e possibilidade de contratação de pessoal para a ampliação da rede de saúde mental em todo o estado. Entretanto, ao nos debruçarmos sobre o Plano e as pactuações de cada território, é possível levantar, de imediato, pelo menos dois questionamentos:

1) Não é explicitado, no documento, o porquê da implantação de cada serviço em cada localidade, ou como chegaram a essas necessidades ou, ainda, qual seria a melhor localização para o funcionamento de um determinado serviço em uma determinada cidade, caso esse tenha sido implantado para atender a dois ou mais municípios. O critério parece ser apenas populacional. O Plano não faz menção, por exemplo, em relação à rede de transporte e comunicação, de modo a diminuir distâncias e facilitar o acesso de um município ao outro.

2) Se atentarmos para o próprio critério populacional que estabelece as portarias de cada serviço, nos quadros anteriormente apresentados, há equívocos no documentado apresentado, quanto ao número de habitantes de determinadas localidades, que justifiquem a implantação.

- O primeiro equívoco é quanto ao número de habitantes de cada Região de Saúde que está em desacordo com o Censo de 2010, ou qualquer outra população estimada para os anos posteriores, até o Plano ser elaborado (2011, 2012, 2013, 2014, 2015).

Quadro 19 - População do Censo 2010, estimativas até 2015 das Regionais de Saúde do Piauí e demonstrativo populacional do Plano de Ação da RAPS (PIAUÍ, 2014a).

CIR	População (Censo 2010)	População Estimada (2011)	População Estimada (2012)	População Estimada (2013)	População Estimada (2014)	População Estimada (2015)	População utilizada no Plano de Ação (2013-2015)
Carnaubais	157.071	158.729	159.102	159.433	159.725	159.983	168.037
Chapada das Mangabeiras	187.457	189.956	190.871	191.684	192.401	193.034	168.037
Cocais	385.072	389.594	390.921	392.099	393.139	394.056	374.139
Entre Rios	1.166.815	1.183.259	1.189.738	1.195.491	1.200.572	1.205.053	1.194.904
Planície Litorânea	265.202	268.767	270.086	271.257	272.291	273.203	272.015
Serra da Capivara	140.738	142.668	143.400	144.049	144.622	145.128	144.050
Tabuleiros do Alto Parnaíba	44.665	45.435	45.808	46.140	46.433	46.692	46.140
Vale do Canindé	104.492	105.681	106.005	106.293	106.548	106.772	108.179
Vale do Rio Guaribas	359.863	364.277	365.687	366.939	368.045	369.020	366.939
Vale do Sambito	104.024	104.863	104.880	104.896	104.909	104.921	105.074
Vale dos Rios Piauí e Itaeiras	202.961	204.771	204.958	205.124	205.270	205.399	205.124

Fonte: Elaboração própria, a partir das informações do banco de indicadores da plataforma Região e Redes

- No quadro 4, que trata sobre os CAPSs II pactuados, a Portaria nº 3.088/2011 estabelece que este serviço pode ser implantado em municípios ou regiões com população acima de 70 mil habitantes. Entretanto, o Plano estabelece que no caso do município de Pedro II, que conta com 37.496 hab., foi pactuada a qualificação do CAPS I existente naquele município, para CAPS II. Tal decisão está frontalmente em desacordo ao que estabelece a Portaria da RAPS.
- No quadro 6, que trata sobre os CAPSs AD pactuados, a Portaria nº 3.088/2011 estabelece que esse serviço pode ser implantado em municípios ou regiões com população acima de 70 mil habitantes. Entretanto, o Plano estabelece que no caso do município de Demerval Lobão, que conta com 13.278 hab., foi pactuada a implantação de um CAPS AD com Lagoa (3.863 hab.), Barro Duro (6.607 hab.), Monsenhor Gil (10.333 hab.), Miguel Leão (1.253 hab.), Curralinhos (4.183 hab.), Agricolândia (5.098 hab.) e Passagem Franca (4.546 hab.), totalizando 49.161 habitantes. Nesse caso, quantitativo inferior ao que estabelece a Portaria da RAPS. O mesmo equívoco ocorre em Oeiras, que conta com 35.640 hab., e também foi prevista a implantação de um CAPS AD.
- No quadro 8, que trata sobre os CAPSs i pactuados, a Portaria nº 3.088/2011 estabelece que esse serviço pode ser implantado em municípios ou regiões com população acima de 70 mil habitantes. Entretanto, o Plano estabelece que no caso do município de Demerval Lobão, que conta com 13.278 hab., foi pactuada a implantação de um CAPS i com Lagoa (3.863 hab.), Barro Duro (6.607 hab.), Monsenhor Gil (10.333 hab.), Miguel Leão (1.253 hab.), Curralinhos (4.183 hab.), Agricolândia (5.098 hab.) e Passagem Franca (4.546 hab.), totalizando 49.161 habitantes, quantitativo inferior ao previsto pela Portaria para implantação do CAPS i. O mesmo equívoco ocorre em Elesbão Veloso, que conta com população de 14.512 hab., e foi pactuado com Barra do Alcântara (3.852 hab.), Várzea Grande (4.336 hab.) e Francinópolis (5.235 hab.), totalizando 27.935 habitantes, quantitativo também inferior ao estabelecido pela Portaria. Por fim, o mesmo erro ocorre em Pimenteiras, que conta com população de 11.733 hab., que foi pactuado com Assunção do Piauí (7.503 hab.), resultando no total de 19.236 habitantes.

- No quadro 10, que trata sobre os Leitos Integrais em Saúde Mental, a Portaria nº 3.088/2011 estabelece 1 leito para 23 mil habitantes. Entretanto, o Plano estabelece, de forma equivocada, maior número de leitos do que cada Região de Saúde comportaria, em determinadas situações; e em outras, ocorre o inverso, como é o caso de Chapada das Mangabeiras. O único território em conformidade com a Portaria 148/2012 é o Vale do Sambito, que comporta no máximo 4 leitos e foram pactuados exatos 4 leitos para o município de Valença do Piauí, que é referência para toda a Região de Saúde. No total, foram pactuados 202 leitos no Plano de Ação, enquanto estariam previstos somente 130 leitos.

Quadro 20 - Comparativo entre os leitos previstos pela Portaria 148/2012 e no Plano de Ação do Piauí

CIR	MUNICÍPIOS (N)	POPULAÇÃO (Censo 2010)	LEITOS PREVISTOS CONFORME PORTARIA	LEITOS PREVISTOS PELO PLANO DE AÇÃO
Carnaubais	15	157.071	6	15
Chapada das Mangabeiras	23	187.457	8	6
Cocais	23	385.072	16	40
Entre Rios	31	1.166.815	50	40
Planície Litorânea	11	265.202	11	18
Serra da Capivara	18	140.738	6	35
Vale do Canindé	14	104.492	4	6
Vale do Rio Guaribas	42	359.863	15	18
Vale do Sambito	14	104.024	4	4
Tabuleiros do Alto Parnaíba*	5	44.665	10	20
Vale dos Rios Piauí e Itaueiras*	28	202.961		
Total			130	202

* Pactuação entre as duas Regiões

Fonte: Elaboração própria, a partir das informações do Plano de Ação RAPS (PIAUI, 2014a).

- No quadro 12, que trata sobre as Unidades de Acolhimento Adulto, a Portaria nº 121/2012 estabelece que esse serviço pode ser implantado em municípios ou regiões com população acima de 200 mil habitantes. Entretanto, o Plano estabelece vários equívocos: 1) no caso do município de Bom Jesus, que conta com 22.629 hab., foi pactuada (a implantação) com todo o território da Chapada das Mangueiras (187.457 hab.) a implantação de uma UA Adulta; 2) no caso de Água Branca, que conta com 16.451 hab., foi pactuada (a implantação) com a microrregião do Médio Parnaíba (130.790 hab.) a implantação de uma UA Adulta; 3) no caso de Amarante, que conta com 17.135 hab., também foi pactuada com a microrregião do Médio Parnaíba (130.790 hab.) a implantação de uma UA Adulta; 4) no caso de Monsenhor Gil, que conta com 10.333 hab., foi pactuada (a implantação) com Lagoa do Piauí (3.863 hab.), Curralinhos (4.183 hab.) e Miguel Leão (1.253 hab.), totalizando somente 19.632 habitantes, a implantação de uma UA Adulta; 5) no caso de União, que conta com 42.654 hab., foi pactuada (a implantação) com Miguel Alves (32.289 hab.), Lagoa Alegre (8.008 hab.) e José de Freitas (37.085), totalizando 120.036 habitantes, a implantação de uma UA Adulta; e 7) no caso de Uruçuí, que conta com 20.149 habitantes, foi pactuada a implantação de uma UA Adulta. Em todas as localidades citadas a população pactuada é inferior a 200 mil habitantes, para implantação da UA Adulta.
- No quadro 13, que trata sobre as Unidades de Acolhimento Infante-Juvenil, a Portaria nº 121/2012 estabelece que esse serviço pode ser implantado em municípios ou regiões com população acima de 100 mil habitantes. Entretanto, o Plano estabelece vários equívocos: 1) no caso do município de Miguel Alves, que conta com 32.289 hab., foi pactuada (a implantação) com Lagoa Alegre (8.008 hab.) e União (42.654 hab.), totalizando 82.951 hab., a implantação de uma UA Infante-Juvenil; 2) no caso de Uruçuí, que conta com 20.149 habitantes, foi pactuada a implantação de uma UA Infante-Juvenil; 3) e Oeiras, que conta com 35.640 habitantes, foi pactuada a implantação de uma UA Infante-Juvenil. Em todas as localidades citadas, a população pactuada é inferior a 200 mil habitantes, para implantação da UA Infante-Juvenil.

- No quadro 14, que trata sobre os Centros de Convivência, a Portaria nº 396/2005 estabelece que esse serviço pode ser implantado em municípios ou regiões com população acima de 200 mil habitantes. Entretanto, o Plano estabelece os seguintes equívocos: 1) Esperantina, que conta com 37.767 hab., foi pactuado com Luzilândia (24.721 hab.), Batalha (25.774 hab.) e Barras (44.850 hab.), totalizando 133.112 habitantes; e 2) Piripiri, que conta com 61.834 hab., pactuados com Piracuruca (27.553 hab.), Capitão de Campos (10.953 hab.), Brasileira (7.966 hab.), Domingos Mourão (4.264 hab.), Lagoa de São Francisco (6.422 hab.), Milton Brandão (6.769 hab.), Pedro II (37.496 hab.), São João da Fronteira (5.608 hab.) e São José do Divino (5.148 hab.), totalizando 174.013 habitantes. Em ambos os casos, a população pactuada é menor que 200 mil habitantes, o que impossibilita a implantação do serviço previsto.

Essa sequência de equívocos demonstra a não observância das Portarias em questão, que regulamentam a abertura dos serviços. Apesar da tentativa de pactuação entre municípios próximos e de uma mesma Região de Saúde, em diversos casos o quantitativo populacional não foi suficiente para atender ao parâmetro das referidas Portarias. Ademais, fica explícita, a partir do documento, a preocupação somente quanto à implantação de novos serviços. O Plano não faz menção sobre quaisquer aspectos relacionados à regulação e estratégias para o funcionamento dos serviços em rede, em termos quanto à cobertura frente às mais diversas necessidades em saúde mental, desde as mais básicas, às mais complexas, inclusive sob a perspectiva da garantia da continuidade e complementaridade do cuidado, quer seja no mesmo território de origem ou nos municípios que contam com uma rede de serviços de maior complexidade da mesma Região de Saúde.

Especificamente sobre o Plano de Ação da RAPS para a Planície Litorânea, objeto deste estudo, esse foi apresentado na CIR pela Superintendência de Saúde Mental de Parnaíba, no ano de 2013. O Plano foi aprovado naquela instância e também na CIB no mesmo ano (nº 095/2013). Ficou assim estabelecido o desenho regionalizado da Rede para a Planície Litorânea:

- 01 CAPS I em Caraúbas, pactuado com os municípios de Caxingó, Murici dos Portelas;
- 01 CAPS i em Parnaíba, com abrangência de atendimento a todo o território;

- 01 Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil em Parnaíba, para atendimento a todos os municípios do território;
- 01 Unidade de Acolhimento Adulto em Parnaíba, com abrangência de atendimento a todos os municípios do território;
- 01 Unidade de Acolhimento Adulto em Luís Correia;
- 01 Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil em Cocal, pactuada com municípios de Caxingó, Cocal dos Alves e Caraúbas;
- 01 Serviço Residencial Terapêutico em Parnaíba, com abrangência de atendimento a todos os municípios do território;
- 10 leitos integrais em Saúde Mental atenção psicossocial no Hospital Estadual Dirceu Arcoverde, localizado em Parnaíba, com abrangência de atendimento a todos os municípios do território;
- 04 leitos integrais em Saúde Mental de atenção psicossocial em Luís Correia;
- 04 leitos integrais em Saúde Mental de atenção psicossocial em Cocal, pactuado com os municípios de Caxingó, Cocal dos Alves e Caraúbas.

Com exceção do quantitativo de leitos pactuados, 18, em vez de 11, conforme previsto, de acordo com os parâmetros da Portaria respectiva, e as três UA Adulto pactuadas, em vez de somente uma prevista, seguindo a Portaria respectiva, as demais pactuações estavam todas em conformidade com as normativas. Novamente a preocupação voltada apenas para a implantação de serviços, sem a prerrogativa do trabalho em rede, pensando apenas no critério populacional para abertura dos dispositivos, impera sob a elaboração do Plano para a Planície Litorânea.

Ainda como parte desse processo, foi realizado o I Encontro da Rede de Atenção Psicossocial do Estado do Piauí, em 2013, na tentativa de realizar um fórum de discussão e debates, conforme prevê a Portaria 3.088/2011, mas que na verdade teve o objetivo de dar visibilidade à proposta de criação da RAPS e apresentar o desenho da Rede em todo o estado. O evento contou com a presença de diversos profissionais, gestores, autoridades do estado e do município, representantes do Ministério da Saúde, das instituições de ensino superior, usuários, entidades da sociedade civil, etc. A programação do evento tratou dos seguintes temas: saúde mental na atenção básica, atenção psicossocial, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar, estratégias de desinstitucionalização, atenção de urgência e emergência, estratégias de reabilitação psicossocial, leis, direitos dos usuários, internação

compulsória e saúde coletiva, dentre outros. Como se pode notar, a organização da programação do encontro, seccionada em cada ponto de atenção, com a intenção de apresentar os serviços que os compõem, demonstra a dificuldade de se pensar a organização dos serviços na perspectiva de uma rede integrada de serviços, para responder nas necessidades da população.

No tópico seguinte, apresentaremos a devolutiva do Ministério da Saúde sobre o Plano elaborado, bem como as problematizações sobre a forma como a RAPS foi estruturada no Piauí.

5.3 A devolutiva do Ministério da Saúde sobre o plano da RAPS do Piauí

Uma vez aprovadas as pactuações do Plano de Ação da CIR e CIB, as propostas de implantação dos dispositivos da Rede dos municípios foram encaminhadas ao Ministério da Saúde para, após análise e manifestação, ocorrer a liberação dos recursos de implantação dos serviços pleiteados para 2015 a 2017.

Apesar de não termos tido acesso ao documento de devolutiva, de acordo com os entrevistados, após análise pelo Ministério da Saúde, esse constata diversas inconsistências no desenho da rede, especialmente no que se refere à implantação de alguns dispositivos ali pactuados, inclusive para a Planície Litorânea. Dentre as principais inconsistências apontadas, conforme relato que colhemos, citam-se:

- ✓ Análise do contexto de saúde e aspectos sociodemográficos, com imprecisões;
- ✓ Serviços previstos para serem implantados sem seguir a prerrogativa da normativa que pressupõe critério populacional para a abertura do serviço (já apontado na análise que procedemos no tópico anterior);
- ✓ Falta de infraestrutura nos hospitais gerais das regiões para a ampliação de leitos integrais em Saúde Mental de atenção psicossocial;
- ✓ Não observância das normas do Ministério da Saúde quanto à criação de novos leitos. A autorização seria para liberação de verba de custeio somente para reforma e ajustes, e não para a construção; dentre outros.

Observando os documentos reunidos com base na Portaria 3.088/2011, em seu Art. 13, que versa sobre a operacionalização da implantação da Rede de Atenção Psicossocial em

quatro fases, identificamos que o Plano de Ação do Piauí (PIAUÍ, 2014a), nas duas primeiras fases que antecedem a aprovação na CIR e CIB, do que foi pactuado junto aos municípios para posterior apreciação junto ao Ministério da Saúde, não seguiu o exigido pelo respectivo documento:

- ✓ Fase 1: Desenho Regional da Rede de Atenção Psicossocial – a) O Plano apresenta dados socioespaciais, geográficos, demográficos, atividade produtiva e econômica, além de informações sobre a renda da população e aspectos de saúde materno-infantil, acompanhados da descrição dos serviços nos diversos níveis de atenção, tal qual apresentado anteriormente. Por outro lado, não aborda a situação de saúde das pessoas com sofrimento ou transtorno mental, e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, com dados primários e indicadores epidemiológicos. Ademais, apesar de apresentar os serviços existentes e a necessidade de implantação, não dimensiona a demanda assistencial com base nos indicadores de saúde mental do estado e suas respectivas Regiões de Saúde; como também não faz referência a qualquer análise da situação da regulação, da avaliação e do controle, da vigilância epidemiológica, do apoio diagnóstico, do transporte e da auditoria e do controle externo, dentre outros; b) Apesar de o Plano apresentar as pactuações para compor o desenho da Rede de Atenção Psicossocial, não indica as atribuições, as responsabilidades e o aporte de recursos necessários pela União, pelo Estado, e pelos Municípios envolvidos; c) Em relação à instituição do Fórum da Rede de Atenção Psicossocial, que conforme a Portaria 3.088/2011, tem como finalidade a construção de espaços coletivos plurais, heterogêneos e múltiplos para participação cidadã na construção de um novo modelo de atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, o que foi feito foi um evento, outrora citado, o I Encontro da Rede de Atenção Psicossocial do Estado do Piauí, ocorrido em 2013, que na verdade se tratou de uma ação pontual, sem continuidade, cuja finalidade foi de apresentar cada ponto de atenção da RAPS sem qualquer discussão sobre a integração dos diversos serviços que compõem a Rede nos mais diversos territórios de saúde do Piauí;

- ✓ Fase 2: Adesão e diagnóstico – Percebe-se que nessa fase todos os itens exigidos na Portaria foram cumpridos em termos da: apresentação da Rede existente, apresentação e análise da matriz diagnóstica e homologação na CIR e CIB, e instituição de Grupo Condutor Estadual. No entanto, como já referido pelos próprios entrevistados, todo o processo foi feito sem a devida observância da normativa que pressupõe critério populacional para a abertura de serviços em vários pontos de atenção. Indaga-se, nesse sentido, se houve, inclusive, acompanhamento, monitoramento e supervisão, tanto da Gerência Estadual quanto do Grupo Condutor, nesse processo, tendo em vista que aspectos primários não foram observados, quando da indicação de abertura de serviços pelos municípios e respectivas Regiões de Saúde do Piauí.

Na opinião de alguns dos entrevistados acerca da devolutiva do Ministério da Saúde, muitos secretários de saúde apenas visaram à abertura de dispositivos, sem conhecer as normativas vigentes e as respectivas formas de custeio. Assim, cada Regional de Saúde elaborou sua proposta, sendo que o pactuado não levou em consideração os detalhes estabelecidos nas normativas.

Digo que foi um Plano fictício, porque eles tentaram dar uma passada maior que a perna; por isso que os municípios não abriram (ou irão abrir) os serviços. Eles não têm equipe, não têm recursos humanos suficientes, por exemplo. Isso ocorreu porque realmente desconheciam a portaria. Há muitas coisas que não seguiram, porque não levaram em conta a realidade. Em função de não terem seguido as portarias e terem observado a questão populacional, está sendo tudo refeito (Gestor 2).

O Plano não levou em conta os aspectos da realidade, ao desconsiderar os aspectos anteriormente citados. Com base no percurso exposto, é possível indicarmos as seguintes linhas de discussão: a) a RAPS, no Piauí, no seu 1º Plano de Ação (2013-2015), resume-se na mera implantação de serviços, sem considerar estratégias que são da maior urgência, no que se refere à mudança dos processos de trabalho e organização dos serviços, bem como estratégias de regulação e acompanhamento, para a garantia do trabalho em Rede em cada município, e entre os municípios de uma mesma Região de Saúde; b) desconhecimento, por parte dos gestores e trabalhadores, dos instrumentos e normativas para implantação da RAPS no Piauí; c) efeitos de um processo verticalizado, além da normatização e impasses com o financiamento; d) ausência de participação e controle social.

Quanto à questão de o 1º Plano de Ação (2013-2015) ter tratado somente da implantação de serviços, é preciso pontuar que a existência de um conjunto de serviços que representem os diversos níveis e pontos de atenção em saúde mental, que se pretende que estejam integrados, inclusive com a atenção básica, é condição primeira para qualquer trabalho de estruturação de uma Rede de Atenção, conforme indica Mendes (2010).

No entanto, os próprios entrevistados indicam que a discussão em torno da construção do desenho da Rede priorizou exclusivamente a implantação dos serviços, deixando de lado os fatores humanos, sociais, históricos, em termos da organização dos processos de trabalho das equipes e dos serviços nos diferentes níveis de atenção, além dos aspectos de formação e a participação dos próprios usuários e familiares dentro desse processo, enquanto protagonistas. Segue o comentário do entrevistado do controle social a esse respeito: “realmente, eles só estavam pensando em abrir serviço aqui, abrir serviço ali, nem sabiam direito o que estavam fazendo”.

Pensar para além da importância da implantação dos serviços é se voltar para as novas formas de cuidado, em investimento nos recursos humanos, nas tecnologias de cuidado (acolhimento, gestão do vínculo, clínica ampliada, projeto terapêutico singular, matriciamento e coordenação do cuidado entre serviços), bem como na formação permanente dos trabalhadores (MERHY *et al.*, 1997), para que possam contribuir e fortalecer o campo da saúde mental, incluindo os usuários e familiares, de modo a reconstruir vidas, projetos de futuro e desenvolver ações protagonistas, além de ativar a potência dos serviços em interface com o território.

Sobre o desconhecimento dos instrumentos e normativas, a reconstrução do processo de elaboração do Plano (PIAUI, 2014a), a partir dos documentos e das entrevistas, fez-nos perceber a fragilidade dos processos e instrumentos de gestão, especialmente dos municípios pequenos, em termos não apenas do desconhecimento das normativas e acompanhamento das mudanças das resoluções e portarias no âmbito da Saúde, por parte daqueles que estão à frente das Secretarias Municipais de Saúde, como também, do maior interesse na implantação de novos serviços, como forma de garantir a entrada de recursos e visibilidade política perante a população local. Ademais, estes municípios não contam com o acompanhamento e a orientação devida da instância estadual, por meio da sua Gerência de Saúde Mental, o que resultou nos equívocos e imprecisões já referidas.

Nesse sentido, observamos a necessidade de qualificar a gestão, além de pensar aspectos relacionados à própria formação de gestores. Toma-se, portanto, como importante:

A introdução de um sistema de gestão criativa que priorize formas de tomada de decisão e de controle coletivas, consensuadas, capazes de estimular a comunicação. A única possibilidade de mudar cultura em longo prazo reside na capacidade de construção legitimada de novas representações que os atores podem ter em função de sua participação em processos comunicativos, de aprendizagem. De qualquer maneira, a cultura terá que ser considerada como elemento de viabilidade ou de modulação da proposta de mudança organizacional (RIVERA; ARTMAN, 1999, p. 358).

Por outro lado, também houve fragilidades no apoio e no acompanhamento de todo o processo, por parte do próprio Ministério da Saúde, como bem expresso pelo Gestor 2.

Apesar de o esforço faltou apoio do Ministério da Saúde, porque durante este processo tivemos 7 apoiadores no período de dois anos. E isso foi um ponto negativo para a Gerência e Grupo condutor que foi a falta de um apoio mais sistematizado e próximo. Como não teve esse apoio, acho que a gente podia ter acertado mais. A troca muito grande de apoiador resultou nisso. Terminou que ficamos soltos, e talvez isso tenha nos levado a fazer coisas que no plano não era a mais acertada, até mesmo coisa de portaria, ou seja, da interpretação mesmo da portaria, que a gente achava que podia fazer e depois acontecia a inconsistência.

Ao longo do ano de 2015, ao participar, enquanto pesquisadora, dos espaços das reuniões do novo grupo condutor (que detalharemos no tópico seguinte), é importante recuperar diversas situações em que pudemos registrar em nosso diário de campo referências sobre as imprecisões do Plano (PIAUI, 2014a), aprovadas pela CIR das Regionais de Saúde. Como exemplo:

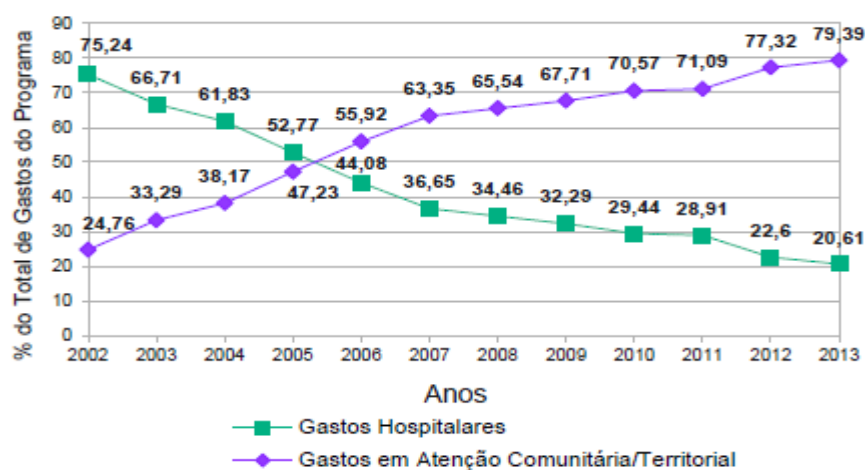
Na terceira reunião do grupo condutor da RAPS, realizada no dia 22 de outubro de 2015, tivemos algumas pautas discutidas, como: apresentação dos resultados parciais do Serviço de Avaliação e Monitoramento das Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em conflito com a Lei- EAP, além da programação dos coordenadores de CAPS e o resultado dos monitoramentos dos CAPS dos municípios de Barras, Picos, Amarante e Piripiri. Além das pautas previstas, o Plano de Ação da RAPS (2013-2015), também foi apontado na reunião. Na oportunidade, foi discutido que a questão do financiamento foi e é importante, mas não foi o único motivo do Plano da RAPS não ter tido aprovação, isso ocorreu principalmente, porque não tinha um grupo condutor atuante, existia um no papel, mas dificilmente se reunia. Inclusive o Plano, ele não foi elaborado conjuntamente, como tem que ser, pensando a gestão participativa que é o horizonte. Com base no percurso da RAPS no estado, o referido Plano, apontado na reunião, não foi aprovado na instância do MS, segundo representante do mesmo, principalmente, por falta de reuniões e discussões do grupo condutor anterior, bem como discussões com os representantes dos municípios (secretários de saúde e assessores), resultando assim nas imprecisões e inconsistências anteriormente aludidas. Desse modo, como visto em reunião: enquanto não se constituir um grupo condutor como espaço coletivo e técnico para a elaboração de um Plano consistente, observando o cenário

onde está funcionando de maneira desqualificada, não se pode pensar em financiamento e pensando nisso, é necessário começar a fazer um projeto de desinstitucionalização para dar suporte e fortalecimento para a rede dos municípios que receberão os serviços, é importante também ser pactuado com os gestores, o que a rede precisará (Diário de campo, 22/10/15).

Percebemos, portanto, que a fragilidade dos processos e instrumentos de gestão não foi apenas dos municípios, mas também das instâncias colegiadas das Regionais de Saúde e da própria Gerência Estadual de Saúde Mental, considerando que o processo participativo de construção coletiva, pelo que se conclui, não ocorreu. O resultado disso é a ausência de espaços efetivos de cogestão, que possibilitam mudanças de direção no modelo técnico-assistencial das políticas de saúde (MERHY *et al.*, 1997), cujo resultado é o verticalismo. É preciso, nesse sentido, avançar na produção de atores que fortaleçam os processos de gestão no âmbito do SUS, de modo a “superar os principais obstáculos à implantação do sistema público de saúde – fragmentação do trabalho, individualismo, corporativismo, centralismo gerencial” (PASSOS, 2013, p. 30), conseqüentemente, o empoderamento e o protagonismo dos trabalhadores e gestores, especialmente dos municípios mais periféricos.

As dificuldades no âmbito da Saúde não são apenas técnico-gerenciais, mas também de financiamento. A burocratização e o financiamento públicos para a Saúde Mental são fatores relevantes na discussão atual. Segundo Gonçalves, Vieira e Delgado (2012), a maioria dos países gasta menos de 1% do orçamento da saúde em saúde mental, e desse modo, o financiamento se torna uma dificuldade para o trabalho na área. O Brasil, conforme apontam os autores, apresentou gasto em torno de 2,5% do orçamento federal da saúde na Política de Saúde Mental entre os anos de 2001 a 2009. Se comparado com os países europeus, cerca de 61,5% desses gastam mais do que 5% do orçamento da saúde na saúde mental. Sabemos que um dos maiores problemas para a efetivação da RAPS é o financiamento, mas é preciso ampliar nossa concepção a esse respeito, para não ficarmos ofuscados por esse problema, sem perceber outros tão importantes quanto.

Ainda para Gonçalves, Vieira e Delgado (2012), a questão não está apenas relacionada ao aumento no orçamento da Saúde Mental. Mais do que isso, é fundamental observar onde o recurso é investido, e se o investimento é custo-efetivo. No Brasil, conforme indica os autores, houve uma inversão de financiamento dos hospitais para os serviços comunitários, seguindo a prerrogativa da OMS, e por gerar um baixo custo. Essa tendência tem se mantido até o momento, conforme indicado na Figura 3, retirada do Relatório da Coordenação Nacional de Saúde Mental do MS (2015).

Figura 3 - Recursos federais para Saúde Mental em Serviços Hospitalares e de Atenção Comunitária Territorial

Fonte: Subsecretaria de Planejamento e Orçamento (SPO/MS), DATASUS/MS, e Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS

Fonte: Garcia (2011).

Para a OMS (2003 apud GARCIA, 2011, p. 9), os recursos em saúde mental devem considerar pelo menos três importantes recomendações:

- a) recursos para o desenvolvimento de serviços comunitários mediante o encerramento parcial de hospitais; b) investimento em novos serviços, a fim de facilitar a passagem dos hospitais para a comunidade, e; c) cobertura financeira de um certo nível de cuidados institucionais, depois de estabelecidos os serviços de base comunitária.

Para Garcia (2011), tais prioridades precisam ser melhor acolhidas entre os blocos de financiamento do Pacto pela Saúde, para assegurar que a rede de CAPS e outros dispositivos comunitários possam continuar se expandindo, sem perder o foco em relação à qualidade do seu funcionamento. O autor ainda afirma que o Pacto pela Saúde até garante os incentivos para a expansão da rede, porém, fica como desafio o seu custeio. É nesse ponto que são gerados inúmeros entraves nos processos de pactuação, pois não raro os gestores locais acabam declinando frente ao processo de implantação de novos serviços, em função de argumentarem que não têm provimento para as despesas de custeio.

Pelo que vimos, muitos entrevistados fizeram referência à questão do financiamento como principal entrave do Ministério da Saúde para aprovação do Plano (PIAÚÍ, 2014a). Entretanto, se ampliarmos o olhar para o modo como todo o processo de elaboração do Plano foi conduzido, fica claro que não houve qualquer discussão entre a Gerência Estadual de

Saúde Mental e os gestores municipais, conforme declaração da representante do MS, resultando, portanto, em prejuízos nos processos de pactuação, pois não se tinham claras as responsabilidades e o aporte de recursos de cada ente envolvido no processo.

Sobre a participação do controle social ao longo da elaboração do Plano (PIAUÍ, 2014a), é notória a ausência dos usuários e familiares em todo o processo; processo esse, como pudemos perceber, claramente norteado pelo tempo e interesse da administração pública, sem espaço para o amplo debate com seus consensos e dissensos, inclusive reconhecendo a importância dos usuários e familiares da Saúde Mental no Piauí que, organizados em Associações, têm contribuído na crítica e na forma como percebem os serviços. Apesar da ausência, os usuários com o seu protagonismo participaram do I Encontro da Rede de Atenção Psicossocial do Estado do Piauí, ocorrido em 2013, mostrando não apenas a sua arte, mas sua voz, ao tecer duras críticas à Política de Saúde Mental no Piauí, inclusive na questão das Comunidades Terapêuticas, que contava claramente com o apoio da Gerência Estadual da época.

Após a devolutiva do Ministério da Saúde, com a não aprovação do Plano (PIAUÍ, 2014a), conforme relato dos entrevistados, no caso da Planície Litorânea, que estaria previsto para haver a implantação de diversos serviços, resultou em grande decepção. Entre os serviços previstos no Plano, pode-se dizer que somente dois foram de fato implantados: UA Adulto e Infante-Juvenil, porém, pela Secretaria de Assistência Social de Parnaíba, e não pela Secretaria de Saúde, conforme previsto no documento. Quanto aos leitos integrais em saúde mental previstos para serem implantados no Hospital Dirceu Arcoverde, no município de Parnaíba, após a notícia de que não teria o repasse para sua implementação, mas tão somente para adequação, os gestores locais declinaram do acordado, e a saída foi articular com hospitais locais (privados) do município para se tentar implantar os respectivos leitos. Somente em março de 2015, após negociações, foi possível repactuar na CIR da Planície Litorânea e, posteriormente, na CIB, os leitos integrais em Saúde Mental, agora destinados para o Hospital Nossa Senhora de Fátima (rede conveniada com o SUS). Do mesmo modo, ocorreu com os CAPSs e a SRT “pactuados”. Todavia, nenhum deles foi aberto. No caso dos demais hospitais, havia como proposta a implantação de 4 leitos em Cocal e 4 em Luís Correia, mas não foi possível repactuar, devido ambos contarem com menos de 50 leitos, o que foge ao preconizado, além da infraestrutura ser considerada insuficiente.

Em suma, esse foi o processo de estruturação do 1º Plano de Ação (2013-2015), na perspectiva de fortalecer a Saúde Mental nos territórios de saúde de todo o estado. Entretanto, em função das inconsistências e equívocos sinalizados pela devolutiva do Ministério da Saúde aqui debatidos, o documento não foi aprovado nessa instância, para seguir para as demais fases de implantação, com a contratualização dos Pontos de Atenção e qualificação dos componentes da rede. Fato que gerou, sem dúvida, entraves de diversas ordens ao processo de regionalização da RAPS no Piauí.

5.4 Momento atual de redesenho e repactuação da RAPS no Piauí

Para tratarmos dos dados acerca do momento atual de redesenho da RAPS no estado e na Planície Litorânea, temos que recorrer ao início dos trabalhos da nova equipe, que assumiu a Gerência Estadual de Saúde Mental no ano de 2015, com a mudança do Governo Estadual, governador Wellington Dias (2015-2019). É importante ressaltar que a nova Gerente Estadual de Saúde Mental esteve à frente da Gerência ao longo do 2ª mandato do governador Wellington Dias (2006-2010).

Com a nova gestão, foi iniciado novo processo de elaboração do 2º Plano de Ação e repactuação dos pontos de atenção da RAPS em todos os 11 territórios de saúde do estado. Devido às inconsistências, imprecisões e problemas indicados, o trabalho iniciado aproveitou muito pouco do Plano anterior. A equipe se apropriou de todo o processo realizado e estabeleceu como prioridade iniciar o trabalho pela Região de Guaribas, com sede em Picos, priorizando o Sul do Piauí, para depois seguir para o Norte, em função dos municípios daquela localidade contarem com menor oferta de serviços em Saúde Mental.

Com vistas a avançar sob o novo processo de elaboração do Plano do Plano de Ação da RAPS (PIAÚÍ, 2014a), e na repactuação, seguindo os marcadores estabelecidos pela Portaria 3.088/2015, foi proposta a instituição de um novo grupo condutor, que passou a contar com novos participantes, mas, também, com integrantes que compuseram a primeira formação (gestão anterior), em função da continuidade desses nos cargos.

O novo grupo condutor foi instituído pela portaria GAB nº 826, de 2015, em 09 de abril de 2015 (PIAÚÍ, 2015b), que passou a contar com representantes, além daqueles preconizados pela Portaria 3.088/2015, com membros do controle social, neste caso, representantes dos usuários e trabalhadores, inclusive vinculados a Associações de Saúde

Mental do Piauí, como também das universidades. A inclusão desses membros, especialmente como representantes do controle social, apesar de não preconizado pela Portaria Ministerial, sinaliza, diferentemente do grupo condutor anterior, avanços no sentido de incluir o olhar e a experiência, além de fortalecer o protagonismo dos usuários e familiares, bem como a integração gestão-assistência-instituições formadoras.

Uma vez formado o grupo condutor, em maio de 2015, ocorre sua primeira reunião, para o início dos trabalhos de elaboração do novo Plano de Ação e respectivas pactuações. Recuperamos o comentário do Gestor 1, que também atuou como membro do grupo condutor anterior, para podermos acompanhar um pouco da sua percepção em relação ao trabalho que se iniciara:

Achei que tivemos uma boa participação, e isso já sinaliza que este grupo condutor que está assumindo, pode ter uma condução diferente do primeiro. Com relação à presença de todos, também tivemos diferença, porque vimos a participação boa, permaneceram até o final, deram sugestões, contribuições. Analiso que foi uma boa participação, e acho que vai dar certo agora, porque o grupo condutor tem um papel importante e tem muito a contribuir, no que diz respeito ao acompanhamento da implantação da rede.

Esta nova configuração possibilitou, na opinião dos entrevistados, maior aproximação entre os gestores locais e a gestão estadual, bem como os demais atores envolvidos, inclusive reforçada pela composição do grupo condutor, agora mais ampliada pelo controle social.

Acredito que vai melhorar ainda mais essa questão da RAPS, de acordo com a realidade, porque na gestão anterior, era feito assim: meio que algo fictício, era colocado que era para abrir mais CAPS, e que realmente muitas vezes a gente não tinha condição de abrir esses CAPS, em função do que estava posto pela realidade. Então, percebo que com essa nova gestão tem como nos supervisionar melhor, tem como nos escutar. Embora falte, como eu disse, muitos dispositivos, a gente ainda sofre muito com essa questão dos leitos em Teresina, por exemplo. Uma coisa que eu acho muito deficiente é a regulação de leitos, porque eu já até coloquei, desde a época da gestão passada, que deveria haver a regulação de leitos de atenção psicossocial. Então, eu acredito que se houvesse uma central de regulação de leitos de atenção psicossocial no estado, melhoraria (Gestor 1).

A partir da conformação deste novo grupo e da dinâmica de trabalho instaurada, os esforços são, conforme os relatos, de seguir o estabelecido pela Portaria 3.088/2011, em termos de avançar na: 1) fase do Desenho Regional da Rede de Atenção Psicossocial, contemplando a análise da situação de saúde mental da população, com a presença de indicadores e dimensionamento da demanda assistencial e oferta de serviços, infraestrutura, além da análise da situação da regulação, entre outros; também avançar na (re)pactuação do desenho e elaboração da proposta do Plano de Ação Regional (com as atribuições,

responsabilidades e o aporte de recursos entre os entes envolvidos), além do estímulo à instituição do Fórum Rede de Atenção Psicossocial, com ampla participação; 2) fase de Adesão e Diagnóstico, com a participação direta do novo Grupo Condutor, para que uma vez tudo aprovado, avançar, na 3) fase das contratualizações e 4) na fase da qualificação dos componentes.

Quanto à Planície Litorânea, na reunião ocorrida em março de 2015, antes mesmo da instituição do novo grupo condutor e da reorganização do trabalho da nova equipe da Gerência, foi apresentado o documento da CIB, com a pactuação anterior, com as justificativas de quais serviços deveriam permanecer, ou não, nas pactuações propostas em 2013. Além disso, depois de muitas reuniões no ano de 2015, observando as normativas, com base na devolutiva do MS, considerando ainda o que era possível realizar, definiu-se que seria encaminhado, para aprovação na CIR e CIB, a permanência dos seguintes dispositivos, frutos da repactuação:

- ✓ Habilitação de 09 leitos de atenção psicossocial no Hospital Nossa Senhora de Fátima, localizado em Parnaíba, como referência para todos os municípios da Planície Litorânea, em virtude da falta de estrutura do Hospital Regional Dirceu Arcoverde;
- ✓ Implantação de um Serviço Residencial Terapêutico tipo I, também como referência para os municípios da Planície Litorânea;
- ✓ Implantação do Centro de Atenção Psicossocial Infantil – CAPS i, no município de Parnaíba, esse com proposta de implantação entre 2016/2017.

Tais proposições foram oficializadas por meio da Resolução da CIR da Planície Litorânea-PI nº 001-2015, aprovada na reunião de 17 de março de 2015, (PIAUÍ, 2015a) com sede em Parnaíba, para posterior encaminhamento na CIB, com as demais proposições das pactuações das outras Regionais.

Ainda constava no Plano uma Unidade de Acolhimento Adulto para o município de Parnaíba, no entanto, também em virtude de financiamento, segundo alguns profissionais que relataram nas entrevistas, essa proposição acabou não sendo contemplada na repactuação. Mesmo tendo sido aprovados os serviços anteriormente referidos na repactuação, ficou de ser realizada nova reunião, considerando a necessidade do redesenho da regionalização em todo o estado do Piauí, com a proposta de contemplar macrorregiões de saúde. Neste caso, a ideia é

atender um Plano da RAPS na Macrorregião, com a aglomeração do território da Planície Litorânea e da Região dos Cocais, inclusive pensando a articulação com outras Redes de Atenção, a exemplo da Rede Cegonha e de outras redes.

Esse novo cenário não deixou de gerar insatisfações, inclusive agravando alguns descontentamentos.

Então, não tive uma boa perspectiva das reuniões, porque ficou de abrir CAPS para a região de Caxingó e não tem condição, até pelo nível populacional mesmo que eu acho que tem até menos de 5.000 hab, e é mesmo muito pequeno. E a parte de Luís Correia, também, ficou com os leitos para o hospital e a secretária falou também que não tinha condição, então não avançou em praticamente nada, principalmente nos outros municípios e Parnaíba que era para ter avançado para ter aberto mais dispositivos, não vai ser aberto, que era o CAPS infantil e a Unidade de Acolhimento nesse ano (2015), e então ficou mesmo só a Residência Terapêutica e os leitos, mas ainda é muito escasso, acho que poderia ter avançado mais, mas este ano (2015), está muito complicado, o Ministério da Saúde está cortando os repasses, o financiamento, o corte de recursos para saúde, entre outras coisas (Gestor 2).

Sobre este novo cenário, cabe apontarmos novamente a preocupação e a manutenção da postura de somente implantar serviços, faltando o estabelecimento de ações que visem fortalecer as costuras entre a Atenção Básica e a Atenção Psicossocial. Ponto importante a ser destacado, porque a atenção básica figura, na grande maioria das vezes, como a primeira forma de contato (ou a única em determinadas localidades) do usuário e da comunidade com a RAPS.

Desse modo, Macedo *et al.* (2015a) apontam que é preciso avançar na articulação da atenção básica com a saúde mental, fortalecendo as ações do cuidado em rede, aproximando ações clínicas da gestão do cuidado, da regulação, da prevenção, da promoção, da reabilitação psicossocial e do protagonismo dos usuários e familiares; ou seja, a clínica da política. Outro ponto referente à conjuntura atual, baseada em cortes e em momentos de incerteza, não apenas no Piauí, mas no Brasil e no SUS. Por isso a urgência em pensar uma reforma do Estado, que possa “caber o SUS”. Daí a exigência de pensar espaços regionais de produção de gestão e de cuidado. Embora esse seja um importante desafio, é uma meta ou talvez um princípio inadiável (MENDES, 2015).

A continuidade do processo, com o Plano de Ação refeito, a partir das novas pactuações, será o encaminhamento da nova proposta ao Ministério da Saúde, com data prevista para dezembro de 2015. O próprio processo de reelaboração e participação dos diversos atores envolvidos, inclusive acompanhados permanentemente pelo MS, indica boas

expectativas, em termos da aprovação do que foi repactuado. Sobre a atual condição da RAPS no estado, o Gestor 2, também aponta:

Tudo tem que ser acompanhado nesse movimento, porque a proposta é enviar até dezembro (2015), ao Ministério, mas não sei se com esse movimento de acompanhar as outras redes, se teremos tempo e perna para fazer até dezembro (2015); não sei se isso vai acontecer e nem sei se temos meta, por exemplo, de encaminhar tudo pactuado e todo o documento até a data prevista, por exemplo. Eu não sei se a gente pode afirmar isso e se isso vai se cumprir porque não é uma agenda da Gerência de Saúde Mental, não é uma proposta nossa, é uma programação estadual que a gente está nesse meio, e é parte desse processo.

Dessa forma, observamos que ao longo das duas gestões, que abarcam o período de 2011 a 2015, percebemos as tentativas de implantação da RAPS, e as dificuldades de efetivar a rede regionalizada, principalmente por impasses nas pactuações, no que diz respeito às responsabilidades quanto ao financiamento; impasses com relação ao contato e apoio do Ministério da Saúde; dificuldades e, por vezes, a não realização de reuniões do primeiro grupo condutor e sua participação ativa no processo de implantação da RAPS; transição para um novo processo gestor, com a renovação da equipe da Gerência Estadual e do próprio grupo condutor; a expectativa da implantação da RAPS apenas como abertura de serviços, sem qualquer referência para mudanças nos processos de trabalho e organizações dos próprios serviços existentes para a articulação do cuidado em rede, em cada território e no território da Região de Saúde como um todo; além da conjuntura do país, em meio à crise financeira, o avanço da lógica neoliberal e as exigências quanto ao Estado minimalista.

É que a condução da RAPS no Piauí ainda deixa muito a desejar, porque avançamos no grupo condutor, e apesar das repactuações, o que a gente vê, com a crise atual, é que não sabemos quando serão implantados os dispositivos pactuados no governo anterior, isso também porque quando se muda o governo, se mudam as direções, é como se a gente tivesse que começar do zero, como, por exemplo, o que está acontecendo com essas repactuações. Houve a pactuação no governo anterior de diversas instituições e o governo atual barra a implantação, e diz que o que a gente pode fazer é potencializar o que já temos. Mesmo aqueles dispositivos repactuados e com previsão de implantação no final de 2015, ainda assim não há qualquer garantia, pois pode não acontecer, ainda mais com a questão das crises. Hoje, o governo não pode abrir porque não tem dinheiro em caixa. Uma coisa é ele dizer isso, outra é a gente, enquanto sociedade civil organizada, cobrar. São serviços essenciais para um tratamento e uma vida digna (Entrevistado do controle social).

Ratificando a opinião do entrevistado do controle social, a representante do Ministério da Saúde, em reunião realizada junto ao grupo condutor da RAPS, em agosto de 2015, informou que em face do contingenciamento de recursos, não haveria como implantar os serviços repactuados para o mesmo ano. A estratégia prioritária do Ministério da Saúde,

portanto, seria qualificar a Rede. Porém, qualquer plano ou ações nesse sentido, não foram discutidos.

Outra dificuldade que surgiu em meio ao processo da implantação da RAPS e demais Redes de Atenção no Piauí, como é o caso da Rede Cegonha, na Gestão Estadual, que se iniciou em 2015, é quanto à questão da fusão de territórios de desenvolvimento, como um dos desafios futuros na organização dessa Rede. A nova divisão das Regiões que está sendo discutida pela SESAPI irá agrupar a Planície Litorânea, com seus 11 municípios, ao território dos Cocais, com seus 22 municípios, resultando, assim, na Macrorregião Norte, com sede em Parnaíba. Esse novo processo de regionalização no Piauí resultará, ao todo, em seis macrorregiões de saúde em todo o estado, cujas sedes serão, além de Parnaíba: Teresina, Floriano, Picos, São Raimundo Nonato e Bom Jesus.

Acerca desta nova situação, o representante do Ministério da Saúde no Piauí justificou a necessidade da fusão, em função do fortalecimento das propostas e da necessidade de otimização e abrangência dos serviços em cada Macrorregião. Segundo Piauí (2015d), foram estabelecidas, no Piauí, as Macrorregiões de Saúde definidas por critérios técnicos que visam à descentralização dos serviços de alta e média complexidade da capital para todo o interior, no intuito de integrar e dar maior resolutividade à Rede.

Finalizamos este capítulo conhecendo os atores e o percurso trilhado para a construção do desenho da RAPS no Piauí e seu processo de regionalização, a exemplo do ocorrido na Planície Litorânea. Processo permeado de contradições, equívocos, retrabalho e desafios, tanto no âmbito das gestões estadual e municipais envolvidas, quanto na organização dos processos de trabalho das equipes e dos serviços, para a efetivação do cuidado em rede. É sobre esse último ponto que iremos tratar no próximo capítulo.

6 OS RUMOS DA REGIONALIZAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO NORTE DO PIAUÍ: desafios e possibilidades

Nesta sessão, discutiremos sobre os rumos da regionalização da Política de Saúde na Planície Litorânea, com base no material coletado nas rodas de conversa com os profissionais que atuam na ESF, NASF e CAPS dos municípios de Buriti dos Lopes (n=4), Cocal (n=2), Luís Correia (n=3) e Parnaíba (n=4). Os temas discutidos nas rodas foram: as principais demandas em saúde mental da localidade e da Região de Saúde; a estruturação e o funcionamento da RAPS no município/Região; a organização do trabalho em saúde mental; e a organização da atenção em rede. Antes de adentrarmos no conteúdo das rodas propriamente dito, apresentaremos o perfil dos profissionais que participaram deste momento da pesquisa, e o percurso trilhado para a realização desses encontros.

6.1 Perfil dos participantes das rodas de conversa

Dentre os profissionais que participaram desta etapa de pesquisa, a maioria é do sexo feminino (n=7), com idade entre 24-29 anos (n=7), com pouco tempo de formado (média de quatro anos) e pouco tempo de experiência profissional na saúde (média de cinco anos). Para a maioria, este é o primeiro emprego, cinco entre os participantes têm outro emprego, sendo que três deles exercem função paralela, como professores. Somente cinco profissionais residem no município que trabalham. Em termos de categoria profissional, destaca-se a enfermagem (n=4) e a psicologia (n=4), sendo os demais da administração, da fisioterapia, da medicina, da pedagogia e do serviço social.

Conforme exposto, o predomínio foi de profissionais do sexo feminino, o que se assemelha aos resultados encontrados em outros estudos com trabalhadores de saúde no Brasil (SILVEIRA, 2014; HADDAD, 2010; FILIZOLA, MILIONI, e PAVARINI 2008). Caracterizando um trabalho em saúde ainda marcado por questões de gênero, sendo a maioria composta por profissionais mulheres e, por isso, relacionados à função do cuidado.

Quanto à idade, é expressiva a prevalência de profissionais jovens no trabalho em saúde. Além disso, recém-formados, o que denota um curto tempo de atuação em serviços de saúde, levando um tempo para esses profissionais se integrarem às práticas e à rotina do serviço, tendo em vista que na maioria dos casos, é o primeiro emprego, e que geralmente têm que sair da cidade de origem para trabalhar (SILVEIRA, 2014).

Observamos, também, que alguns profissionais possuíam outros vínculos empregatícios. Segundo Gonçalves (2014), a associação de dois ou mais empregos, inclusive com o exercício de outras profissões, de maneira paralela, reflete o contexto de busca pela complementação salarial, em função da desvalorização salarial e/ou econômica de determinadas profissões, insegurança quanto ao vínculo, principalmente associadas à dependência político-eleitoral.

6.2 Momento preparatório para realização das rodas

Como no primeiro semestre de 2015 participamos diretamente das reuniões na sede da Comissão Intergestores Regional (CIR) da Planície Litorânea, tivemos acesso aos secretários de saúde de cada município, para os quais explicamos os objetivos do estudo, sendo solicitada a autorização para a realização das rodas de conversa com os profissionais dos CAPS, NASF e ESF. Além da autorização, os secretários repassaram os contatos telefônicos de alguns dos profissionais que compõem tais equipes nos municípios. Posto isso, foi iniciado o trabalho de contatar os profissionais e, assim, somente em julho do mesmo ano conseguimos agendar o primeiro grupo, que ocorreu no município de Buriti dos Lopes, sendo que no mês de agosto realizamos nos municípios de Luís Correia, Cocal e Parnaíba, respectivamente.

A princípio, encontrar um horário e disponibilidade de mais ou menos uma hora na agenda dos profissionais foi um dos maiores empecilhos nesta etapa de investigação, em função da agenda concorrida, seja do serviço com o qual estavam vinculados, seja com outros empregos, no mesmo município ou em outros municípios. Com exceção de Parnaíba, a maioria dos profissionais que trabalhava em Luís Correia, Cocal e Buriti dos Lopes, morava em outros municípios. Logo, o fato de os horários e dias de trabalho muitas vezes não coincidirem, dificultava a agenda dos nossos encontros. Apesar dessas dificuldades, tivemos alguns aceites dos profissionais em participarem das rodas, e mesmo aqueles que sinalizaram a falta de disponibilidade em suas agendas, indicavam o contato de outro colega.

Em média, participaram de três a quatro profissionais por roda, ao invés de seis profissionais, como estava previsto. Quanto ao local das rodas, em Buriti dos Lopes e em Cocal, essas ocorreram no próprio espaço do CAPS, por ser mais acessível; em Luís Correia, aconteceu na Secretaria Municipal de Saúde; e em Parnaíba, na UFPI.

As rodas realizadas em Buriti dos Lopes, Cocal e Luís Correia seguiram praticamente o mesmo funcionamento. Até a sua realização, mantivemos inúmeros contatos com os profissionais, sempre iniciado com um profissional do CAPS do respectivo município, que por meio desse conseguíamos o acesso aos profissionais do NASF e da ESF com maior contato com o CAPS. Nos três municípios, as rodas aconteceram no horário de almoço, por preferência dos profissionais, que contavam em média com 45 minutos para isso, portanto, o tempo de realização de cada roda. As conversas foram todas gravadas, com o consentimento dos participantes.

A realização dessas rodas possibilitou perceber que muitos profissionais, já ocupados com suas atividades, acabaram desistindo da participação e indicando outros colegas da equipe para participarem. O fato ocorria mesmo com a anuência das Secretarias de Saúde de cada município, resguardando a ausência do profissional do serviço para poder contribuir com a pesquisa. Cocal foi o único município que não contou com a participação de profissionais dos três serviços (ESF, NASF, CAPS).

A quarta roda ocorreu em Parnaíba, na verdade, no mesmo dia que ocorreu a roda de Cocal, porém, sendo realizada no turno da tarde. Essa foi a única roda que não aconteceu em horário de trabalho dos profissionais, e em local que não fosse serviço da saúde. Entretanto, contou com as mesmas situações de desistência de última hora, em função de dificuldades de agenda, apesar do contato com os coordenadores dos serviços (NASF, ESF/Atenção Básica) para a garantia da realização da atividade. Inicialmente, tínhamos previsto a participação de seis profissionais, contatados a partir do CAPS II e CAPS Ad III, e por meio desses, acessamos os demais: ESF (n=2) e NASF (n=2). Ao final, compareceram os profissionais de ambos os CAPS, e somente um da ESF e do NASF. A roda aconteceu com duração em torno de uma hora, e a conversa tratou basicamente sobre a experiência no local de trabalho e as dificuldades do trabalho em rede, no maior município da Planície Litorânea, e com maior quantidade de pontos de atenção da RAPS, inclusive sendo referência para toda a região.

6.3 Conversas que circularam nas rodas

Apesar do esforço de estabelecer um momento de conversa livre, o início das rodas era sempre permeado por certa tensão, em que os participantes ficavam, a todo momento, preocupados com o horário, e perguntando se a conversa seria breve. Outro aspecto a ser

sinalizado é que, embora os participantes se conhecessem, por trabalharem no mesmo município, o encontro entre eles era raro, principalmente porque momentos como aqueles eram difíceis de acontecer na rotina do serviço e da organização da rede. Superado o desconforto inicial de qualquer trabalho em grupo, as conversas acabaram fluindo, com o aprofundamento dos temas apresentados, dissipando, assim, a preocupação com o término da atividade.

6.3.1 Principais demandas da saúde mental nos municípios

Quanto às principais demandas que foram apontadas nas rodas, destacamos: depressão, perdas familiares, problemas emocionais e familiares resultantes da separação de casais, crianças com dificuldade de aprendizagem, transtornos mentais desencadeados por casos de violência sexual, casos de envolvimento com álcool e drogas, pânico, esquizofrenia, problemas neurológicos, dor de cabeça, enxaqueca e suicídio.

A partir das demandas elencadas, podemos observar que algumas delas fazem parte do perfil de principais demandas presentes nos serviços de saúde, como no estudo de Sousa e Luís (2012), o qual aponta como transtornos mais frequentes na atenção básica: a depressão, a esquizofrenia, a dependência de álcool e drogas, entre outras. Ribeiro e Inglez-Dias (2011, p. 4626) também mostram, em pesquisa sobre a atenção em saúde mental no SUS, que os principais diagnósticos presentes em serviços da rede de saúde mental são: “transtornos depressivos, a esquizofrenia, os resultantes do abuso de substância, a epilepsia, o retardo mental, os transtornos da infância e adolescência, e a doença de Alzheimer”. Ainda segundo Bezerra e Dimenstein (2008), na atenção básica as equipes presenciam inúmeras demandas de saúde mental todos os dias, são, geralmente: maus-tratos, violência, abuso de drogas e psicotrópicos e depressão, dentre outras queixas. Situações que na maioria das vezes as equipes não estão preparadas para atender, fato que se intensifica em dificuldade para os profissionais, quando surgem casos como crises psicóticas ou transtornos mentais.

Dessa forma, em consonância com os estudos apresentados, os resultados acerca das demandas encontradas sinalizam pelo menos três demandas mencionadas nos estudos levantados, sendo as principais: depressão, esquizofrenia, envolvimento com álcool e outras drogas, e outras que nem se apresentam como demandas da saúde mental, em função de não serem reconhecidas pela equipe como sintomas de transtornos mentais comuns, como fadiga,

dores de cabeça, insônia, solidão, falta de apetite, e a própria categoria das “doenças dos nervos”.

Quanto aos transtornos que foram apontados, entram na categoria de Transtornos Mentais Comuns (TCM), expressão criada por Goldberg e Huxley, entram na categoria de “sintomas depressivos e ansiosos como insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas” (VIDAL *et al.*, 2013, p. 458).

Para Braga, Carvalho e Binder (2010), no Brasil, os altos índices desses transtornos advêm de consequências individuais e sociais. Os autores ainda alertam para a necessidade, no país, de identificação precoce, com o objetivo de se obter intervenções individuais e coletivas sem demora. Em geral, os fatores associados aos transtornos mentais comuns são, principalmente, os aspectos sociais, familiares e do trabalho.

A predominância dos transtornos mentais na Atenção Básica chega a um terço da demanda, taxas que ultrapassam os 50% são mais comuns entre “o sexo feminino, nos indivíduos com pouca escolaridade, baixa renda, tabagistas e nas mulheres vítimas de violência” (VIDAL *et al.*, 2013, p. 458).

Para Oliveira e Roazzi (2007), o termo “doença dos nervos” é uma expressão do modelo de pessoa físico-moral, das classes trabalhadoras, que seguindo uma perspectiva holística, serve para expor sintomas de insatisfação das pessoas com características de doença, já que “os nervos são pensados como um meio de experiências, tanto físicas quanto morais” (DUARTE, 1993, p. 61).

Para Vieira Filho e Nóbrega (2004), doença dos nervos é um termo usado pelos para definir uma série de distúrbios nervosos que contradizem a visão da psiquiatria tradicional. As diferenças semânticas da palavra *nervoso* são analisadas se referindo ao sistema nervoso, pois, segundo a linguagem popular, tal sistema está ligado à cabeça, não sendo levado em conta o que a medicina preconiza.

6.3.2 Quanto à estrutura da RAPS nos municípios

Quanto à estrutura da RAPS nos municípios, com exceção da roda de Parnaíba, que conta com uma rede mais estruturada, os próprios participantes reconheceram pelo menos três pontos de atenção da rede em sua localidade (Atenção Básica – ESF e NASF, CAPS e SAMU).

No geral, os participantes relataram que se trata de uma “rede” ainda com dificuldades de ser operacionalizada, resumindo-se a encaminhamentos, por dificuldades das mais diversas: financiamento, a não implantação dos serviços pactuados no Plano de Ação Regional, infraestrutura, falta de contratação de pessoal, condições de trabalho, precarização dos serviços, falta de retaguarda de demais níveis de atenção, inclusive por parte do município de referência da região, que é Parnaíba, além da dificuldade da própria formação profissional para atuar na perspectiva do SUS.

Pelo menos em duas rodas, Buriti dos Lopes e Luís Correia, os profissionais apresentaram descontentamentos quanto às condições de trabalho, sobrecarga em função da alta demanda, inclusive da zona rural, que devido à dificuldade com o transporte, tanto por parte da população, para procurar os serviços, quanto para os profissionais prestarem assistência, inviabiliza as ações e a continuidade do trabalho, que acaba sendo pontual e paliativo.

O funcionamento da rede aqui no município é o seguinte, a doutora dá o encaminhamento, e a pessoa vai para o CAPS, alguns passam por aqui pela ESF, mas se é saúde mental, vai para o CAPS, conversam com o profissional da Psicologia, que vai lá também na zona rural. Digo, porque trabalho na zona rural, e chamo o auxílio da psicóloga quando preciso. Chegando lá, ela, a psicóloga, tem a roda de conversa com os usuários do serviço. O psiquiatra também já esteve lá algumas vezes, e funciona assim (Profissional 10).

As dificuldades acima descritas impactam na organização e no funcionamento da RAPS, em função não apenas dos seus aspectos estruturais, mas também micropolíticos, em torno da organização dos processos de trabalho das equipes, dos serviços, e da própria rede em cada município e na Planície Litorânea como um todo. Tais aspectos serão discutidos nos tópicos seguintes.

6.3.3 Quanto à organização do trabalho nos serviços e na rede de atenção

Sobre a atuação dos serviços na atenção básica, a prática ambulatorial predomina, há a realização de consultas e algumas visitas domiciliares por parte dos ACS, bem como por técnicos do serviço da ESF e do NASF. De acordo com os relatos, os casos de saúde mental, uma vez identificados, são encaminhados para consulta com especialista (psiquiatra) no CAPS.

As ações realizadas especificamente pelo NASF acabam se resumindo a visitas domiciliares, trabalhos com grupos, consultas, atendimento ambulatorial, entrega de medicamentos e visitas esporádicas às escolas. Para o Profissional 13, o “NASF não está preparado para lidar com as questões de saúde mental, não trabalha como era para ser, apenas realiza consultas”.

Por outro lado, o foco acaba se voltando para as demandas típicas da atenção básica, em função dos programas executados (saúde da mulher, saúde do idoso, saúde da criança, diabetes, hipertensão, etc.), adquirindo um caráter de invisibilidade às demandas relacionadas à saúde mental.

É difícil, do ponto de vista da atenção básica, que já tem muitos programas para o profissional dar conta e a gente da saúde mental, é mais um programa. Temos que dar conta de todo um sistema. Não queremos tirar de dentro do CAPS e dar para outro serviço e te vira, a gente quer dividir (Profissional 20).

No tocante ao trabalho em equipe, é constante a dificuldade da interação entre as mesmas, apesar de iniciarem o matriciamento em algumas localidades, basicamente em Parnaíba, as dificuldades ainda são muitas, uma delas é quanto às próprias equipes conhecerem seu trabalho e a rede de serviços, há ainda a pouca interação com outras equipes, de outros serviços, principalmente com as dos CAPSs. Percebemos, ainda, dificuldades tanto do NASF quanto do CAPS em encontrarem as equipes da ESF para procederem nos suportes técnico-pedagógicos necessários, no sentido de qualificarem os profissionais da atenção básica para atenderem às demandas em saúde mental. “Deveria ser feito o acompanhamento com as equipes, encontros entre ESF e NASF, observar as demandas, buscando fazer o matriciamento, mas nada disso vai se concretizando” (Profissional 18).

Diferente do que foi relatado, o trabalho na perspectiva da Atenção Básica se caracteriza por meio de um conjunto de ações voltado para a promoção, a prevenção, o acompanhamento e o cuidado, além da reabilitação em saúde. O trabalho em equipe se dá com base em ações e práticas gerenciais e sanitárias no acompanhamento da saúde da população de um determinado território. Faz-se importante o contato dos usuários com os sistemas de saúde, orientado para os princípios de universalidade, integralidade, equidade, humanização, responsabilização, acessibilidade, vínculo, continuidade, participação social e coordenação do cuidado. Nesse sentido, a Atenção Básica integra todos esses fatores, para a promoção de um modo de vida saudável para o usuário, integrando-o em seu território e observando, também, aspectos socioculturais dentro desse processo (LAVRAS, 2011).

Dentro desses serviços, o acolhimento é essencial, principalmente na perspectiva da integralidade do cuidado, por isso ele se propõe a inverter a lógica e o funcionamento do serviço de saúde, a partir de três princípios:

(a) atender a todas as pessoas que buscam os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal; (b) reorganizar o processo de trabalho, deslocando seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional; (c) qualificar a relação trabalhador-usuário, a partir de parâmetros humanitários de solidariedade e de cidadania (SOUZA *et al.*, 2008, p. 101).

A prática do acolhimento auxilia o processo de trabalho nos serviços de saúde, busca fazer frente ao modelo hegemônico, biologicista e reducionista, centrado também em um processo no qual os profissionais privilegiam ações curativas, fragmentadas, mecanizadas e médico-centradas, fortalece os laços, possibilitando o estabelecimento de um vínculo entre usuários, trabalhadores e gestores. Com o vínculo estabelecido, há a possibilidade de concretizar o princípio da integralidade, proporcionando a autonomia em relação à saúde do usuário, e permite que profissional e usuário compartilhem o processo (GARUZI *et al.*, 2014).

Dessa forma, há que se investir na qualificação dos trabalhadores “para recepcionar, atender, escutar, dialogar, tomar decisão, amparar, orientar, negociar” (SOUZA *et al.*, 2008, p.102). É nesse processo que trabalhadores buscam intervir de forma acolhedora e humanizada em uma determinada realidade, não é um trabalho fácil e nem acontece sem propostas de trabalho estruturadas, pois exige metodologias participativas, exige negociações dentro deste espaço de trabalho, a fim de estabelecer o método mais eficaz de participação ativa do usuário no seu processo saúde-doença.

Assim, conforme vimos, o trabalho apontado na Atenção Básica dos municípios ainda é baseado na perspectiva ambulatorial, o acolhimento, por exemplo, é tratado apenas como o momento de chegada do usuário no serviço, antes da entrada no consultório médico, esse como fim único e exclusivo, ou seja, há uma grande dificuldade dos profissionais de visualizarem e praticarem o acolhimento, o vínculo e a continuidade do cuidado dentro dos serviços, pois existe uma reprodução do trabalho, onde todos os dias são realizados os mesmos procedimentos, e não há espaço para a problematização de suas práticas, em virtude disso, o distanciamento entre usuário-profissional fica cada vez mais intenso, impossibilitando o vínculo.

Ainda sobre o trabalho na Atenção Básica, quer seja da ESF quer seja do NASF, vimos a presença dos profissionais dedicando maior parte do tempo e das ações a outros

programas e projetos dentro dos serviços, deixando à margem a saúde mental, onde essa passa a adquirir um caráter de invisibilidade, e os casos são muitas vezes considerados pelos profissionais como “apenas demanda de CAPS”.

Desta maneira, outros estudos apresentam também a dificuldade quanto ao manejo com os casos de saúde mental na atenção básica. De acordo com Lucchese *et al.* (2009), em um estudo sobre a saúde mental no Programa Saúde da Família, em Cuiabá-MS, as Equipes de Saúde da Família não sabiam como lidar com os casos de saúde mental, e quando se viam diante de tais situações, recorriam ao hospital ou aos CAPSs locais. Desse modo, se fazem necessárias novas práticas dos profissionais, assim como aponta o estudo sobre a invisibilidade dos problemas de saúde mental na Atenção Primária em Saúde (APS).

A visibilidade das manifestações de sofrimento psíquico da clientela no PSF depende da atitude dos profissionais em reconhecer essas manifestações como objetos de seu trabalho na atenção primária. Possibilitar a identificação quantitativa e qualitativa dessas pessoas pode ser o primeiro passo nesse sentido. Em nossa experiência, reconhecemos que as pessoas com transtornos mentais podem ser acolhidas, assistidas e ter a sua qualidade de vida melhorada por meio de ações implementadas pelas ESF (OLIVEIRA; ATAÍDE; SILVA, 2004, p. 624).

No que se refere aos CAPSs, em Luís Correia, Buriti dos Lopes e Cocal, os serviços fazem basicamente o trabalho de ambulatório, com entrega de medicação e realização de consultas psiquiátricas apenas um dia na semana. Ademais, realizam algumas atividades pontuais, como oficinas, passeios, palestras, sendo que são poucas as atividades extramuros, e com foco na reinserção e na reabilitação psicossocial.

A estrutura ainda é falha, são locais pequenos, geralmente com estrutura de casas adaptadas para funcionarem como serviços, onde os quartos são salas de consultório, e as atividades coletivas realizadas nos espaços dos terraços, onde os usuários, na maioria das vezes, ficam assistindo a TV. O serviço geralmente atua com base nas demandas espontâneas, desde cefaleia até problemas neurológicos, que não se configuram enquanto demandas de CAPS. Além dessas, o serviço recebe encaminhamentos da ESF, do NASF e da assistência social, especialmente dos CRASs. “Recebemos muitos encaminhamentos de outros municípios, como Ilha Grande (município vizinho a Parnaíba), e do CRAS, com a questão da rede. Nós conseguimos mais aproximação da assistência do que da saúde” (Profissional 21).

Especificamente no caso de Buriti dos Lopes e Luís Correia, esses têm desenvolvido, apesar das dificuldades, ações interessantes, no sentido de ampliar a possibilidade de acesso ao CAPS, trata-se do “CAPS itinerante”. Apesar de pontuais, a equipe se dirige à zona rural

do município, percorrendo as comunidades, para realizar consultas, dispensação de medicamentos, palestras, oficinas, entre outros.

No caso dos CAPS localizados em Parnaíba (CAPS II e CAPS Ad III 24 horas), diferente dos demais, as ações não são apenas ambulatoriais, centradas na consulta psiquiátrica. Os demais membros da equipe desenvolvem atividades de triagem/acolhimento, atendimento individual por categoria profissional (psicólogo, assistente social, etc.), oficinas, atividades grupais, passeios, visitas domiciliares e “matriciamento”. O CAPS Ad III funciona mais precariamente e com menor capacidade de realização de atividades, devido à falta de materiais para oficinas, falta de alguns profissionais, etc. Em ambos, a prática de recebimento de encaminhamentos da atenção básica é comum, além disso, as demandas são muitas e, por isso, conforme comentado pelos participantes da roda, há sobrecarga de trabalho.

No CAPS Ad III, o profissional 21 relata a dificuldade do trabalho, do estigma, dos recursos para uma melhoria física e humana, apontando a dificuldade da manutenção de um CAPS Ad III 24 horas, para abranger a região. “Às vezes o trabalho é desmotivador, escutamos que o CAPS não serve para nada, os usuários só vão para comer, e a gente não consegue fazer nada, se não tem subsídio. A equipe faz milagre, porque nossa dificuldade de estrutura é física e humana”.

Em resumo, a atuação nos CAPSs ocorre de modo que cada profissional atua de forma isolada, com sua prática clínica, com dificuldades para um olhar multi e interdisciplinar, apesar de tentativas de matriciamento com a atenção básica, ainda existem muitos desafios, como o de efetivar tais ações de suporte técnico-pedagógico, e superar a centralização do serviço em cada profissional, em virtude de estarem fechados em si mesmos. Atuam, também, baseados na hegemonia médica, ou seja, o usuário passa primeiro pela escuta do psiquiatra que, muitas vezes, decide sozinho pela medicação e pelas demais ações de cuidado do usuário. “Muitas coisas não sabemos sobre o serviço e falta a educação permanente”, comenta o profissional do CAPS de Buriti dos Lopes (Profissional 12).

Conforme relatado nas rodas, a prática nos CAPSs acaba centrada no atendimento com psiquiatra, que acontece uma vez por semana, a frequência escassa desse profissional no serviço é devido ao fato de não residir no município ou, no caso de Parnaíba, apesar de residir, em alguns casos, atua nos municípios circunvizinhos, inclusive do Ceará e do Maranhão. O reflexo disso é o trabalho ambulatorial, dificultando a participação desse profissional nas demais atividades do serviço, visitas, matriciamento, oficinas etc, bem com a

articulação com os outros profissionais da equipe e demais serviços da rede, além dos impasses quanto à implicação e o conhecimento deste profissional com o território, com a política, e as particularidades sociais de onde atua.

Segundo Machado (1997), os médicos tendem a residir mais nas capitais do país do que nos municípios do interior, devido contarem com melhores condições de trabalho, maior oferta de emprego e salário. Isso se dá em virtude de a economia estar concentrada nos grandes centros urbanos, localidades mais atrativas para a implantação de serviços especializados em saúde. Em pesquisa mais recente do Conselho Federal de Medicina (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2013), o Nordeste continua como uma das regiões com maior quantidade de médicos concentrados nas capitais. Vale ressaltar que essa dificuldade não é apenas dos médicos, mas também dos demais membros da equipe (psicólogo, assistente social, enfermeiro, etc.), em menor grau, o que dificulta o trabalho em equipe, em rede, e no território.

Além dos profissionais concentrarem sua carga horária no serviço, não permanecendo no local de trabalho ou no município ao longo de toda a semana, o trabalho na atenção básica e psicossocial enfrenta dificuldades quanto à estrutura do serviço e às condições de trabalho. Muitos serviços funcionam em casas adaptadas, inviabilizando as ações coletivas, as oficinas, por exemplo, são realizados (os serviços) em condições precárias, em espaços pequenos, com material insuficiente, dificuldade de contratação de oficinairos, etc, restando aos profissionais as ações ambulatoriais e individuais, pautadas por procedimentos (RÉZIO; OLIVEIRA, 2010).

As queixas atendidas não se configuram como demandas de CAPS (transtornos mentais severos e persistentes), mas questões de ordem clínica e neurológica que podem ser acompanhadas pela atenção básica e ambulatórios do município. Tal fato causa estranheza, considerando que os problemas que concernem aos CAPS estão nas mãos dos familiares, sem qualquer suporte ou retaguarda dos serviços, o que pode gerar desassistência ou situações de cárcere privado e violação de direitos (MACEDO *et al.*, 2015b). Assim, vimos a dificuldade de articulação entre as equipes da ESF, do NASF e do CAPS, para efetivar, de fato, a rede de atenção e suporte do cuidado, enquanto estratégia da RAPS.

A partir das descrições apontadas pelos profissionais, analisamos a dificuldade de se trabalhar em uma perspectiva de Atenção Psicossocial e da Clínica Ampliada, envolvendo o Acolhimento, o Vínculo, a Escuta, o Projeto Terapêutico Singular (PTS), o Matriciamento, o

Trabalho em equipe e a Continuidade do cuidado. Sendo que a prevalência ainda é de um modelo técnico-assistencial tradicional, baseado nos especialismos, na hegemonia ainda forte do paradigma médico e do modelo asilar, contrário à perspectiva da integralidade do cuidado.

Tal cenário também reflete na fragilidade da RAPS na Região e em dificuldades para articulação entre os pontos de atenção da rede nas localidades investigadas, especialmente atenção básica (ESF, NASF) e atenção psicossocial especializada (CAPS). Diante disso, os principais impasses para efetivar a RAPS nos municípios da Planície Litorânea, segundo relatos dos profissionais, mostram-se a partir das dificuldades com:

- a) Matriciamento;
- b) Ações de educação permanente;
- c) Intersetorialidade.

Para superar as dificuldades da relação difícil entre atenção básica e saúde mental, o matriciamento começa a ser pensado, e vem como uma proposta do Ministério da Saúde (BRASIL, 2003b), com a intenção de superar a fragmentação do trabalho em saúde mental, articulando a interação entre serviços e a gestão compartilhada dos casos (BEZERRA; DIMENSTEIN, 2008).

Antes do matriciamento ficava muito intrigada porque o trabalho de visitas era só meu e da assistente social, e vimos que esses usuários não eram passados para Atenção Básica, ou o ACS conhecia e fazia de conta que não sabia quem era, e começamos a provocar esses profissionais, vamos nos PSFs perguntar o que eles sabem desse caso, alguns davam certo e outros não, e começamos a conscientizar esses profissionais dizendo que o caso era deles também, que não conhecemos o caso, e isso é uma coisa que varia de profissional, tem uns que falam logo que não sabem lidar com esse tipo de usuário e pronto. O CAPS II (Parnaíba) começou o matriciamento na frente, tentamos organizar em agosto, mas está acontecendo algumas mudanças no CAPS Ad III e o que temos colocado nesses encontros é claro que não estamos trazendo mais trabalho para vocês, na verdade queremos responsabilizar todos juntos, por essa pessoa. E isso do matriciamento está sendo muito bom, porque não aconteceu antes, e eu sempre falo, não custava nada vocês procurarem, procurarem saber o que estamos fazendo, e isso acontece muito porque tem muito profissional acomodado, que espera sempre que venham lhe chamar, que venham até ele, até seu quadradinho, e eu tenho perdido muito tempo dessas reuniões explicando simplesmente o que é o CAPS para os profissionais da atenção básica (Profissional 21).

Os participantes da roda colocaram que o matriciamento pode ajudar no trabalho em rede, de forma mais resolutiva, eficaz. Articulando os serviços, prezando pela territorialidade. Fazendo um espaço de trocas, de possibilidades dentro dos serviços. Algo que tem acontecido

recentemente no município de Parnaíba, e principalmente devido à participação do Programa de Ensino Tutorial em Saúde (PET).

O PET é regulamentado pela Portaria Ministerial nº 421, de 3 de março de 2010 (BRASIL, 2010b). Tem como objetivo propor a articulação entre o ensino, o serviço e a comunidade, a partir do aprendizado dentro dos serviços do SUS. Em Parnaíba, o PET Saúde/Rede de Atenção, objetiva a modelagem da Rede de Atenção Psicossocial e a Rede Cegonha. Conta com a participação dos alunos dos cursos de Psicologia e Fisioterapia da UFPI – Campus de Parnaíba. Apresentou, inicialmente, a criação de um espaço para o desenvolvimento de práticas pedagógicas junto com os trabalhadores e apoio da Secretaria de Saúde do município, logo, os aspectos metodológicos propunham vivências nos serviços, com o objetivo que os futuros profissionais tivessem contato com a realidade e o cotidiano que permeiam o trabalho no SUS. Entre os trabalhos realizados para o início das ações de organização da rede na saúde mental do município, foi a experiência de implantação do matriciamento (BARROS *et al.*, 2015).

O matriciamento existe. Aqui na UFPI, o PET e a nossa experiência em São Paulo contribuíram para iniciar o matriciamento aqui em Parnaíba. Antes não tinha matriciamento, e nunca saía do papel. Daí começou o matriciamento no João XXIII, com os professores da Federal, do PET. Participo do PET-Saúde que começou a fazer esse matriciamento das necessidades do CAPS II no território. Depois fomos para São Paulo e vimos que o matriciamento não exige material e nem recurso, só boa vontade, que bonito, né? Matriciamento a gente vai fazendo conforme a necessidade. Quando voltamos de São Paulo, cada dupla que foi voltou com mais energia. Ao todo foram 20 pessoas. São elas que estão movimentando a RAPS em Parnaíba, depois já fomos fazer oficina nos tabuleiros e tudo isso pelo matriciamento do CAPS e NASF e CAPS Ad e II. A gente fez um matriciamento positivo, tinha barreira, sabe? Mas está dando certo (Profissional 20).

Apesar de iniciativas inovadoras do PET e experiências no campo das abordagens psicossociais advindas do treinamento em São Paulo, o matriciamento ainda encontra dificuldades de ser efetivado, em função de a ação ocorrer de forma não sistematizada e pouco institucionalizada pelos serviços e pela gestão, ficando a cargo de um ou outro profissional mais implicado com esta tecnologia.

Por outro lado, atuar na perspectiva do matriciamento exige não apenas ampliar o olhar em relação ao processo saúde-doença-cuidado, mas a reorganização dos processos de trabalho. Nesse ponto, os profissionais reconhecem suas dificuldades em atuarem sob essa perspectiva, especialmente em termos de como se percebem diante dos processos de trabalho que realizam. Porém, quando questionados, acabam responsabilizando a falta de estrutura e apoio frente às dificuldades que o trabalho em equipe e em rede demandam.

Eu sei que a partir do NASF, ESF e CAPS nós podemos estruturar a rede, mas o principal para mim é estrutura e apoio da gestão. Falta isso, nós vamos querer todo mundo junto, trabalhando junto pelo bem da população, com o transporte, medicação, estrutura dos prédios, local para você se reunir, mas aqui é muito isolado, CAPS, NASF, ESF. E cadê o suporte? Pessoas para nos orientar? (Profissional 13).

Os profissionais acabam responsabilizando a falta de estrutura para a não realização do trabalho em rede. E em função disso, acabam isolados em seus serviços ou salas de atendimento, relutantes às práticas compartilhadas, impossibilitando, algumas vezes, as atividades que pedem o contato entre equipes ou que indiquem a necessidade de encontros entre os profissionais, para que possam planejar as atividades e avaliá-las, com vistas à complementação e à continuidade do cuidado.

Para que as equipes da ESF, em conjunto com o NASF, tenham o envolvimento necessário para a construção do SUS, e se responsabilizem pela saúde dos usuários, Assis *et al.* (2010) apontam para a produção de novas tecnologias para o cuidado, que possam produzir a atenção à saúde de qualidade. Buscando o trabalho de responsabilização das equipes e gestores, até a corresponsabilização dos cidadãos, com uma prática dialógica e flexível às demandas e às necessidades dos usuários.

Nesse sentido, alguns profissionais relataram a falta de integração da própria equipe dentro de cada serviço, e da articulação com outras equipes e serviços do mesmo município. Fizeram referência ao NASF, por exemplo, que é preciso uma maior articulação entre as equipes: “está precisando funcionar melhor, temos que sentar e articular com as outras equipes do NASF, e dos outros serviços também” (Profissional 13).

Percebemos, em alguns profissionais, o reconhecimento de que a fragmentação das ações também é reflexo do modo como organizam seus processos de trabalho. Porém, a constatação não é suficiente para romper com a acomodação das equipes com a rotina do serviço, que gera um trabalho cronificado, onde todos os dias são realizadas as mesmas atividades: “como o trabalho é muito, o cansaço está levando a um trabalho cronificado, onde eu vejo que ninguém cuida do cuidador, porque estamos aqui com muito trabalho todos os dias” (Profissional 12).

Outra dificuldade elencada foi a educação permanente. As dificuldades em torno da formação graduada, que na maioria dos casos não forma profissionais para atuarem no SUS, especialmente na atenção básica e psicossocial, aliado à hegemonia do modelo tradicional de saúde, ainda é muito presente no cotidiano dos serviços, e a falta de ações em educação

permanente, para qualificar o trabalho das equipes, faz com que os profissionais convivam com situações em que eles próprios e os serviços não conheçam as funções que lhes competem, bem como ficam impossibilitados de realizar trabalho interprofissionais e em rede.

Ademais, para alguns profissionais a Educação permanente é tomada como algo difícil de acontecer dentro dos serviços, e como maior causa da falta de conhecimento para a mudança no modelo técnico-assistencial da saúde e também de atuação em rede.

Temos um plano municipal de educação permanente. Teria, nesse plano, o cronograma de atividades mensais. Esse ano, 2015, com as dificuldades, conseguimos executar o plano até março. Mas o que estava articulado era o matriciamento. Ano passado, 2014, tivemos uma atividade de saúde mental com o médico. O tema foi o manejo do paciente psiquiátrico na ESF. E esse ano, 2015, teve para outras áreas, mas para saúde mental não. Sempre propomos e estamos trazendo temas para os ACSs, para que o mesmo, com a pouca formação de disciplinas que têm, possam cobrir a lacuna. Então temos procurado com o NASF trabalhar esse matriciamento (Profissional 16).

Em 2003, o Ministério da Saúde aprovou a “Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde”, com vista a qualificar a atuação dos profissionais e equipes para o SUS, a partir de experiências no próprio serviço. Tal perspectiva faz com que o SUS seja também responsável pela formação profissional dos trabalhadores. A proposta da educação em serviço incita todos a ativarem o protagonismo dentro do processo, de modo que todos tenham voz e vez nas rodas de discussão que acontecem no próprio serviço. A roda é uma potência de ativar as capacidades em processo de reinvenção e de descoberta. Uma política assim é de difícil efetivação, porque depende muito mais do interesse da gestão e dos trabalhadores para sua efetivação. E pela burocracia ativa nos serviços e da própria gestão, pouco acontece (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Como exemplo, alguns participantes da roda posicionaram que falta mais investimento em ações de educação permanente, pois são poucos esses momentos. Relataram que têm havido poucas atividades nesse sentido, e que o serviço muitas vezes não vê como capacitação, como investimento na qualificação, mas, sim, como algo a ser deixado para depois, pelo fato da quantidade de atendimentos e o cumprimento de metas ser mais importante. Daí muitas vezes a educação permanente ser reconhecida pelos trabalhadores muito mais como capacitação, a exemplo da fala acima em relação aos ACSs, e não como ação formativa e de reorientação dos processos de trabalho das equipes.

Como exemplo, a própria realização das rodas para o trabalho de campo desta pesquisa se mostrou como um analisador da dificuldade de se trabalhar com a Educação Permanente nos serviços.

A partir dos percursos trilhados nos serviços, nas quatro cidades, a gestão, conforme relato dos trabalhadores, mesmo sabendo da pesquisa, não viu as atividades de realização das rodas como um momento formativo e de reflexão sobre o cotidiano do trabalho dos profissionais nos serviços. Muitos alertaram que não poderiam ser liberados, argumentando que teriam agenda a cumprir, atividades a realizar que não poderiam ser feitas depois. Porém, outros apontaram que existe todo um investimento, inclusive do Ministério da Saúde, com cursos, capacitações, de formações, alguns presenciais, outros por plataformas virtuais, e que o profissional poderia participar e/ou acessar, conforme sua necessidade, disponibilidade. Porém, muitos, conforme relatado, não têm interesse. Alguns por descuido, desleixo, outros por cansaço da rotina. E ainda há aqueles que acham que fazer um ou outro curso não vai fazer diferença, nem mudar a prática ou a qualidade do serviço, mas que investimento existe e muito, como foi citado. Se percebe é que muitas vezes a educação permanente é tratada como capacitação ou curso, o que despotencializa o seu poder de transformação das práticas dos serviços (Diário de campo 20/08/2015).

Porém, em alguns profissionais, percebemos que o encontro proporcionado com as rodas despertou a esperança de que eles também podem experimentar o exercício de uma roda de conversa entre eles, em seus serviços, como forma de troca, aprendizagem e educação permanente: “Acho que pode melhorar o trabalho na rede, se a gente começar a fazer rodas de conversa, isso pode ajudar no nosso trabalho, na equipe e a resolver os casos juntos” (Profissional 13).

A intersetorialidade foi outro ponto debatido nas rodas, com indicativo de efetivar a RAPS na Região de Saúde da Planície Litorânea. Por intersetorialidade, Azevedo, Pelicioni e Westphal (2012) compreendem o resultado da articulação entre sujeitos, setores sociais, visando o enfrentamento de dificuldades e necessidades sociais e de saúde do território. Entretanto, a intersetorialidade não figura como somente o somatório de ações interdisciplinares sobre um mesmo objeto. As ações devem, por esse aspecto, responder às necessidades sociais e de saúde da população, envolvendo todos os atores que são protagonistas e participantes ativos do processo, de forma articulada e descentralizada, participativa e integrada, com o estabelecimento de parcerias e o trabalho em conjunto, e não apenas o estabelecimento de prazos e a hierarquia ou o poder dos especialismos.

Algumas rodas trouxeram que a participação da Assistência Social, operando a intersetorialidade com o CAPS, por meio do CRAS, tem se tornado um meio de acesso à saúde mental, em algumas realidades. No município de Esmeraldas-MG, Duarte e Dias (2012) ressaltam esse tipo de articulação, entendendo a importância do CRAS como agente

articulador de estratégias no território, a partir das ações comunitárias e acompanhamento às famílias situadas na abrangência do território. Uma das maiores dificuldades dos CAPSs é o trabalho com as famílias, fato que pode ser potencializado e revertido, se articulado e em sintonia com os CRASs, por meio da intersetorialidade. Porém, tais ações não podem ser pensadas apenas sob a lógica dos encaminhamentos, restringindo as ações interssetoriais em encaminhar e responsabilizar o outro profissional e/ou o outro serviço por alguma ação, atividade, atendimento, demanda, programação, etc; são ações que precisam estabelecer um plano compartilhado de ações que se complementam entre um serviço e outro.

Relatos que indicam a falta de momentos para o encontro e a partilha dos casos, principalmente pela hegemonia médica, sem momentos para estudos de caso e conhecimento sobre a estrutura da rede do próprio município ou da Região, expressam dificuldades em articular o trabalho na perspectiva da integralidade e intersetorialidade das ações. Em outros casos, apesar das articulações, essa se mostra cronificada e cronificadora do cuidado.

Aqui funciona assim, quanto à questão de compartilhar o caso: a demanda é grande e o mais difícil vai direto para o CAPS. Assim que chega, pedimos a avaliação do médico, que encaminha logo para o CAPS. Se apresenta queixa e vimos que é de saúde mental, encaminhamos logo. Quando tem contrarreferência, monitoramos se a pessoa volta para a ESF, e se na área tem ACS. Acompanhamos se o usuário está indo nas consultas regularmente. Mesmo sendo usuário do CAPS, ele não deixa de ser da ESF (Profissional 14).

Como efeito, tais desafios implicam na fragilidade de estratégias e planos de continuidade do cuidado. Para Oliveira *et al.* (2008), as ações de continuidade de cuidado são de grande importância para atenção às pessoas com transtorno mental. O cuidado não pode ser ofertado com ações pontuais e fragmentadas. E os principais problemas para a não efetivação desse princípio são:

Falta de clareza das diretrizes operacionais, infraestrutura, sistemática de planejamento e avaliação dos serviços quando da implementação da política de saúde mental na rede básica, refletindo no comprometimento da continuidade dos pacientes (OLIVEIRA *et al.* 2008, p. 711).

Para Ramos e Massih Pio (2010), a Atenção Básica tem em suas premissas o estabelecimento de vínculos e corresponsabilização entre profissionais de saúde e a população. No entanto, esta prerrogativa ainda se mostra frágil, em função das concepções tradicionais de saúde, a partir do contínuo saúde-doença-procedimento-cura, enquanto norte das ações dos serviços e o modo como os processos de trabalho e o modelo técnico-

assistencial em saúde é organizado no conjunto de práticas ofertadas: ações de saúde pautadas praticamente pelo uso de tecnologias duras (equipamentos) e leve-duras (saberes protocolares), conseqüentemente, a fragmentação das ações de cuidado, em função do saber especialista. Por outro lado, há a dificuldade dos próprios profissionais em (re)conhecerem que as ações de saúde mental podem e devem ser desenvolvidas junto ao território. É a ação territorial que possibilita articular o trabalho em rede, inclusive ampliando o diálogo com as redes externas ao CAPS. Mas para isso é necessário ter clareza dos princípios das políticas de saúde.

A rede ainda apresenta dificuldade de estrutura, no tocante aos serviços que deviam ser implantados e não foram, o que acarretou casos em que os usuários acabam por utilizar serviços de outro município, sem efetivação da pactuação. “Aqui, se pararmos para pensar, o CAPS atende Buriti, Murici dos Portelas, Caraúbas, Caxingó e Cocal” (Profissional 12). Nesse aspecto, apesar de não figurar como um CAPS regional, em Buriti dos Lopes o serviço acaba prestando o serviço para toda a Região. Além disso, observamos também a utilização de serviços de saúde local por usuários residentes não apenas em outros municípios do Piauí, como também em outros estados, sem as devidas pactuações.

Com base no que foi observado, uma dificuldade que vem se prolongando na rede, não apenas na RAPS, mas nas demais redes de saúde, é a questão dos usuários de outros municípios, sejam eles vizinhos ou de estados vizinhos, vêm em busca do acesso aos serviços na cidade de Parnaíba, muitas vezes são serviços que não têm em sua cidade, no caso do Piauí; e no caso do Maranhão, em alguns casos, fica mais próximo e confortável para o usuário se deslocar para a cidade de Parnaíba, do que para alguma cidade do próprio estado de origem que fosse mais próxima, ou mesmo da capital.

Quanto à organização da atenção, apresenta-se dificuldade do trabalho na zona rural, ou seja, muitos municípios da Planície Litorânea apresentam uma grande extensão territorial de difícil cobertura, o que acarreta em entraves na articulação da rede na zona rural.

Na zona rural é o mais difícil, porque a cultura é que a pessoa com transtorno só precisa comer e ficar ali, então não tem cuidados, é maltratado e, então, vamos observar os fatores sociais. Muitas famílias contam com apenas um salário e apresentam dificuldades de cuidados com poucas respostas institucionais (Profissional 14).

Ademais, também observamos que as famílias ainda apresentam dificuldades de acesso à rede. Por isso, apesar do avanço da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que mesmo diante das adversidades, apresenta seu crescimento não só no Piauí, como no país, porém, a realidade é bem mais difícil para os moradores das zonas rurais (SILVA; DIMENSTEIN; LEITE, 2013).

Por fim, é desafiante o CAPS figurar como ordenador da rede, se visto somente como local para marcação de consultas e recebimento de medicamentos. Trabalhar em uma cultura ainda marcada fortemente pelo paradigma manicomial, onde para muitos da sociedade, a pessoa com transtorno mental deve ser internado, diz do desafio que é também desinstitucionalizar a dimensão sociocultural em torno da loucura que ainda marca fortemente a sociedade.

6.3.4 Demais temas que circularam nas rodas de conversa

Outros temas também circularam de forma transversal ao longo das rodas de conversa, inclusive se repetindo em mais de uma roda, enquanto questões geradoras de entraves em alguns momentos e, em outros, com indicativo de possibilidades para o trabalho em saúde mental em rede, nas localidades investigadas, são eles: formação, família, pobreza e religião.

Sobre as discussões em torno da formação graduada, muitos se referiram como ainda insuficiente para atuar na Saúde Mental, a exemplo das falas seguir:

Desafio maior quando se está com pessoas com este tipo de dificuldade é a nossa formação na graduação que foi falha, e se quero me especializar depois tenho que pagar para fazer (Profissional 12).

A ESF precisa se inteirar com os problemas da saúde mental, pois pode ser melhor trabalhado pela equipe. O problema é que temos poucas disciplinas que tratam sobre o tema, e para nós que acabamos de sair da graduação é complicado, porque a academia não nos forma para atuar nessa área. Tanto que ninguém quer estudar isso e tem medo de trabalhar com a saúde mental. Se é um usuário difícil e você não souber como fazer, acaba distanciando ainda mais o usuário da ESF (Profissional 16).

Conforme apresentado nas falas, existe uma insuficiência técnico-prática dos profissionais da ESF em trabalhar com a saúde mental. A falta de competência técnica tem entrado em pauta, com mais frequência, nos estudos sobre o assunto, pela dificuldade dos profissionais atuarem a partir do paradigma psicossocial, trabalhando com reabilitação, reinserção, com a família e as articulações com o território. Ademais, diante dessa lacuna

técnica para atuar, a dificuldade dos profissionais tem sido na compreensão das tecnologias a serem utilizadas no trabalho em saúde, cujo investimento maior está nas tecnologias duras e leve-duras, que acabam reduzindo o sujeito à doença. Desse modo, ao longo da formação, a grande maioria das especialidades e profissões de saúde ainda trabalha com um referencial sobre o processo de saúde e doença restrito, filiado à racionalidade biomédica (SEVERO; DIMENSTEIN, 2011).

Para uma nova concepção e prática dos profissionais nesse processo, é importante que a saúde mental tenha um novo enfoque, na formação dos profissionais e nos programas de saúde que, em geral, colocam a saúde mental somente na prática assistencial da doença. No entanto, além das ações de assistência, a atenção básica deve também trabalhar com a promoção e a prevenção da saúde mental, que devem ser articuladas (MOLINER; LOPES, 2013).

Além disso, os egressos dos cursos de saúde, em geral, levam o estigma da pessoa com transtorno mental para a relação profissional-usuário, ressentindo-se de certa periculosidade dos casos da saúde mental que procuram os serviços, dificultando o processo de aproximação, acolhimento, vínculo, entre outros, essenciais para a inserção da pessoa no serviço, bem como para seu tratamento, traçando, inclusive, ações que podem ser complementadas ou continuadas por outros serviços da rede. Apesar das dificuldades, a ESF, em sua atuação, apresenta possibilidades de reversão desta situação, com maior articulação entre as equipes, articuladas inclusive pelo NASF, com a adoção de cuidados mais simples (mas não desqualificados), a partir das tecnologias leves, no contato com as famílias e a comunidade. Porém, é necessário que os profissionais sejam qualificados para adotar esse olhar, entendimento e postura ético-política.

Outro aspecto retomado nas rodas foi em torno do tema “família”. Os profissionais ainda apresentam dificuldades em lidar com as famílias dos casos de saúde mental, no sentido de não reconhecê-las como demandante de cuidados, em função das sobrecargas que enfrentam (material, física, emocional, etc). Por isso, a importância do trabalho pautado pela clínica ampliada com foco no trabalho em equipe, na escuta qualificada e na tentativa de vincular com as famílias, no objetivo de oferecer ações de cuidado nos serviços (FURTADO; CARVALHO, 2015). Falas que desqualificam o papel da família nas ações de cuidado, em função de situações de negligência ou resistência ao tratamento, no sentido de não colaborarem com a terapêutica, com a administração dos medicamentos na hora correta, ou

não compreenderem o papel do serviço, ou desconhecerem a estrutura da rede e os demais pontos de atenção da RAPS, foram recorrentes. “No CAPS também, a gente não tem o apoio da família, eles têm vergonha de trazer o parente aqui e não apoiam, nem sabem o que é CAPS, não sabem se traz para o CAPS, ou se o NASF atende” (Profissional 11).

Desse modo, devemos apontar a importância dos profissionais e dos serviços em ressignificar o papel dos familiares no cuidado às pessoas com transtorno mental. No Brasil, defender unicamente o cuidado na família acarreta o reforço à desresponsabilização do Estado, reforçando o ideário neoliberal, que retira do Estado a assistência aos portadores de transtorno mental (ROSA, 2011).

A autora aponta algumas diretrizes para o trabalho com as famílias, a fim de superar este modelo hegemônico na saúde mental. A primeira diz respeito à reorientação de gênero, isto é, não delegar o cuidado da pessoa com transtorno mental apenas às mulheres, como cuidadoras da família, das tarefas de casa, e da pessoa com transtorno mental. Outros atores devem comparecer nesse processo. Além disso, é importante pensar na reorganização do cuidado entre a família e o serviço, tal aspecto pode readequar a quantidade e a qualidade dos serviços, ou seja, o cuidado pode ser compartilhado e dividido entre ambos. Também temos a luta por melhores condições de vida das famílias; a capacitação dos trabalhadores em saúde mental, que convoquem a família para a participação no processo; a luta pela manutenção dos direitos, pela divisão de trabalho entre família e Estado, quanto ao cuidado; o fortalecimento e a ampliação de novos serviços, que as famílias tenham acesso e conhecimento sobre eles; articulação entre as políticas sociais com atenção integral, e que possam abranger as várias dimensões da vida familiar; ampliação da cidadania do cuidador, sem deixar em segundo plano a pessoa com transtorno mental (ROSA, 2011).

Em virtude de todos os pontos elencados, faz-se necessária (a presença), para que possam ser efetivados, a presença de uma política cultural voltada para o cuidado compartilhado, a reorganização da divisão de gênero, ou seja, que todo o cuidado não fique apenas em sobrecarga para as cuidadoras, como: mães, irmãs, avós, esposas, etc. Além disso, que se possa assegurar formas que não discriminem os cuidadores, mas que os auxiliem (benefícios/compensações) de forma econômica, que possam ser pensados empregos aos cuidadores que não tenham jornadas muito longas, ou que sejam apenas em um turno, bem como, formas comunitárias de cuidado, que não reproduzam o modelo asilar (ROSA, 2011).

Ainda conforme outro aspecto apresentado nas rodas, temos a dificuldade de atuação do profissional, em meio aos entraves da pobreza.

A pobreza é uma grande dificuldade. Aqui mesmo eu vejo que a pobreza agravou os casos da saúde mental. Só de suicídio, quando eu cheguei em Cocal, aqui tinha em média 8 por ano. Comecei a identificar os usuários com ideação suicida e temos feito um bom trabalho. E há dois anos que não tem, mas aqui é grave. E essa pobreza que eu digo que é difícil, é dificuldade das grandes, isso é porque o Brasil tem passado hoje por um empobrecimento da zona rural e periférico enorme. Você vai na periferia o que tem ali é bar, gente jogando sinuca, bebendo cachaça e usando droga (Profissional 15).

De acordo com o relato, os profissionais devem atentar para a importância do contexto em que os usuários vivem, e suas condições de vida, pois eles compõem, juntamente com outros fatores, as determinações do processo saúde-doença/sofrimento-cuidado da população. São estes sujeitos que fazem parte da grande maioria da população brasileira, apresentam situação de vulnerabilidade social e risco, em geral, recebem um pouco mais de um salário mínimo ou menos (estando na margem da linha da pobreza), vivem em desamparo, excluídos, marginalizados, morrem no anonimato ou muitas vezes na indigência. Eles são, na grande maioria, os usuários dos serviços, e lutam por um espaço dentro desse sistema (NEPOMUCENO, 2013).

Nessa perspectiva, para Nepomuceno (2013), a pobreza, a exclusão e a desigualdade social contribuem para o agravamento das condições de saúde da população. Assim, estão próximas as relações entre vivência da pobreza (e as questões socioeconômicas e psicossociais) e o processo saúde-doença mental. Não entraremos nessa temática, e nem colocaremos a população pobre associada à relação com os transtornos mentais, já que para isso temos que observar várias dimensões, e por isso, concordamos que saúde e doença devem ser compreendidas como processo, onde o usuário deve ser valorizado em todos os âmbitos: cultural, social, religioso, etc.

Ou seja, as 'determinantes locais' podem ser muito importantes, sobretudo em casos de escassez extrema (ausência de espaços públicos, habitação degradada, pobreza, etc.), não podem ser interpretadas nem de forma determinística (os fatores locais condicionam, mas não determinam) nem de modo insular (o efeito dos fatores locais devem ser ponderados à luz de contextos sociais, econômicos e políticos mais amplos) (FERRÃO, 2015, p. 6).

Logo, as comunidades locais e os indivíduos que as compõem revelam graus diferenciados de vulnerabilidade, capacidade de adaptação e resiliência, que devem ser

observados, assim como as condições precárias de vida dos usuários também devem ser levadas em consideração pelos profissionais da rede.

Assim, é importante retomarmos a discussão da intersectorialidade, vista anteriormente, e que deve ser convocada, a fim de interferirmos nesses contextos, pensando em um plano de continuidade de cuidado e de trabalho em rede que englobe vários setores, para que possam, as populações mais abaladas com a pobreza, serem assistidas de forma integral.

Por isso, é importante o investimento em redes de apoio, como possibilidade de novos espaços de interação da comunidade. Com a criação de grupos onde as pessoas possam receber informações sobre vários temas, inclusive sobre saúde, os serviços ofertados na comunidade, entre outros, e que se intensifiquem atividades entre profissionais e usuários, resultando em envolvimento das comunidades rurais em busca de qualidade de vida e fortalecimento conjunto para enfrentamento dos problemas (COSTA; LUDEMIR, 2005).

Por fim, foi apresentada a dificuldade quanto à atuação envolvendo a religião, no sentido do aspecto religioso do usuário, que dificilmente é entendido pelos profissionais dentro do processo e que, em geral, não é levado em conta pelos profissionais. Vimos que esses casos são mais frequentes nas zonas rurais de alguns municípios. Algumas famílias se utilizam da espiritualidade para auxiliar na resolução de dificuldades e problemas relacionados aos transtornos mentais do seu familiar com transtorno mental, potencializando os valores das famílias e da comunidade onde vive ou, então, enquanto estratégia de minimizar a dor e se resignar frente ao problema vivido.

A cultura e o processo histórico pelo qual passaram também ajudam na promoção da saúde mental, contudo, uma dificuldade preponderante no percurso é a equipe entender que este aspecto cultural e religioso é importante no processo, na adesão ao tratamento, para se aproximar da família, da pessoa com transtorno mental e da comunidade. Perceber e reconhecer o aspecto religioso é tão importante quanto conhecer o usuário, porque enriquece o processo; esse aspecto é capaz de trazer à tona a relação que o doente tem com sua doença, com a sua saúde, com a doença e a salvação, fatores relevantes dentro das práticas de cuidado, e que devem ser levados em consideração dentro desse processo de rede (SILVA; DIMENSTEIN; LEITE, 2013).

Uma das maiores dificuldades relatadas é quanto à “intervenção dos pastores, porque eles (usuários) dizem, depois da participação do momento que celebram que vão ser curados por Deus” (Profissional 15). É uma “questão cultural, já vi que isso da religião interferir no

tratamento, é dependendo do local” (Profissional 14), por isso a necessidade de compreender a relação da espiritualidade com a saúde. Desse modo, cabe ressaltar o apoio das instituições religiosas, como parte cultural, integrante do indivíduo, e a possibilidade de inserção do usuário em uma rede de relações sociais, são imprescindíveis no contexto da saúde mental, já que em muitos casos, as pessoas com transtorno mental são excluídas de espaços de sociabilidade, logo, é importante, na vida dos usuários, a relação religião e saúde mental, pois tanto abre como criam bloqueios nesse sentido. Cabe destacar ainda, que cada instituição deve respeitar uma a outra, levando em conta o tratamento e as particularidades do processo, onde o tratamento deve observar a cultura e o entorno social dos usuários, que também dizem sobre sua forma de pensar, agir e sentir, frente aos seus processos de adoecimento (MURAKAMI; CAMPOS, 2012).

Este capítulo tocou nos pontos discutidos nas rodas de conversas, que foram desde as principais demandas em saúde mental dentro dos serviços, no tocante à estrutura da RAPS nos municípios, até à organização do trabalho e à atenção em rede. Ademais, vimos também os pontos transversais que circularam nas rodas, temas que, em geral, foram apresentados em uma ou mais de uma roda, mas que revelam a realidade dos municípios da Planície Litorânea, deixando explícitos seus desafios e possibilidades na rede de atenção em saúde mental.

CONCLUSÃO

Com a pesquisa, observamos que o processo de implantação e de consolidação da RAPS no Piauí, ainda está em processo de andamento.

Ao que se pode constatar, quanto à estruturação da RAPS e sua regionalização no Piauí, o Plano de Ação Regional (PIAUI, 2014a), que foi produzido e enviado ao Ministério da Saúde, apresentou inconsistências diversas, quanto à observância do critério populacional para abertura de serviços, além do financiamento e de impasses com os gestores dos municípios. O resultado foi a devolução do Plano, para ajustes e adequações, devido à condução, por parte da Gerência Estadual de Saúde Mental, não ter realizado o debate sobre a RAPS de forma ampla e participativa com todos os setores e atores envolvidos.

A retomada dos trabalhos para implantação e regionalização da saúde mental no estado foi realizada pela nova equipe que assumiu a Gerência, com a mudança do Governo Estadual, em 2015, com a reestruturação do grupo condutor, incluindo a participação do controle social, e a observância atenta aos critérios normativos de todo o processo. Ademais, espera-se que neste 2º Plano de Ação Regional, o debate possa avançar, não apenas na perspectiva da implantação de novos serviços para a ampliação e o fortalecimento da saúde mental nas diversas Regiões de Saúde em todo o estado, mas, também, implementar ferramentas clínicas e de gestão de processos de trabalho das equipes e organização dos serviços, inclusive acompanhado de ações em educação permanente, para a realização do trabalho em rede, inclusive intersetorial.

Ferramentas de regulação, acompanhamento, monitoramento e avaliação são importantíssimas nesse sentido. Porém, percebe-se que o debate, mesmo nesse segundo momento de construção de um novo Plano de Ação Regional, tem tocado pouco em ferramentas ou dispositivos que assegurem o trabalho em rede. A discussão ainda está assentada sobre a abertura de serviços. Sabemos que o trabalho da nova equipe da Gerência é recente, porém, a discussão sobre ferramentas de gestão do trabalho em rede não pode ficar para um outro momento, mas em paralelo.

Quanto às dificuldades expostas pelos profissionais nas rodas de conversas nos municípios, elas giraram em torno das principais demandas em saúde mental, nos serviços de saúde, da estrutura da rede, da organização e da atenção em rede. Tais conversas mostraram que a estrutura da rede ainda se encontra diminuta, e as condições precárias de trabalho e de infraestrutura ainda se mantêm dificultando sobremaneira as ações nos serviços. Como

consequência, o trabalho acaba resultando no modelo ambulatorial, que pouco contribui para a produção de cuidado em saúde mental no território.

Com relação à organização e à atenção no funcionamento da RAPS nos municípios, ainda apresenta impasses, principalmente nos aspectos micropolíticos, no que concerne aos processos de trabalho das equipes dos serviços de saúde, e vão desde dificuldades com o matriciamento, a ações de educação permanente e intersetorialidade. Podemos pensar, assim, no investimento em potencialidades advindas das tecnologias relacionais dentro dos serviços, como modo de atuação-implicação e produção de cuidado.

Desse modo, apontamos a regionalização como um importante elemento organizativo do SUS, e é uma aposta, enquanto ferramenta de gestão, para superar a fragmentação da atenção em saúde, propondo articulação da rede, efetivando a produção de cuidado, garantindo a equidade e a acessibilidade da população aos serviços, principalmente, convocando a intersetorialidade, quando necessário.

Para tanto, é fundamental olhar para além da rede psicossocial especializada (rede CAPS), buscando organizar a atenção básica como porta de entrada e coordenadora na oferta de cuidados em saúde mental no território, a fim de tentar superar impasses em uma das mais perversas fragmentações no SUS, que é entre a atenção básica e a psicossocial.

REFERÊNCIAS

- ALENCAR JUNIOR, O. G. de. **Determinantes Político e Econômico da Descentralização da Política Pública de Saúde no Estado do Piauí, no período 1997-2005**. 2008. 142f. Dissertação. (Mestrado em Políticas Públicas) – Programa de Pós-Graduação Políticas Públicas, Universidade Federal do Piauí - UFPI, Teresina,PI. 2008.
- _____; PASSOS, G. de O. Determinantes da descentralização da política de saúde no Brasil. **Sociedade em Debate**, Pelotas,RS, v. 16, n. 2, p. 111-133, jul./dez. 2010.
- AMARANTE, P. D. de C. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a Psiquiatria**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996.
- _____. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.
- AMORIM, A. M. M. N. E. **Limites e possibilidades de um planejamento descentralizado e participativo nas instâncias colegiadas de gestão do SUS-PIAUI**. 2004. 276f. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas) – Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, Universidade Federal do Piauí – UFPI, Teresina,PI. 2004.
- ANTUNES, J. A. P. de J. Crise Econômica, Saúde e Doença. **Psicologia, Saúde & Doenças**, Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde – SPPS, v. 16, n. 2, p. 267-277, 2015.
- ARAÚJO, J. D. de; FERREIRA, E. S. M.; NERY, G. C. Regionalização dos serviços de Saúde Pública: a experiência do estado da Bahia, Brasil. **Revista Saúde Pública**, v. 7, n. 1, p. 1-19, 1973.
- ASSIS, M. M. A. *et al.*. **Produção do cuidado no programa saúde da família olhares analisadores em diferentes cenários**. Salvador: EDUFBA, 2010. 182 f.
- AZEVEDO, E. de; PELICIONI, M. C. F.; WESTPHAL, M. F. Práticas intersetoriais nas políticas públicas de promoção de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1333-1356, 2012.
- BARBOSA, W. O atual período e conjuntura da luta de classes no Brasil. In.: **Observatório do Mundo do Trabalho: Análise de conjuntura- versão preliminar**, Goiânia, março 2015.
- BARROS, *et al.* Pela mão da cartografia: uma análise do processo de imersão do Programa de Educação pelo Trabalho (PET) no CAPS AD de Parnaíba-PI. In: ROSA, L. C. dos S. *et al.* (orgs.). **CRR Articulando a RAPS: a construção e novas práticas e saberes no Piauí**. Brasília: Verbis Editora, 2015.
- BEZERRA, E.; DIMENSTEIN, M. Os CAPS e o Trabalho em Rede: tecendo o Apoio Matricial na Atenção Básica, **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 28, n. 3, p. 632-645, 2008.
- BEZERRA JÚNIOR, B. Desafios da reforma psiquiátrica no Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 17, p. 243-250, 2007.

BICHAFF, R. **O trabalho nos centros de atenção psicossocial**: uma reflexão crítica das práticas e suas contribuições para a consolidação da reforma psiquiátrica. 2006. 217f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP. 2006.

BRAGA, L. C. de; CARVALHO, L. R. de; BINDER, M. C. P. Condições de trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu (SP), **Ciência e Saúde Coletiva**, 15 (Supl. 1), p.1585-1596, 2010.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, Senado, 1988.

_____. Diário Oficial da União. **Lei nº 8.080/90**. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília-DF, 19 de setembro de 1990.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria SNAS/MS/INAMPS nº 224**, de 29 de janeiro de 1992: estabelece diretrizes e normas para o atendimento em saúde mental. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/geral/planos/programas_e_projetos/saude_mental/portaria_n224.htm>. Acesso em: 25 jan. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 0677/93**, de 1º de junho de 1993. Institui a CIB, 1993.

_____. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde**, de 06 de novembro de 1996. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/legislacao/nobsus96.htm>>. Acesso em: 25 jan. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 106**, de 11 de fevereiro de 2000. Institui os Serviços Residenciais Terapêuticos. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3090_23_12_2011.html>. Acesso em: 25 jan. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 95**, de 26 de janeiro de 2001a. Institui a Norma Operacional de Assistência à Saúde. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html>. Acesso em: 25 jan. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Lei nº 10.216**, de 06 de abril de 2001b. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10216.htm>. Acesso em: 25 jan. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 336/GM**, de 19 de fevereiro de 2002. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Disponível em: <<http://www.maringa.pr.gov.br/cisam/portaria336.pdf>> Acesso em: 25 jan. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Portaria nº 333**, de 4 de novembro de 2003a. Aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. Brasília, DF: Imprensa Nacional, 4 dez. 2003, n. 236, seção 1, p. 57, col. 1. Disponível em: < http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/resolucao_333.pdf > Acesso em: 25 jan. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica. **Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários**. Brasília, DF, 2003b.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**, Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf>. Acesso em: 27 jan. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**, Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaus_2004.pdf >. Acesso em: 27 jan. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399**, de 22 de Fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html>. Acesso em: 27 jan. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Colegiado de Gestão Regional na Região de Saúde Intraestadual**, 2009. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_saude_volume10.pdf > Acesso em: 27 jan. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279**, de 30 de dezembro de 2010a. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: 27 jan. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial nº 421**, de 03 de março de 2010b. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde) e dá outras providências. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/pri0421_03_03_2010.html>. Acesso em: 27 jan. de 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Decreto de nº 7.508**, de 28 de junho de 2011a. Regulamenta a lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências à Rede de Atenção à Saúde. Dispõe da Região de Saúde. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm >. Acesso em: 27 jan. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088**, de 23 de dezembro de 2011b. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 29 jan. 2015.

_____. **Saúde Mental em Dados**. Ano VII, nº 11. Brasília, outubro de 2012a.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012b. Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília.

Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>> Acesso em: 29 jan. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.511**, de 24 de julho de 2013. Reajusta o valor do auxílio-reabilitação psicossocial, instituído pela Lei nº 10.708. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1511_24_07_2013.html>. Acesso em: 29 jan. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Banco de dados do Sistema Único de Saúde-DATASUS, Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Atenção à Saúde - CNES**, dados referentes a 01/2015a. Brasília – DF. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/>>. Acesso em: 27 fev. 2015.

_____. **Saúde Mental em Dados**. Ano X, nº 12. Brasília, setembro de 2015b.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **Physis**, Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

CAMPOS, de S. C. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, Emerson; ONOCKO, Rosana. **Agir em Saúde: um desafio para o público**. São Paulo: HUCITEC, 1997.

CAMPOS, G. W. **Saúde Paidéia**. São Paulo: HUCITEC, 2003.

CAMPOS, de S. C.; AMARAL, M. A. do A. Clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, jul./aug. 2007.

CASTELLS, M. **Sociedade em rede**. São Paulo: Paz e Terra, 1999.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

CEPRO. Fundação Centro de Pesquisas Econômicas e Sociais do Piauí. **Piauí em números**, 8. ed. Teresina, 2007. Disponível em:

<http://www.cepro.pi.gov.br/download/201104/CEPRO06_aff9b5f5a6.pdf>. Acesso em: 22 fev. 2015.

CERQUEIRA FILHO, G. A. **“Questão Social” no Brasil**: crítica ao discurso político. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1982.

CHALHOUB, S. **Trabalho, Lar e Botequim**: cotidiano dos trabalhadores no Rio de Janeiro da belle époque. São Paulo: editora da UNICAMP, 2001.

CHEBLI, I. C. F.; PAIVA, M. G.; STEPHAN-SOUZA, A. I. A regionalização: desdobramento da descentralização? **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 13, Suplemento 1, p. 84-94, 2010.

CODEVASF. Companhia de Desenvolvimento dos Vales do São Francisco e do Parnaíba – Brasil. **Plano de Ação para o Desenvolvimento Integrado da Bacia do Parnaíba**, PLANAP: síntese executiva: Território da Planície Litorânea/Companhia de Desenvolvimento dos Vales do São Francisco e do Parnaíba – CODEVASF. Brasília, DF: TDA Desenhos & Arte Ltda., 2006.

COELHO, D. de M. **Intervenção em grupo**: Construindo Rodas de Conversa. In XIV Encontro Nacional da ABRAPSO, 2011. Disponível em: <http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/anexos/AnaisXIVENA/conteudo/pdf/trab_completo_55.pdf> Acesso em: 25 jan. de 2015.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Desequilíbrio na distribuição de médicos é ainda mais acentuado dentro dos próprios estados**. Matéria de 15 de Fevereiro de 2013. Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=23569:numero-de-medicos-nas-capitais-chega-a-ser-quatro-vezes-maior-que-no-interior-dos-estados&catid=3> em: Acesso em: 25 jan. 2015.

COSTA, M. R. A trajetória das lutas pela Reforma Sanitária. **Sociedade em Debate**, Pelotas, v. 13, n. 2, p. 85-107, jul./dez. 2007.

COSTA, A. G. da; LUDEMIR, A. B. Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 73-79, jan./fev. 2005.

DESVIAT, M. **A Reforma Psiquiátrica**. Editora Fiocruz, 1999.

DIMENSTEIN, Magda *et al.* Demanda em saúde mental em unidades de saúde da família. **Mental**, v. 3, n. 5, p. 23-41, 2005.

_____; LIBERATO, M. T. C. Desinstitucionalizar é ultrapassar fronteiras sanitárias: o desafio da intersetorialidade e do trabalho em rede. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 1, n. 1, jan./abr. 2009.

_____; LIMA, A. I.; MACEDO, J. P. Integralidade em saúde mental: coordenação e continuidade de cuidados na Atenção Primária. In: PAULON, S.; NEVES, R. (Orgs.). **Saúde mental na atenção básica**: a territorialização do cuidado. Porto Alegre: Sulina, 2013.

DOURADO, D. de A.; ELIAS, P. E. M. Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 204-211, 2011.

DUARTE, L. F. D. Os nervos e a antropologia médica norte-americana: uma revisão crítica. **Physis**, Revista de Saúde Coletiva, v. 3, n. 2, 1993.

DUARTE, L. S. *et al.* Regionalização da saúde no Brasil: uma perspectiva de análise. **Saúde e Sociedade**, v. 24, n. 2, p. 472-485, 2015.

DUARTE, R. de J.; DIAS, A. S. D. A intersectorialidade entre o CAPS e o CRAS no município de Esmeraldas: um relato de experiência. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 4, n. 10, p. 237-240, 2012.

ESCOREL, S. História da política de saúde no Brasil: 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: GIOVANELLA, L. *et al.* (Ed.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Cebes, 2008. p.385-434

FEITOSA, L. G. G. C.; SILVA, M. do R. de F. Assistência em Saúde Mental no Piauí: mecanismos estruturais para o cuidado entre a razão e a desrazão. **Serviço Social e Saúde**. Campinas,SP, v. 13, n. 1 (17), p. 77-92, jan./jun. 2014.

_____. **Avaliação do Processo de Implementação da Política de Saúde Mental do Piauí: percepção dos gestores sobre a Reforma Psiquiátrica**. 2015. Tese. (Doutorado em Políticas Públicas) – Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, Universidade Federal do Piauí, Teresina. 2015.

FERIGATO, S. H.; CAMPOS, R. T. O.; BALLARIN, M. L. G. S. O atendimento à crise em saúde mental: ampliando conceitos. **Revista de Psicologia da UNESP**, v. 6, n. 1, p. 31-44, 2007.

FERRÃO, J. Condicionantes locais e económicas da saúde mental em contexto de crise: um roteiro para uma questão complexa. In: SANTANA, P. (coord.) **Território e Saúde Mental em Tempos de Crise**, Imprensa da Universidade de Coimbra, 2015.

FEUWERKER, L. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface, Comunicação, Saúde e Educação**, v. 9, n. 18, p. 489-506, set./dez. 2005.

FILIZOLA, C. L. A.; MILIONI, D. B.; PAVARINI, S. C. I. A vivência dos trabalhadores de um CAPS diante da nova organização do trabalho em equipe. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 10, n. 2, p. 491-503, 2008.

FLICK, U. **Uma introdução à pesquisa qualitativa**. Trad. Sandra Netz. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2004.

FOUCAULT, Michel. **História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

_____. **Vigiar e Punir**. 16. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.

FRASER, M. T. D.; GONDIM, S. M. Da fala do outro ao texto negociado: discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 28, p. 139-152, mai./ago. 2004.

FURTADO, M. E. M. F. F.; CARVALHO, L. B. O psicólogo no NASF: potencialidades e desafios de um profissional de referência. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 7, n. 1, p. 09-17, jan./jun. 2015.

GARCIA, M. L. P.; JORGE, M. S. B. Vivência de trabalhadores de um centro de atenção psicossocial: estudo à luz do pensamento de Martin Heidegger e Hans-Georg Gadamer. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 765-774, 2006.

GARCIA, M. L. T. O Financiamento Federal da Saúde Mental após o Pacto da Saúde, **Libertas** - Revista da Faculdade de Serviço Social, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da UFJF, v. 11, n. 2, 2011.

GARUZI, M. *et al.* Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 35, n. 2, p. 144-9, 2014.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GODOY, A. S. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **Revista de Administração de Empresas**. São Paulo, v. 35, n. 2, p. 57-63 mar./abr. 1995.

GOLDBERG, J. **Cotidiano e Instituição**: revendo o tratamento de pessoas com transtorno mental em instituições públicas. 1998. 327f. Tese. (Doutorado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. 1998.

GOMES, T. Capitalismo contemporâneo, crise e política social: impactos na política de saúde mental, crack, álcool e outras drogas. **O Social em Questão**, Ano XVIII, n. 34, p. 297-314, 2015.

GONÇALVES, C. R. Recursos humanos: fator crítico para as redes de atenção à saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 100, p. 26-34, jan./mar. 2014.

GONÇALVES, R. W.; VIEIRA, F. S.; DELGADO, P. G. G. Política de Saúde Mental no Brasil: evolução do gasto federal entre 2001 e 2009. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, n. 1, p.51-58, 2012.

GONZÁLEZ REY, F. **La investigación cualitativa en psicología**: rumbos y desafíos. São Paulo: Educ, 1999.

_____. O valor heurístico da subjetividade na investigação psicológica. In: GONZÁLES REY, F. (org.). **Subjetividade, complexidade e pesquisa em Psicologia**. São Paulo, Thomson, 2005.

_____. As categorias de sentido, sentido pessoal e sentido subjetivo: sua evolução e diferenciação na teoria histórico-cultural. **Psicologia da Educação**, São Paulo, 24, 1º sem. de 2007, pp. 155-179.

HADDAD, A. E. *et al.* Formação de profissionais de saúde no Brasil: uma análise no período de 1991 a 2008. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, n. 3, 2010.

HEIDRICH, A. V. **Reforma Psiquiátrica à brasileira: análise sob a perspectiva da desinstitucionalização**. 2007. 207f. Tese. (Doutorado em Serviço Social) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica - PUC, Porto Alegre, RS. 2007.

IANNI, O. A questão social. **São Paulo em Perspectiva**. São Paulo, v. 5, p. 2-10, 1991.

IANNI, A. M. Z. *et al.* Metrópole e região: dilemas da pactuação da saúde. O caso da Região Metropolitana da Baixada Santista, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 5, p. 925-934, 2012.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico**. 2010a. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, dados referentes à população de municípios do Piauí. (IDHM). Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/uf.php?lang=&coduf=22&search=piaui>> Acesso em 28 jun. 2015.

_____. **Censo Demográfico**. 2010b. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, dados referentes à população Planície Litorânea. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem/picont96.shtml>>. Acesso em: 28 fev. 2015.

_____. **Censo Demográfico**. 2010c. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Dados referentes à população piauiense. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/tabelas_pdf/total_populacao_piaui.pdf>. Acesso em: 28 fev. 2015.

_____. **Censo Demográfico**. 2013a. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Dados referentes à produção de Buriti dos Lopes. Disponível: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=220200>>. Acesso em: 29 fev. 2015.

_____. **Censo Demográfico**. 2013b. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Dados referentes à produção de Cocal. Disponível: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=220270>>. Acesso em: 29 fev. 2015.

_____. **Censo Demográfico**. 2013c. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Dados referentes à produção de Luís Correia. Disponível: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=220570>>. Acesso em: 29 fev. 2015.

_____. **Censo Demográfico**. 2013d. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Dados referentes à produção de Parnaíba.

Disponível: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?lang=&codmun=220770&search=%7C%7Cinfogr%E1ficos:-dados-gerais-do-munic%EDpiof>>. Acesso em: 29 fev. 2015.

LANCETTI, Antônio. **Clínica Peripatética**. São Paulo: Hucitec, 2008.

LAVRAS, C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil, **Saúde Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 867-874, 2011.

LIMA, L. D. de *et al.* Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil. **Ciência e Saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, p. 1903-1914, 2012.

LUCHESE, R. *et al.* Saúde mental no Programa Saúde da Família: caminhos e impasses de uma trajetória necessária. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 2033-2042, set. 2009.

MACEDO, J. P. S. **Participação e ação política dos psicólogos frente à Política de Saúde Mental no Piauí**. 2011. 272f. Tese. (Doutorado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN, Natal, RN. 2011.

MACEDO, J. P. S.; DIMENSTEIN, M. O trabalho dos psicólogos nas políticas sociais no Brasil. **Avances em Psicologia Latinoamericana**, Colômbia, v. 30, n. 1, 2012a. Disponível em: <revistas.urosario.edu.co/index.php/apl/article/download/1437/1802>. Acesso em: 1º mar. 2015.

_____. A reforma psiquiátrica em contextos periféricos: o Piauí em análise. **Memorandum**, n. 22, p. 138-164, 2012b. Disponível em: <<http://www.fafich.ufmg.br/memorandum/a22/macedodimenstein01.2012>>. Acesso em: 2 mar. 2015.

MACEDO, J. P. *et al.* A RAPS na atenção em álcool e outras drogas: proposições para a integralidade do cuidado a partir da APS. In: ROSA, L. C. dos S. *et al.* **CRR Articulando a RAPS: a construção e novas práticas e saberes no Piauí**. Brasília: Verbis Editora, cap. 6, p. 137-167, 2015a.

MACEDO *et al.* Cárcere Privado: desafios para Atenção Primária e Psicossocial no Norte do Piauí, **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 7, n. 16, p. 117-136, 2015b.

MACHADO, M. H. (coord). **Os médicos no Brasil: um retrato da realidade**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997.

MELO, M. A. B. C. Anatomia do fracasso: intermediação de interesses e a reforma das políticas sociais na Nova República. **Dados**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, p. 119-163, jan./abr. 1993.

- MENDES, I. A. C. Desenvolvimento e Saúde: a Declaração de Alma-Ata e Movimentos Posteriores. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 12, n. 3, p. 447-8, mai./jun. 2004.
- MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência e Saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 5, n. 15, p. 2297-2305, 2010.
- MENDES, A. O processo de construção da gestão regional da saúde no estado de São Paulo: subsídios para a análise. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 423-437, 2015.
- MERHY, E. E. *et al.* O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde: um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo. In: FLEURY, S. (orgs.) **Saúde e Democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, p. 125-141, 1997.
- MERHY, E. E.. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007. p.71-111.
- MERHY, E. E.; FRANCO; T. B.; MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. **Integralidade e transversalidade das necessidades de saúde nas linhas de cuidado**. Movimentos moleculares na micropolítica do trabalho em saúde. s/d.b, 2005. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/indexados-11.pdf>>. Acesso em: 3 mar. 2015.
- MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.
- MION, J. Z.; SCHNEIDER, J. F. Leitos Psiquiátricos em hospital geral: visão de profissionais que atuam em hospital geral. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 5, n. 1, p. 38-42, 2003. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/Revista>>. Acesso em: 3 mar. 2015.
- MOLINER, J. de; LOPES, S. M. B. L. Saúde mental na atenção básica: possibilidades para uma prática voltada para a ampliação e integralidade da saúde mental. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 22, n. 4, p.1072-1083, 2013.
- MURAKAMI, R.; CAMPOS, C. J. G. C. Religião e saúde mental: desafio de integrar a religiosidade ao cuidado com o paciente. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 2, p. 361-7, mar./abr. 2012.
- NEPOMUCENO, B. B. **Pobreza e Saúde Mental: uma análise psicossocial a partir da perspectiva dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)**. 2013. 152f. Dissertação. (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza,CE. 2013.
- OLIVEIRA, A. G. B.; ATAIDE, I. F. C.; SILVA, M. A. A invisibilidade dos problemas de saúde mental na atenção primária: o trabalho da enfermeira construindo caminhos junto às equipes de saúde da família. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 13, n. 4, p. 618-24, 2004.

OLIVEIRA, A. B. de; ROAZZI, A. A Representação Social da “Doença dos Nervos” entre os Gêneros, **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 23, n. 1, p. 091-102, jan./mar. 2007.

OLIVEIRA, L. G.; CAIAFFA, W. T.; CHERCHIGLIA M.L. Saúde mental e a continuidade do cuidado em centros de saúde de Belo Horizonte, MG. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, n.4, p.707-16, 2008.

PAIM, J. S. **Reforma Sanitária Brasileira: avanços, limites e perspectivas**. Estado, Sociedade e Formação, 2010.

PASSOS, E. *et al.* Autonomia e cogestão na prática em saúde mental: o dispositivo da gestão autônoma da medicação (GAM). **Aletheia**, n. 41, p. 24-38, 2013.

PEDROSA, J. I. dos S. **Ação dos atores institucionais na organização da saúde pública do Piauí - espaço e movimento**. 1997. Tese. (Doutorado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas-UNICAMP, Campinas,SP. 1997.

PEREIRA, T. T. S.; BARROS, M. N. dos S.; AUGUSTO, M. C. N. de A. O cuidado em saúde: o paradigma biopsicossocial e a subjetividade em foco. **Mental**, Barbacena, v. 9, n. 17, 2011.

PIAUI. Diário Oficial. **Portaria nº 000362/2012**, de 29 de agosto de 2012. Institui o Grupo Condutor da Rede de Atenção Psicossocial do estado do Piauí, 2012. Disponível em:< http://www.diariooficial.pi.gov.br/diario/201209/DIARIO03_0836730ae8.pdf> Acesso em: 28 jun. 2015.

_____. Secretaria de Saúde do Piauí (SESAPI). **Resolução CIB-PI**, nº 095/2013, 08 de novembro de 2013, Teresina-PI, 2013.

_____. Secretaria de Saúde do Piauí (SESAPI). **Rede de Atenção Psicossocial do Estado do Piauí**, PI, Teresina-PI, 2014a.

_____. Secretaria de Saúde do Piauí (SESAPI), **Resolução CIB-PI**, nº 033/2014, 09 de maio de 2014, Teresina-PI, 2014b.

_____. Secretaria Estadual de Saúde (SESAPI). 1ª Coordenação Regional de Saúde Parnaíba. **Resolução CIR Planície Litorânea-PI**, nº 001/2015. Dispõe da aprovação da repactuação de novos dispositivos para a Rede de Atenção Psicossocial, 2015a.

_____. Ministério da Defesa. Gabinete do Ministro. **Portaria Normativa nº 826**, de 09 de abril de 2015b. Institui o Grupo Condutor da Rede de Atenção Psicossocial do estado do Piauí, 2015. Disponível em:< http://www.lex.com.br/legis_26664642_PORTARIA_NORMATIVA_N_826_DE_9_DE_ABRIL_DE_2015.aspx> Acesso em: 28 jun. 2015.

_____. Documento do Ministério da Saúde. **Informe nº 01/2015**, aprovado em Resolução da CIB-PI nº 37/2015, de 22 de maio de 2015, redefine a composição da Macrorregião Norte, 2015c.

_____. Governo do Estado do Piauí. **Governo propõe implantação de cinco macrorregiões de saúde no estado**, Graciene Nazareno, Notícia de 26 de Maio de 2015d. Disponível em: <<http://www.piaui.pi.gov.br/noticias/index/categoria/2/id/19820>> Acesso em: 28 jun. 2015.

_____. Governo do Estado do Piauí. **Governo investe em ações da Saúde Mental no Piauí**, James Almeida, Notícia de 10 de Outubro de 2015e. Disponível em: <<http://www.saude.pi.gov.br/noticias/2015-10-10/6727/governo-investe-em-aco-es-da-saude-mental-no-piaui.html>> Acesso em: 28 nov. 2015.

PIOVESAN, A.; TEMPORINI, E. R. Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 29, n. 4, 1995.

PRATTA, E. M. M.; SANTOS, M. A. O Processo Saúde-Doença e a Dependência Química: Interfaces e Evolução. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 25 n. 2, p. 203-211, Abr-Jun 2009.

RAMMINGER, T. **Trabalhadores de Saúde Mental: Reforma Psiquiátrica, Saúde do trabalhador e modos de subjetivação nos serviços de Saúde Mental**. 2005. Dissertação. (Mestrado em Psicologia Social) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre,RS, 2005.

RAMOS, P. F.; MASSIH PIO, D. A. Construção de um Projeto de Cuidado em Saúde Mental na Atenção Básica. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 30, n. 1, p. 212-223, 2010.

RÉZIO, L. de A.; OLIVEIRA, A. G. B. de. Equipes e Condições de Trabalho nos Centros de Atenção Psicossocial em Mato Grosso, Escola Anna Nery. **Revista de Enfermagem**, v. 14, n. 2, p. 346-354, abr./jun. 2010.

RIBEIRO, J. M.; INGLEZ-DIAS, A. Políticas e inovação em atenção à saúde mental: limites ao descolamento do desempenho do SUS. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 12, p. 4623-4633, 2011.

RIOS, I. C. Rodas de Conversa sobre o Trabalho na Rua: Discutindo Saúde Mental. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 251-263, 2007.

RIVERA, F. J. U.; ARTMANN, E. Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo. **Ciência e saúde coletiva**, v. 4, n. 2, p. 355-365, 1999.

ROSA, L. C. dos S. **Panorama da Assistência Psiquiátrica no Piauí**. Piauí: EDUFPI, 2005.

_____. **O nordeste na reforma psiquiátrica**. Teresina: Edefpi, 2006.

_____. **Transtorno Mental e o cuidado na família**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

SALIBA, N. A. *et al.* Conselhos de saúde: conhecimento sobre as ações de saúde. **Revista de Administração Pública - RAP**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 6, p. 1369-1378, nov./dez. 2009.

SANTOS, W. G. **Cidadania e Justiça**. Rio de Janeiro: Campus, 1979.

SARACENO, B. **Manual de Saúde Mental**. São Paulo: Hucitec, 1999.

_____. Reabilitação Psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, A. M. F. **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2001.

SEVERO, A. K.; DIMENSTEIN, M. Rede e Intersetorialidade na Atenção Psicossocial: Contextualizando o papel do Ambulatório de Saúde Mental. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 31, n. 3, p. 640-655, 2011.

SILVA JUNIOR, A. G; ALVES, C. A. Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas. In: MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A. D. A. (org). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, p 27-41. 2007.

SILVA, S. F. da (org). **Redes de atenção à saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde**. Campinas, SP: IDISA: CONASEMS, 2008.

SILVA, V. H. F. da; DIMENSTEIN, M.; LEITE, J. F. O cuidado em saúde mental em zonas rurais. **Mental**, v. 10, n. 19, p. 267-285, 2013.

SILVA, E. C. da; GOMES, M. H. de A. Regionalização da saúde na região do Grande ABC: os interesses em disputa. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 23, n. 4, p. 1383-1396, 2014.

SILVA, M. J. V. **Regionalização da Saúde no Oeste de Mato Grosso: um estudo de caso do Colegiado de Gestão Regional**. 2014. Dissertação. (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Mato Grosso, Mato Grosso. 2014.

SILVA, E. K. B. da; ROSA, L. C. dos S. Desinstitucionalização Psiquiátrica no Brasil: riscos de desresponsabilização do Estado? **Katálisis**, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 252-260, jul./dez. 2014.

SILVA, M. *et al.* A saúde mental e a crise econômica. **Saúde Mental em Tempos de Crise**, 2015.

SILVEIRA, D. S. da. Composição das Equipes de Centros de Atenção Psicossocial da Região Sul do Brasil, **Revista de Enfermagem - UFSM**, v. 4, n. 3, p. 509-518, jul./set. 2014.

SOUZA, E. C. F. de *et al.* Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24 Sup 1, 2008.

SOUSA, F. S. P. de *et al.* Tecendo a rede assistencial em saúde mental com a ferramenta matricial. **Physis**, Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4 p. 1579-1599, 2011.

SOUSA, J. de; LUIS, M. A. V. Demandas de saúde mental: percepção de enfermeiros de equipes de saúde da família, **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, n. 6, p. 852-8, 2012.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 25-59, jan./abr. 2002.

TERRA, M. G. *et al.* O significado de cuidar no contexto do pensamento complexo: novas possibilidades para a enfermagem. **Texto contexto Enfermagem**, v. 15, Número especial, 2006.

TORRES, A. E. *et al.* A roda em movimento e os movimentos da roda: refletindo sobre experiências. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 8, p. 96-104, jan./jun. 2012.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais**. A Pesquisa Qualitativa em Educação. O Positivismo. A Fenomenologia. O Marxismo. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2009, p.175.

TUNDIS, S. A.; COSTA, N. do R. **Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil**. 8. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

VASCONCELOS, C. M. de; PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G. W. de S. *et al.* **Tratado de saúde coletiva**. Rio de Janeiro: Hucitec; Fiocruz, p.531-562, tab, graf. (Saúde em debate, 170), 2006.

VASCONCELOS, E. M. Políticas sociais no capitalismo periférico. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, Cortez, v. 10, n. 29, p. 67-104, abr. 1989.

_____. Epistemologia, diálogos e saberes: estratégias para práticas interparadigmáticas em saúde mental. **Caderno Brasileiro de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 1, n. 1, jan./abr. 2009.

_____. (Org.). **Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira**. São Paulo: Hucitec Editora, 2010.

VIDAL, C. E. L.; BANDEIRA, M.; GONTIJO, E. D. Reforma Psiquiátrica e Serviços Residenciais Terapêuticos. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 57, n. 1, p. 70-79, 2008.

VIDAL, C. E. L. *et al.* Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos em mulheres. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 457-64, 2013.

VIEIRA FILHO, N. G.; NÓBREGA, S. M. da. A atenção psicossocial em saúde mental: contribuição teórica para o trabalho terapêutico em rede social. **Estudos de Psicologia**, v. 9, n. 2, p.373-379, 2004.

YASUI, S. **Rupturas e encontros**: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira. 2006. 208p. Tese. (Doutorado em Ciências da Saúde) – Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. 2006.

YASUI, S.; COSTA-ROSA, A. Estratégia Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 32, p. 27-37, 2008.

APÊNDICES

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do projeto: Regionalização da Política de Saúde Mental no Piauí: desafios para atenção psicossocial.

Pesquisador responsável: João Paulo Sales Macedo e Francisca Maria Carvalho Cardoso (colaboradora).

Instituição/Departamento: Universidade Federal do Piauí - Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas.

Telefones para contato: (86) 3215-5808 e (86) 99922-2814 (aberto para ligações a cobrar, por parte do participante).

Local da coleta de dados: Gerência de Saúde Mental do Estado do Piauí, Secretarias Municipais de Saúde de Buriti dos Lopes, Cocal, Luís Correia e Parnaíba, 1ª Regional de Saúde de Parnaíba (ligada à secretaria de saúde de Parnaíba), Superintendência de Saúde Mental de Parnaíba.

Prezado(a) Senhor(a): Você está sendo convidado(a) a responder às perguntas deste roteiro de entrevista, de forma totalmente **voluntária**. É uma pesquisa em nível de mestrado em Políticas Públicas. E este termo será emitido em duas vias, uma que ficará com o pesquisador e outra com o(a) participante. Antes de concordar em participar desta pesquisa, é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento. Os pesquisadores deverão responder todas as suas dúvidas, antes que você se decida a participar. Você tem o direito de **desistir** de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade e sem perder os benefícios aos quais tenha direito.

Justificativa: Em virtude de promover as Políticas Públicas para a Saúde Mental, trabalharemos com o processo de implantação da Rede de Atenção Psicossocial e seu desenho no estado do Piauí e na Planície Litorânea-PI.

Objetivo de estudo: Analisar o processo de implantação da Rede de Atenção Psicossocial no território da Planície Litorânea-PI.

Procedimentos: Sua participação nesta pesquisa consistirá através de respostas a um roteiro de entrevista, a fim de que possamos analisar o processo de implantação da RAPS no território da Planície Litorânea-PI, bem como refletir sobre os desafios e possibilidades para efetivação da regionalização e da interiorização da Política de Saúde Mental no Piauí. Cabe frisar que sua participação na pesquisa é livre e que é possível o seu acesso aos instrumentos de coleta de dados antes mesmo da assinatura deste termo.

Benefícios: Esta pesquisa trará maior conhecimento sobre o tema, com relevância tanto para a produção do conhecimento sobre a área quanto para a Política de Saúde Mental do Piauí, com o intuito de beneficiar a gestão e serviços da RAPS do estado do Piauí.

Riscos: O preenchimento destes questionários *a priori* não representam qualquer risco de ordem física ou psicológica para você, na medida em que prezamos pelo sigilo, porém, caso exista algum desconforto ao compartilhar informações, ou sinta algum incômodo em falar de algum tópico em específico, não precisa respondê-lo, reservando-se o direito de passar à pergunta seguinte, ou mesmo desistir de participar da pesquisa.

Sigilo: As informações fornecidas por você terão sua privacidade garantida pelos pesquisadores responsáveis. Os participantes da pesquisa não serão identificados em nenhum momento quando os resultados desta pesquisa forem divulgados em qualquer forma. Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto, eu

_____, estou de acordo em participar desta pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas. Sobre o acompanhamento e assistência ao participante quando do encerramento ou interrompimento da pesquisa o participante poderá acessar os contatos dos pesquisadores ou do CEP.

Local e data

Assinatura N. identidade

Pesquisador responsável

Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI - Campus Universitário Ministro Petrônio Portella – Pró-Reitoria de Pesquisa. Bairro: Ininga. CEP: 64.049-550 - Teresina – PI. Tel:(86)3237-2332.e-mail:cep.ufpi@ufpi.edu.br. web: www.ufpi.br/cep.

APÊNDICE B

Entrevista – Representantes: da Gerência de Saúde Mental do Estado/Secretarias Municipais de Saúde de Parnaíba, Luís Correia, Buriti dos Lopes e Cocal, Regional de saúde de Parnaíba, Superintendência de Saúde Mental de Parnaíba e do controle social.

I. Dados de identificação:

Profissão e cargo que exerce.

Pensando nas etapas da implantação da RAPS, conforme a portaria nº 3.088, de 23/12/2011.

Entrevista para que o participante fale sobre:

Como tudo começou, até chegar ao processo de implantação da RAPS.

- 1- Como tem se dado o processo de regionalização da Saúde Mental no estado?
- 2- Como a Gerência de Saúde Mental tem se organizado para implantar a RAPS no estado?
- 3- Sobre as reuniões do Colegiado de Gestão Regional. Quem tem participado? Quais os temas debatidos?
- 4- Como as etapas do processo de implantação da RAPS têm sido trabalhadas na Planície Litorânea - serviços?
- 5- Quais as respostas dos municípios – serviços - equipes envolvidas? Como eles têm participado e se integrado à discussão?
- 6- Qual a agenda de discussão? Que aspectos têm sido pautados pelos municípios - serviços, neste debate? Quais os entraves e pontos de discordância/ consenso nas discussões?
- 7- Sobre as Pactuações do desenho da rede. Como tem se dado essa discussão? Pontos críticos? Dados diagnósticos que têm embasado a discussão?
- 8- Sobre a Instituição do Fórum da RAPS. Quem tem participado? Quais os temas debatidos? Pontos Críticos?
- 9- Sobre a Proposta de Plano de Ação Regional. Como foi construído? Atores? Demandas dos gestores? Trabalhadores? Usuários? Como o Estado/Município (direcionar para o representante entrevistado) tem acompanhado esse debate? Expectativas? Desafios?
- 10- Que instrumentos de atenção e gestão tem sido/ serão trabalhado(s) com os gestores locais/equipes dos serviços para se efetivar as ações em rede na RAPS?

11- Quais atores têm participado dessa discussão? Como os atores institucionais de cada localidade (gestão e serviços) têm se percebido nesse processo? Quais têm sido suas pautas?

12- Organização dos processos de trabalho

13- Avaliação do processo de implantação

14- Contratualização

15- Grupo condutor

16- Cumprimento de metas e/ou dificuldades

17- Que propostas têm sido pensadas para avançar no cuidado em rede?

18- Quais os próximos passos e os desafios para a efetivação da regionalização da Política de Saúde Mental no estado/municípios da Planície Litorânea como um todo.

Temas norteadores da roda de conversa com profissionais dos serviços de saúde Parnaíba, Luís Correia, Buriti dos Lopes e Cocal.

Questionário:

1- Sexo

2- Idade

3- Tempo de formado

4- Tempo de experiência profissional na saúde

5- É o primeiro emprego?

6- Tem outro emprego?

7- Reside no município que trabalha?

Temas das rodas

- Principais demandas em saúde mental do município.
- Estruturação e funcionamento da RAPS no município/região.
- Organização do trabalho em saúde mental a partir da RAPS: ações interdisciplinares, intersetorialidade, matriciamento, gestão compartilhada dos casos.
- Organização da atenção em rede: gestão do fluxo, continuidade, complementariedade e coordenação do cuidado em outros níveis de atenção.
 - Desafios para atuar nesse campo; autoanálise e análise das implicações das equipes/serviços para o trabalho em rede.

ANEXO

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PIAUÍ - UFPI

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Regionalização da Política de Saúde Mental no Piauí: desafios para atenção psicossocial.

Pesquisador: JOAO PAULO SALES MACEDO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 48767815.8.0000.5214

Instituição Proponente: Universidade Federal do Piauí - UFPI

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.394.204

Apresentação do Projeto:

O estudo se constitui em uma Pesquisa Social, onde para a realização da mesma se utilizará do método qualitativo, abrangerá a análise documental, a pesquisa do tipo exploratória, bem como pesquisa de campo, envolvendo quatro municípios da Planície Litorânea que apresentam em maior abrangência os serviços que constituem a RAPS na região, a saber: Buriti dos Lopes, Cocal, Luís Correia e Parnaíba. Quanto aos atores que irão compor a pesquisa, teremos: os gestores ou representantes de cada uma das quatro Secretarias Municipais de Saúde (n=4), bem como da 1ª Regional de Saúde de Parnaíba, ligada à secretaria de Saúde de Parnaíba, em virtude disso, a autorização institucional da secretaria de Saúde de Parnaíba abarca a permissão desse entrevistado (n=1), da Gerência Estadual de Saúde Mental (n=2), representantes da gestão passada da Gerência de Saúde Mental do estado do Piauí (n=1), Superintendência de Saúde Mental de Parnaíba (n=1) e representante do controle social, que represente o grupo condutor da RAPS (n=1); serão 10 atores participantes nesta primeira etapa e posteriormente, solicitaremos dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) as unidades da Atenção primária: da Estratégia de Saúde da Família- ESF, e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família- NASF, onde entraremos em contato com pelo menos dois profissionais de cada equipe, de cada serviço

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa
Bairro: Ininga **CEP:** 64.049-550
UF: PI **Município:** TERESINA
Telefone: (86)3237-2332 **Fax:** (86)3237-2332 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PIAÚÍ - UFPI



Continuação do Parecer: 1.394.204

citado: CAPS, ESF e NASF, (Parnaíba: n=6; Luís Correia: n=6; Buriti dos Lopes: n=6; Cocal: n=6).E 24 participantes na segunda etapa. Totalizando 34 participantes na pesquisa

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar o processo de implantação da RAPS no território da Planície Litorânea

Objetivo Secundário:

Conhecer o desenho da Rede no estado, e especificamente na Planície Litorânea;

Compreender a participação dos atores institucionais no processo de implantação da RAPS na Planície Litorânea; Refletir sobre os desafios e possibilidades para efetivação da regionalização e da interiorização da Política de Saúde Mental no Piauí

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

"Riscos: O preenchimento destes questionários a priori não representam qualquer risco de ordem física ou psicológica para você, na medida em que prezamos pelo sigilo, porém, caso exista algum desconforto ao compartilhar informações, ou sinta algum incômodo em falar de algum tópico em específico, não precisa respondê-lo, reservando-se no direito de passar à pergunta seguinte, ou mesmo desistir de participar da pesquisa.

Benefícios:

Os benefícios serão vários, principalmente quanto à gerência de saúde e saúde mental do estado do Piauí, e à academia, por um estudo que fala sobre a implantação da Rede de Atenção Psicossocial no estado e na região da Planície Litorânea, além de benefícios que serão vistos ao longo da pesquisa quanto à integração e melhor andamento do trabalho e cuidado em rede a partir dos diálogos com as equipes, a fim de colaborar com a melhoria na qualidade de gestão e cuidado nos serviços, além de apontarmos a efetividade da implantação da Rede de Atenção Psicossocial."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de proposta relevante, pois pretende integrar as ações de cuidado com a gestão do trabalho em rede, garantindo assim a regionalização da atenção.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram apresentados.

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa
Bairro: Ininga CEP: 64.049-550
UF: PI Município: TERESINA
Telefone: (86)3237-2332 Fax: (86)3237-2332 E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PIAÚÍ - UFPI



Continuação do Parecer: 1.394.204

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto apto a ser desenvolvido do ponto de vista ético.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_542997.pdf	30/12/2015 12:14:24		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	30/12/2015 12:03:53	FRANCISCA MARIA CARVALHO CARDOSO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declarar.pdf	31/08/2015 23:51:46	FRANCISCA MARIA CARVALHO CARDOSO	Aceito
Outros	ENCAMINHAMENTO.pdf	31/08/2015 23:49:26	FRANCISCA MARIA CARVALHO CARDOSO	Aceito
Outros	INSTRUMENTO.pdf	31/08/2015 23:48:22	FRANCISCA MARIA CARVALHO CARDOSO	Aceito
Outros	lattes.pdf	31/08/2015 23:46:59	FRANCISCA MARIA CARVALHO CARDOSO	Aceito
Outros	CONFIDENCIALIDADE.pdf	31/08/2015 23:46:26	FRANCISCA MARIA CARVALHO CARDOSO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	31/08/2015 23:45:15	FRANCISCA MARIA CARVALHO CARDOSO	Aceito
Outros	autorização superintendencia de saude mental.pdf	30/06/2015 20:37:45		Aceito
Outros	AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL gerência da saúde mental.pdf	30/06/2015 20:37:08		Aceito
Outros	AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL L Correia.pdf	30/06/2015 20:36:38		Aceito
Outros	AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL de Cocal.pdf	30/06/2015 20:36:12		Aceito
Outros	autorização de Parnaíba.pdf	30/06/2015 20:35:42		Aceito

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa
 Bairro: Ininga CEP: 64.049-550
 UF: PI Município: TERESINA
 Telefone: (86)3237-2332 Fax: (86)3237-2332 E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PIAÚÍ - UFPI



Continuação do Parecer: 1.394.204

Outros	autorização Buriti.pdf	30/06/2015 20:35:14		Aceito
Folha de Rosto	folha de rosto projeto.jpg	30/06/2015 20:29:32		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

TERESINA, 25 de Janeiro de 2016

Assinado por:
Adrianna de Alencar Setubal Santos
(Coordenador)

Profª Adrianna de Alencar Setubal Santos
Coordenadora CEP-UFPI
Portaria Propeq N° 16/2014

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa
Bairro: Ininga CEP: 64.049-550
UF: PI Município: TERESINA
Telefone: (86)3237-2332 Fax: (86)3237-2332 E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br