



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS  
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL  
DOUTORADO INTERINSTITUCIONAL EM SERVIÇO SOCIAL UFPE/IESRSA**

**JULIANA BARBOSA DIAS MAIA**

**A REDE QUE TEMOS E A REDE NECESSÁRIA: AVANÇOS E DESAFIOS NA  
IMPLEMENTAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM PICOS-PI**

**RECIFE  
2017**

**JULIANA BARBOSA DIAS MAIA**

**A REDE QUE TEMOS E A REDE NECESSÁRIA: AVANÇOS E DESAFIOS NA  
IMPLEMENTAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM PICOS-PI**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da UFPE para efeitos de obtenção do título de Doutorado em Serviço Social, orientada pela professora Ana Cristina de Sousa Vieira e co-orientada pela professora Iracema da Silva Frazão.

Área Temática: Saúde Mental  
Linha de pesquisa: Estado, Políticas Sociais e Ação do Serviço Social.

**RECIFE  
2017**

Catálogo na Fonte

Bibliotecária Ângela de Fátima Correia Simões, CRB4-773

M217r

Maia, Juliana Barbosa Dias

A rede que temos e a rede necessária: avanços e desafios na implementação da rede de atenção psicossocial em Picos - PI / Juliana Barbosa Dias Maia. - 2017.

128 folhas: il. 30 cm.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Ana Cristina de Sousa Vieira e Coorientadora Prof.<sup>a</sup> Dra. Iracema da Silva Frazão

Tese (Doutorado em Serviço Social) – Universidade Federal de Pernambuco. CCSA, 2017.

Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Saúde mental. 2. Rede de atenção psicossocial. 3. Reforma psiquiátrica. I. Vieira, Ana Cristina de Sousa (Orientadora). II. Frazão, Iracema da Silva (Coorientadora). III. Título

362.2 CDD (22. ed.)

UFPE (CSA 2018 – 023)

**JULIANA BARBOSA DIAS MAIA**

**A REDE QUE TEMOS E A REDE NECESSÁRIA: AVANÇOS E DESAFIOS NA  
IMPLEMENTAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM PICOS-PI**

**COMISSÃO EXAMINADORA**

---

Profa. Dra. Ana Cristina de Souza Vieira - UFPE  
Orientadora

---

Profa. Dra. Iracema da Silva Frazão - UFPE  
Co-orientadora

---

Profa. Dra. Tatiane Gomes Guedes - UFPE  
Examinadora Membro Externo

---

Profa. Dra. Tereza Cristina Ribeiro da Costa  
Examinadora

---

Profa. Dra. Mônica Rodrigues Costa  
Examinadora

À Prof<sup>a</sup>. Dra. Anita Aline de Albuquerque  
Costa (*in memoriam*).

## AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, a Deus, que está comigo em todo momento difícil nos quais pensei que iria desistir e uma fé me conduzia a continuar seguindo, mesmo com todas as dificuldades que tive durante o doutorado. Obrigada, DEUS!

### **A minha família e amigos.**

Ao pai do Davi e da Maria Alice, meu maridão, **Leonardo**, que aguentou minhas angústias, ajudando e entendendo quando eu não podia estar presente, sempre me colocando para cima e incentivando. Ao meu rei **Davi**, filho amado, tão compreensivo. A minha princesa, Maria Alice, que participou do doutorado desde a sua gestação, hoje com dois anos. Desculpa, filha, pela ausência.

A minha Mãe, **Elizabeth**; as minhas irmãs, **Luana** e **Mariana**, que sempre estão presentes e apoiando, mesmo estando a alguns quilômetros de distância, mantiveram-se incansáveis em suas manifestações de apoio e carinho.

A minha sogra, **Teresinha**, que me deu força para terminar o doutorado; e ao meu sogro, **Tadeu**, pelo apoio. Aos meus cunhados, cunhada e sobrinhos, minha segunda família.

**Aos meus anjos amigos.** Ainda bem que ao longo de nossas vidas sempre aparecem “anjos da guarda” que nos ajudam, e sem os quais nossos objetivos seriam muito difíceis de serem alcançados, ou seriam até inatingíveis. Sofia e Letícia.

### **Aos participantes da pesquisa.**

A todos os participantes deste estudo, a equipe de saúde mental do município de Picos, em especial, Santilha e Gerlany, que foram sempre solícitas as minhas angústias e perguntas.

Aos gestores e profissionais da Raps que participaram da pesquisa, sem a contribuição de vocês, seria impossível a finalização do estudo. Espero, de certa forma, trazer alguma contribuição para todos que direta ou indiretamente participam, ou que precisam da Rede de atenção Psicossocial de Picos.

### **Aos Colegas do Doutorado e à Faculdade R. Sá.**

Aos amigos do doutorado, alguns desde o mestrado, que vivenciaram momentos de estudo, de escrita e de tensão, como a prova de qualificação, no decorrer desta jornada. Em especial, cito, representando todos, a Andreia, minha

colega aventureira e a pessoa mais determinada que conheço, somos tão diferentes e iguais. Os momentos vão ficar guardados para sempre.

**Ao programa de Pós-graduação em Serviço Social da UFPE (MINTER/UFPE)**, que acreditou no potencial da região, na transformação e na formação dos profissionais da região de Picos.

À Prof<sup>a</sup>. Dra. Anita Aline de Albuquerque Costa (*in memoriam*), minha eterna orientadora, pelo apoio, incentivo, críticas, e não ter desistido de mim, mesmo quando até eu tinha desistido. Por quem tive o privilégio de ser orientada no mestrado, no doutorado, e até os últimos dias da sua vida. A saudade me fortaleceu para continuar.

À Prof<sup>a</sup>. Dra. Ana Vieira por ter acreditado nos alunos de Picos, sempre nos colocando para frente. E em especial, por ter me aceitado como “herança” da professora Anita, como orientadora e amiga. Obrigada pelos materiais enviados e pela sua inesgotável fonte de informações.

À Prof<sup>a</sup>. Dra. Iracema Frazão, minha co-orientadora e orientadora, pela disponibilidade, atenção dispensada, paciência, dedicação e estímulo ao desenvolvimento desta tese, com seus fundamentais ensinamentos que contribuíram de forma incomensurável.

Aos professores do programa que contribuíram para a construção do meu saber e que tiveram a disponibilidade de levar aprendizado para o sertão do Piauí, Picos.

Aos participantes da Banca Examinadora pelas importantes contribuições e estímulo.

Finalmente, faço questão de agradecer de coração a todas as pessoas que torceram ou intercederam por mim, mesmo que de forma anônima ou discreta, mas que com um olhar, um sorriso, uma palavra, de alguma forma contribuíram para fortalecer e estimular a construção deste estudo. É como disse Vinícius de Moraes: “Você não faz amigos, você os reconhece”. A todos esses amigos e amigas, obrigada!

A prova de que estou recuperando a saúde mental é que estou a cada minuto mais permissiva: eu me permito mais liberdade e mais experiências, e aceito o acaso. Anseio pelo que ainda não experimentei: maior espaço psíquico. Estou, felizmente, mais doida.

(Clarice Lispector)



## RESUMO

A Rede de Atenção Psicossocial, instituída a partir da Portaria nº 3088/2011, é um dos grandes avanços da política de saúde mental no Brasil, na atualidade, ao apontar a necessidade de estruturação, expansão e articulação de uma rede de serviços de atenção aos sujeitos acometidos por transtornos psíquicos, e/ou aos usuários de substâncias psicoativas, diversificando os componentes de cuidado e assistência no âmbito do SUS, promovendo a vida comunitária e a autonomia desses sujeitos, conforme os princípios da Reforma Psiquiátrica. Compreendendo isso, este estudo teve como objetivo analisar os avanços e os desafios para a implantação da Raps, segundo os moldes da política de saúde mental, no cenário de Picos, município localizado no interior do Estado do Piauí. Apesar de ser um olhar sobre a realidade local, buscou-se delinear embasamentos para reflexões que possam servir de apoio para outros estudos. A abordagem é qualitativa, tendo como contexto para a pesquisa de campo os dispositivos de assistência à saúde mental que compõem a Raps em funcionamento no município, no ano de 2016, sendo esses: Samu; Caps ad e Caps II; Nasf; ESF e o Hospital Regional do município. Participaram do estudo 08 gestores e 16 técnicos de nível superior que atuam nessas instituições, pertencentes a diferentes profissões: assistentes sociais, psicólogos, médicos, enfermeiros e nutricionistas, utilizando-se de entrevista semiestruturada e aplicação de questionário. Verificou-se que a política de saúde mental de Picos vivencia um cenário de transição, de substituição do modelo hospitalocêntrico e, portanto, implantando, tardiamente, uma Rede de Atenção Psicossocial pautada no paradigma da Reforma Psiquiátrica. Os avanços dizem respeito à expansão de serviços de saúde mental de base comunitária; no entanto, esses encontram como desafios a mudança no processo de trabalho das equipes, o incentivo da gestão e a construção de uma cultura antimanicomial local, dentre outros.

**Palavras-chave:** Saúde Mental. Rede de Atenção Psicossocial. Reforma Psiquiátrica.

## ABSTRACT

The Psychosocial Attention Network(Raps), established by Administrative Rule no. 3088/2011, is one of the great advances in mental health policy in Brazil today, pointing out the need for structuring, expanding and articulating a network of care services for affected individuals with psychic disorders and / or users of psychoactive substances, diversifying care and assistance components within SUS, promoting the community life and autonomy of these subjects, according to the principles of the Psychiatric Reform. Understanding this, the objective of this study was to analyze the advances and challenges for the implementation of Raps according to the mental health policy, in the scenario of Picos, a city located in the State of Piauí. Despite being a look at the local reality, it was tried to delineate bases for reflections that can serve as support for other studies. The approach is qualitative, having as context for field research the mental health care devices that make up Raps in operation in the city, in the year 2016, these being: Samu; Caps ad and Caps II; Nasf; ESF; and the Regional Hospital of the city. The study was attended by 08 managers and 16 higher level technicians who work in these institutions, belonging to different professions: social workers, psychologists, physicians, nurses and nutritionists, using a semi-structured interview technique and questionnaire. It was verified that health policy mental health of Picos experiences a transition scenario, replacing the hospital-centered model and, therefore, belatedly implementing a Psychosocial Attention Network based on the paradigm of Psychiatric Reform. The advances are related to the expansion of community-based mental health services, however, these challenges are the change in the work process of the teams, the encouragement of management and the construction of a local anti-asylum culture, among others.

**Keywords:** Mental Health. Psychosocial Attention Network. Psychiatric Reform.

## RÉSUMÉ

Le réseau d'attention psychosocial, institué par la règle administrative n° 3088/2011, est l'un des grands avancés de la politique de santé mentale au Brésil, actuellement, en soulignant le besoin de structurer, d'élargir et d'articuler un réseau de services de soins aux personnes touchées de troubles psychiques et/ou les utilisateurs de substances psychoactives, en diversifiant les composantes de soins et d'assistance au sein du SUS, favorisant la vie communautaire et l'autonomie de ces sujets, selon les principes de la Réforme Psychiatrique. En comprenant cela, cette étude avait pour objectif d'analyser les progrès et les défis pour l'implantation de la Raps selon la politique de santé mentale, dans le scénario de Picos, une municipalité située à l'intérieur de l'État du Piauí. Malgré d'être un avis sur la réalité locale, on a cherché à définir des empattements pour des réflexions qui pourraient servir de support à d'autres études. L'approche est qualitative, tenant comme contexte pour la recherche sur le terrain les dispositifs de l'assistance de santé mentale qui composent la Raps em fonctionnement dans la municipalité, en l'an 2016, ceux-ciétant: Samu; Caps ad et Caps II; Nasf; ESF et l'hôpital régional de la municipalité. Ayant participé de cette étude 08 dirigeants et 16 techniciens de haut niveau qui travaillent dans ces institutions, appartenant à différentes professions: assistantes sociaux, psychologues, médecins, infirmières et nutritionnistes, en utilisant d'une technique d'interview semi-structurée et d'un questionnaire. On a été constaté que la politique de santé mentale à Picos connaît un scénario de transition, en remplaçant celui du modèle centré sur l'hôpital et, par conséquent, mettant en place trop tard un réseau d'attention psychosocial basé sur le paradigme de la Réforme Psychiatrique. Les progrès sont liés à l'expansion des services de santé mentale communautaires, mais ils comprennent des défis pour changer le processus de travail des équipes, pour l'encouragement de la gestion et de la construction d'une culture anti-asile locale, parmi d'autres.

**Mots-clés:** Santé Mentale. Reséau d'attention Psychosocial. Réforme Psychiatrique.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1</b> - Evolução do indicador de cobertura de Caps/100 mil habitantes (Brasil dez./2002, dez./2006 e dez./2014.....	46
<b>Figura 2</b> - Território do Vale do Rio Guaribas, no Piauí.....	58
<b>Figura 3</b> - A Rede de Atenção Psicossocial no município de Picos-Pi.....	64

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> -	Tipos de serviços dos Caps distribuídos por número de habitantes e os horários de funcionamentos.....	45
<b>Tabela 2</b> -	Indicador de cobertura de Caps/100 mil habitantes por ano e estado.....	56
<b>Tabela 3</b> -	Configuração/Pactuação da Rede de Atenção Psicossocial (Raps) do Território Vale do Rio Guaribas.....	61
<b>Tabela 4</b> -	Informações gerais sobre o estado do Piauí.....	68

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1</b> - Série histórica da expansão dos Caps (Brasil, dez./1998 a dez./2014).....	45
<b>Gráfico 2</b> - Profissão dos sujeitos da pesquisa, Picos-PI, 2016.....	72
<b>Gráfico 3</b> - Tempo de formado dos sujeitos participantes do estudo, Picos-PI, 2016.....	75
<b>Gráfico 4</b> - Tempo de serviço no atendimento à Saúde Mental, Picos-PI, 2016.....	76
<b>Gráfico 5</b> - Cobertura (%) por ESF em Picos, de 2002-2013.....	99

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIS	Ações Integradas de Saúde
Art.	Artigo
Caps	Centro de Atenção Psicossocial
Caps ad	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
Cebes	Centro Brasileiro de Estudos em Saúde
CF	Constituição Federal
CFESS	Conselho Federal de serviço Social
CIB-PI	Comissão Intergestores Bipartite do Piauí
CIT	Comissão Intergestora Tripartite
CEP/ Uespi	Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual do Piauí
Conasp	Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária
Cras	Centro de Referência de Assistência Social
Creas	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HRJL	Hospital Regional Justino Luz
PI	Estado do Piauí
PNSM	Política Nacional de Saúde Mental
ProResidência	Programas de Residência
Inamps	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
Ipea	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
MS	Ministério da Saúde
Nasf	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
PEC	Proposta de Emenda à Constituição
Raps	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Rede de Atenção à Saúde
Samu	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
Suds	Sistema Unificado e Descentralizado da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TAI	Termo de Autorização Institucional

Uespi	Universidade Estadual do Piauí
UNA-SUS	Universidade Aberta do SUS



## SUMÁRIO

	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	17
<b>1</b>	<b>POLÍTICA SOCIAL E POLÍTICA DE SAÚDE</b> .....	21
1.1	POLÍTICA SOCIAL: reflexões e concepções teóricas.....	21
1.2	POLÍTICA DE SAÚDE: reflexão teórica e construção histórica.....	28
<b>2</b>	<b>A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL E EM PICOS: avanços e retrocessos</b> .....	39
2.1	A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL: do contexto da reforma aos dias atuais.....	39
2.2	A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL EM PICOS.....	54
<b>3</b>	<b>ESTRATÉGIA PARA ANÁLISE DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL</b> .....	66
<b>4</b>	<b>AVANÇOS E DESAFIOS NA IMPLEMENTAÇÃO DA RAPS</b> .....	71
4.1	PERFIL DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO E A RELAÇÃO COM O SERVIÇO.....	71
4.2	A INFLUÊNCIA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL DE PICOS-PI.....	77
4.3	MUDANÇAS NA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL DE PICOS-PI QUE REFLETEM AS RECOMENDAÇÕES DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL.....	86
4.4	DESAFIOS E CONTRADIÇÕES NA CONSTRUÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE PICOS-PI.....	89
	<b>CONCLUSÃO</b> .....	103
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	107
	<b>APÊNDICES</b> .....	114
	APÊNDICE A: Termo de Autorização Institucional.....	115
	APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	116
	APÊNDICE C - Instrumento de Coleta de Dados – Questionário.....	121
	APÊNDICE D - Instrumento de Coleta de Dados - Roteiro de Entrevista.....	123
	<b>ANEXO</b> .....	124
	ANEXO A – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Piauí.....	125

## INTRODUÇÃO

A Rede de Atenção Psicossocial, instituída a partir da Portaria nº 3088/2011, é um dos grandes avanços da política de saúde mental no Brasil, na atualidade, ao apontar a necessidade de estruturação, expansão e articulação de uma rede de serviços de atenção aos sujeitos acometidos por transtornos psíquicos, e/ou aos usuários de substâncias psicoativas, diversificando os componentes de cuidado e assistência no âmbito do território, promovendo a vida comunitária e a autonomia desses sujeitos, conforme os princípios da Reforma Psiquiátrica.

Compreendendo isso, este estudo tem como objeto a Política de Saúde Mental, especificamente a análise da Rede de Atenção Psicossocial (Raps) no cenário de Picos, município localizado no interior do estado do Piauí.

O interesse pelo tema da saúde mental surgiu da experiência profissional enquanto psicóloga, docente e pesquisadora de temas a esse relacionados, na Universidade Estadual do Piauí (Uespi), no *campus* de Picos. Além de ser fruto das inquietudes que perpassaram experiências profissionais pretéritas, enquanto técnica de equipamentos institucionais da rede de políticas de saúde mental no referido município.

Assim, o impulso à pesquisa se deu pelo desejo de uma compreensão mais clara dos processos relacionados à Saúde Mental desse município, uma vez que leva em conta um contexto multidimensional em que estão inseridos a história, a sociedade, a instituição psiquiátrica e os sujeitos participantes desta investigação, na conjuntura da realidade brasileira e piauiense.

Na verdade, refletir acerca das políticas de saúde mental contemporâneas na sociedade em que vivemos, e especificamente no cenário local de Picos, município que esta pesquisadora reside e trabalha, mostrou-se uma fonte de motivação que desafia e encanta. No atual contexto das Políticas de Saúde Mental, torna-se cada vez mais pertinente a discussão acerca das estratégias dos dispositivos voltados à inserção social e à capacitação dos profissionais da rede de saúde.

A ideia de concretizar este estudo surgiu mediante observações empíricas realizadas em reuniões e visitas nos serviços da Rede de Atenção Psicossocial de Picos, no ano de 2015, ocasião em que foi observado que os próprios funcionários relatavam insatisfações, referindo suas angústias ao desconhecimento do que fazer quando em seus plantões surgiram pacientes com surtos psicóticos e, assim,

ficavam ainda se questionando: para onde encaminhar os usuários de saúde mental de Picos?

Ademais, Picos passava, no período em que foi realizada a pesquisa, entre os anos de 2015 e 2016, por um período de transição na Política de Saúde Mental, devido ao fechamento do Hospital-Dia, tradicional local de assistência psiquiátrica no município e arredores, e sua consecutiva substituição por um Caps tipo II. Esse foi considerado um dos maiores avanços do município, no sentido de assumir os princípios da Reforma Psiquiátrica, o que ocorreu tardiamente, em relação ao cenário nacional. Assim, o estudo foi realizado em um momento estratégico e traz elementos inovadores para se compreender a realidade local.

Em que pese os avanços da política de saúde mental no cenário nacional, a mesma é implementada de forma diferenciada em cada região e, nisso, Picos apresenta peculiaridades, pois apenas recentemente implementou sua Rede de Atenção Psicossocial, pautada nos moldes da Reforma, que contribuiu para uma maior aproximação com as diretrizes nacionais da política. Isso significa também que, além de a assistência à saúde mental no município ser historicamente centralizada em um serviço de base hospitalocêntrica, o cuidado também era centrado no médico, e não em uma atenção multiprofissional e interdisciplinar, conforme defende o novo paradigma reformista. Tal cenário levanta várias inquietações como, por exemplo, as motivações que fizeram com que houvesse essa mudança em Picos: por que, apenas em 2016, passa a haver a tramitação do Hospital-Dia em Caps?

Assim, a problemática central deste estudo é: como e quais mudanças em relação à política de saúde mental em Picos, contribuem para uma maior aproximação com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica?

A hipótese defendida é de que tal mudança não aconteceu anteriormente por falta de interesse e decisões políticas, de profissionais capacitados e comprometidos com os ideais da Reforma Psiquiátrica, bem como de capacitações e de ferramentas adequadas. Nessa direção, acredita-se que apenas a criação de novos serviços também não significará que os mesmos irão pautar sua assistência nas diretrizes defendidas nacionalmente pela política.

Essas inquietações estão relacionadas com a necessidade de atenção na investigação acerca da Raps no município, que incitam diversos questionamentos

sobre a construção dessa Rede e do conhecimento dos seus próprios integrantes, o que traz outras indagações, como:

- Quais os avanços e os desafios para a implementação da Rede de Atenção Psicossocial em Picos-PI?
- Que dificuldades podem estar relacionadas com o possível fato de a realidade de Picos-PI não acompanhar as mudanças da reforma Psiquiátrica?
- Como o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil influenciou na construção e na execução das Políticas de Saúde Mental em Picos-PI?

Quanto às contribuições do estudo, a maioria das investigações feitas acerca da política de saúde mental no Piauí tem como foco a cidade de Teresina, capital do estado, e os municípios do interior acabam deixados em segundo plano. Contudo, sabe-se que a reforma psiquiátrica não é um processo homogêneo, tendo suas especificidades, a depender da região, o que reforça a necessidade de se compreender como ocorreu esse processo nas demais regiões do estado.

Nesse sentido, este trabalho, no contexto histórico atual, tem relevância e poderá contribuir com a consolidação da política de saúde mental e na atuação dos profissionais, da família e dos usuários inseridos nestes dispositivos de cuidados continuados e integrados de saúde mental, além de permitir refletir sobre como vem acontecendo a construção da rede de atenção psicossocial nesse município, trazendo elementos para se pensar a regionalização, a territorialização, a descentralização, a rede e a interiorização dos princípios da reforma psiquiátrica nas diferentes regiões do país.

Espera-se, ainda, contribuir para o registro histórico da realidade local e para o acúmulo de conhecimentos, além de fornecer subsídios para que os trabalhadores técnicos e gestores da Raps de Picos possam refletir sobre seu processo de trabalho, sobre suas ações concretas e possam fazer uma busca coletiva para o fortalecimento de uma política de saúde mental pautada nos princípios da Reforma Psiquiátrica.

Dessa forma, este estudo busca uma análise acerca de como está acontecendo o processo de implantação da Rede de Atenção Psicossocial (Raps), segundo os moldes das políticas de saúde mental, pós reforma psiquiátrica,

evidenciando a gestão e os profissionais da assistência nesse processo, no cenário de Picos.

O presente estudo tem como objetivo geral analisar os avanços e os desafios para a implantação da Raps segundo os moldes da política de saúde mental, no cenário de Picos-PI. Nos objetivos específicos, buscou-se: compreender como o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil influenciou na construção e na execução das Políticas de Saúde Mental em Picos-PI; analisar as mudanças em relação à política de saúde mental no Piauí e em Picos, no sentido de uma maior aproximação das diretrizes da Reforma Psiquiátrica; apreender o processo de construção da Rede de Atenção Psicossocial do município de Picos-PI, seus desafios e contradições.

Este estudo organiza-se em quatro capítulos. Os dois primeiros trazem discussões teórico-críticas das categorias que norteiam o estudo; o terceiro aborda o percurso metodológico da pesquisa; e o último, apresenta os resultados da investigação empírica realizada em Picos-PI.

O primeiro capítulo, “Política Social e Política de Saúde”, apresenta uma reflexão teórico-crítica acerca da política social e, em um segundo momento, da política de saúde no Brasil. O segundo capítulo, “A Política de Saúde Mental no Brasil e em Picos: avanços e retrocessos”, discute a trajetória da política de saúde mental no cenário nacional, estadual e, especificamente, em Picos, apontando seus avanços e retrocessos em termos de implementação, garantia de direitos, expansão de serviços, dentre outros. O terceiro capítulo, “Estratégia para análise da Rede de Atenção Psicossocial”, destacando o percurso metodológico da pesquisa, o cenário em que a mesma foi realizada, os instrumentos de coleta de dados, os desafios para realização, entre outros aspectos. Por fim, o quarto capítulo, “Avanços e desafios na implementação da Raps”, constituído a partir da análise dos depoimentos e dos dados coletados, aprofundando em quatro aspectos: o perfil dos participantes do estudo; a influência da reforma psiquiátrica na política de saúde mental de Picos; mudanças na política de saúde mental de Picos que refletem as recomendações da política nacional de saúde mental; desafios e contradições na construção da Rede de Atenção Psicossocial de Picos.

## 1 POLÍTICA SOCIAL E POLÍTICA DE SAÚDE

Este capítulo objetiva desenvolver uma reflexão teórico-crítica acerca da política social e, em um segundo momento, da política de saúde no Brasil. Adotando uma concepção teórico-metodológica marxista, realiza-se uma análise a partir das contradições e dialética do próprio capitalismo, apontando perspectivas, limites e desafios para a efetivação de políticas sociais pautadas na lógica dos direitos sociais e da cidadania.

No segundo tópico, as reflexões voltam-se para a política de saúde no país, destacando a trajetória, as lutas travadas pelo movimento sanitário e os desafios de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) em um cenário de avanço do neoliberalismo.

### 1.1 POLÍTICA SOCIAL: reflexões e concepções teóricas

O debate acerca da política social envolve necessariamente reflexões sobre a relação dialética entre Estado e sociedade, expressando racionalidades, modos de conceber a realidade e interesses distintos. Dessa forma, não existe apenas um modo de compreender a política social, a depender da visão de mundo adotada, a partir das perspectivas políticas e teórico-metodológicas.

De acordo com Behring e Boschetti (2006), têm-se três perspectivas que se enquadram nessa anterior análise: a perspectiva funcionalista, a influenciada pelo idealismo e a tradição marxista.

A perspectiva funcionalista revela um debate sobre a política social fortemente descritivo, com sua perspectiva de tomar os fatos sociais como coisas (DURKHEIM, 1987):

Comum volume excessivo de dados técnicos, os quais evidentemente não falam por si: requisitam a análise exaustiva de suas causas e inter-relações, e das razões econômico-políticas subjacentes aos dados. Esse é um procedimento que amiúde despolitiza a questão, transferindo-a para uma dimensão instrumental e técnica, e esvaziando-a das tensões políticas e societárias que marcam a formulação e a cobertura das políticas sociais (CFESS, 2009, p. 239).

Essa concepção é funcional para a ordem burguesa e inibe qualquer possibilidade de transformação estrutural do sistema, apresentando-se como uma

racionalidade hegemônica da cultura oficial do mundo ocidental (MONTAÑO; DURIGUETTO, 2011).

A partir de outro olhar, tem-se a perspectiva influenciada pelo idealismo com características prescritivas. Nela, discute-se “não a política social como ela é, mas como ela deve ser, sobrepondo-se o projeto do pesquisador à análise da realidade” (CFESS, 2009, p. 242). Realiza uma análise superficial da política social, inviabilizando o conhecimento mais aprofundado referente à mesma, bem como o desenvolvimento de estratégias por parte dos sujeitos políticos envolvidos. Segundo Behring (2002, p. 47), tem-se, assim:

O super dimensionamento analítico unilateral das determinações econômicas ou políticas ou mesmo a separação/isolamento dessas esferas também tem sido recorrente nas discussões sobre o tema, bem como a formulação de classificações, modelos e “tipos ideais” de forte inspiração weberiana, propondo-se inúmeras tipologias de política social a partir da análise de experiências históricas comparadas.

Por fim, destaca-se a contribuição da tradição marxista, ou perspectiva crítico-dialética, que evita abordagens unilaterais, monocausais, idealistas, funcionalistas e a-históricas. Trata-se de analisar as políticas sociais como processo e resultado de relações sociais, no âmbito da luta de classes (BEHRING; BOSCHETTI, 2011). É essa a concepção adotada neste estudo.

Essa concepção tem como premissa a indissociabilidade entre as dimensões econômica, política e social do capitalismo, e a presença das lutas de classes como constituinte e constitutivas delas (MONTAÑO; DURIGUETTO, 2011).

Nessa direção, a política social é compreendida como produto da relação dialeticamente contraditória entre Estado e sociedade, e capital e trabalho. Refere-se a uma política de ação que visa, mediante esforço organizado e pactuado, atender às necessidades sociais, e cuja resolução ultrapassa a iniciativa privada, individual e espontânea, requerendo, portanto, uma deliberada decisão coletiva, regida por princípios de justiça social que devem ser amparados por leis impessoais e objetivas, garantidoras de direitos (PEREIRA, 2009).

A perspectiva marxista define o Estado como uma instituição que faz parte de um sistema social mais amplo, na qual estão presentes os interesses contraditórios e se colocam as lutas de classes, a partir das correlações de forças (MONTAÑO; DURIGUETTO, 2011). Assim sendo:

O Estado moderno é parte integrante da ordem burguesa, e não externa a ela. É uma instituição desenvolvida e comandada pela ordem que o funda, portanto, um Estado inserido e produzido pela sociedade capitalista, no contexto e resultando das lutas de classes, não sendo, portanto, independente do sistema socioeconômico e político que o criou, dos seus interesses em jogo e da correlação de forças sociais. É, portanto, um instrumento fundamental da ordem burguesa [...]; porém, como resultado das contradições e lutas de classes, é também o espaço de desenvolvimento de direitos e conquistas sociais históricas (MONTAÑO; DURIGUETTO, 2011, p. 143).

Netto (2003) compreende que as relações sociais na sociedade capitalista e reconhece a natureza de classe que possui o Estado. Segundo o autor, o Estado possui uma dupla função: a primeira, ser garantidor do processo de acumulação capitalista; e a segunda, legitimador da ordem burguesa. Nesse sentido, conforme as observações feitas, compreende-se que o Estado favorece a classe burguesa.

Contudo, Netto (2003) também avalia que a dupla função do Estado se materializa de forma distinta, de acordo com cada quadro político de representação democrática; e para isso, o autor chama a atenção para a importância da democracia política, mesmo contida no limite da representação, pois segundo o mesmo, só a desconsidera aquele que nunca vivenciou as restrições das ditaduras.

Assim, o Estado vê-se “capturado” pelo capitalismo, via burguesia, mas à medida que as classes subalternas buscam legitimidade no jogo democrático, através das reivindicações fazem seus interesses incidirem sobre as ações do Estado, e é nesse processo de tensão entre os ditames monopolistas e os conflitos sociais que se insere a política social, como braço do Estado no trato para com as demandas advindas das relações de produção, leia-se, questão social (NETTO, 2003).

Nessa relação conflituosa instalam-se as políticas sociais, como forma de mediar as correlações de força presentes entre Estado e Sociedade, sendo atribuído às mesmas um inegável caráter contraditório, pois à medida que suprem as necessidades sociais da população, cumprem papel decisivo na preservação da estrutura na qual se firmam as instituições públicas, através do Estado (PEREIRA, 2009). O suprimento dessas necessidades é realizado mediante políticas públicas estatais, dentre essas, destaca-se a função da política social dentro desse contexto de conflitos que permeiam a vida em sociedade.

Nessa direção, Manning (apud PEREIRA, 2009) reafirma que a política social está intrinsecamente relacionada ao Estado, aos governos, à política e aos movimentos sociais. Envolvendo, assim, o exercício do poder praticado por



indivíduos, grupos, profissionais, empresários, trabalhadores, dentre outros segmentos sociais que tentam influir na sua constituição e direção. As políticas sociais, portanto, estão relacionadas a conflitos de interesses e suas ações resultam de decisões que visam administrar esses conflitos. E é justamente por meio das políticas sociais que os direitos sociais se concretizam e as necessidades humanas são atendidas na perspectiva da cidadania ampliada (PEREIRA, 2009).

Compreende-se que a organização e as respostas oferecidas pelo Estado (dentre elas as políticas sociais) às diferentes e contraditórias demandas colocadas a ele, refletem a síntese das lutas sociais históricas que atendem a interesses diversificados, dentre os quais, os do próprio capital, na busca por sua legitimação. Defende-se, portanto, que a política social é, em si mesma, contraditória, pois, se de um lado, é uma conquista civilizatória e a luta em sua defesa permanece fundamental, ela não é a solução da desigualdade que é intrínseca à sociedade capitalista (BEHRING; BOSCHETTI, 2011). Para os autores, A política social pode assumir tanto um caráter de espaço de concretização de direitos dos trabalhadores, quanto ser funcional a acumulação do capital e manutenção do status vigente (IDEM).

As políticas sociais, ao assumirem a perspectiva de legitimadoras dos direitos sociais, têm impactos significativos na redução das desigualdades sociais e no exercício da cidadania, mas não são, ou pelo menos não foram até agora, capazes de eliminar tais desigualdades, na medida em que elas têm a sua origem na estrutura de classes, na apropriação privada dos meios de produção e na riqueza socialmente produzida, resultado, portanto, do capitalismo (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

Isto porque a política social é resultado das contradições estruturais engendradas pela luta de classes e delimitadas pelos processos de valorização do capital. Portanto, a política social deve ser analisada dentro do movimento histórico e social da sociedade burguesa e capitalista, levando em conta, também, as manifestações das particularidades dos Estados nacionais (BEHRING, 2009).

O grau de desenvolvimento do capitalismo evidencia o nível de reflexos que o sistema capitalista transparece na questão social, dimensão em que atuam as políticas sociais. Nesse sentido, Netto (2003) afirma que a política social intervém,

de forma sistemática, várias estratégias para administrar os reflexos negativos postos pelo sistema econômico em questão.

Segundo Faleiros (2000), a política social não deve ser percebida em termos esquemáticos rígidos, imutáveis, como se a mesma fosse externa à realidade vivenciada. Nesse sentido, a conjuntura social, política e econômica imprime características determinantes na política social, em especial, no capitalismo:

As medidas de política social só podem ser entendidas no contexto da estrutura capitalista e no movimento histórico das transformações sociais dessas mesmas estruturas. Engels, falando da questão da habitação, diz que “a mesma circunstância, que outrora determinara um certo bem-estar relativo entre os trabalhadores – a saber a posse de seus instrumentos de produção – tornou-se para eles presentemente um entrave e uma calamidade” (FALEIROS, 2000, p. 60).

Em outros termos, se não percebida dentro da lógica vigente, a política social pode contribuir de forma efetiva no afastamento entre os interesses coletivos e as ações que são de fato impetradas junto à sociedade. Reconhecer o caráter contraditório das políticas sociais é de fundamental importância para que, durante o processo de formulação, as políticas sejam vinculadas a projetos societários específicos, de acordo com as necessidades.

Assim, as transformações ocorridas dentro do capitalismo refletem nas políticas sociais e nas formas de regulação do Estado perante a sociedade. Percebe-se isso com o projeto neoliberal que se apresenta como a atual estratégia hegemônica de reestruturação geral do capital, como resposta à crise vivenciada a partir de 1970. Esse projeto tem como principal característica a redução da intervenção do Estado na sociedade, diminuindo gastos públicos e incentivando a privatização e a refilantropização do social. Nesse contexto, tem-se uma redução das políticas sociais, principalmente as de caráter universal, e uma expansão de políticas focalizadas e seletivas, voltadas, sobretudo, às situações emergenciais de extrema pobreza.

O neoliberalismo contemporâneo é quase um eco da economia política liberal clássica, que acreditava que o caminho para a prosperidade deveria ser pavimentado com o máximo de mercados livres e o mínimo de interferência estatal (ESPING-ANDERSEN, 1995).

A partir da ideia do Estado mínimo, o liberalismo defendia que o mercado constitui o melhor e mais eficiente mecanismo de alocação de recursos, fazendo-se necessária a redução do papel do Estado e das suas funções. Entretanto, o

Estado mínimo defendido é, principalmente no que diz respeito a sua responsabilidade social, o que impacta diretamente nas políticas sociais. A lógica é que as políticas sociais, os programas sociais, a provisão de renda e os bens e serviços ofertados pelo Estado seriam uma ameaça aos interesses e liberdades individuais, inibindo a atividade e a concorrência privada, gerando indesejáveis extensões dos controles da burocracia (DRAIBE, 1993).

Isso não quer dizer que o liberalismo nega completamente a intervenção do Estado no campo social, mas acredita que essa deve ater-se a programas assistenciais, principalmente de auxílio à pobreza, e apenas quando for realmente necessário, atuando de forma complementar à filantropia privada e às comunidades (DRAIBE, 1993). O neoliberalismo assume esse discurso em um cenário de crise econômica, apontando como saída a necessidade urgente de reforma do Estado, e de ajuste fiscal, fazendo-se necessário reduzir o investimento público nas políticas sociais.

Nessa direção, Oliveira (1999) aponta que o neoliberalismo prega a volta ao indivíduo, com prevalência exclusiva do mercado como a única instituição reguladora, autorreguladora, tanto da alocação dos recursos econômicos como das relações sociais e da sociabilidade em sentido mais geral. Propõe, ainda, a privatização do público e a apropriação dos interesses da sociedade pelos interesses privados, do capital. É nessa direção que Braz e Netto (2006) afirmam que o neoliberalismo é um Estado mínimo para o trabalhador e máximo para o capital.

Montaño e Duriguetto (2011) atestam que o avanço do neoliberalismo – e suas outras faces, como a globalização, a reestruturação produtiva, a mundialização do capital, dentre outros – tem repercussão direta nas lutas de classes. A redução da proteção social por parte do Estado tem impactos tanto objetivos, como desemprego, precarização e fragmentação do trabalho, quanto subjetivos, na ideologia e culto a uma apologia de individualismo e enfraquecimento da consciência de classe dos trabalhadores. Portanto, a luta de classes vai sendo desmobilizada, desorganizada e segmentada. Nesse cenário:

A tendência geral tem sido a de restrição e redução de direitos, sob o argumento da crise fiscal do Estado, transformando as políticas sociais – a depender da correlação de forças entre as classes sociais e segmentos de classe e do grau de consolidação da democracia e da política social nos países – em ações pontuais e compensatórias direcionadas para os efeitos

mais perversos da crise. [...] Prevalece o trinômio articulado do ideário neoliberal para as políticas sociais, qual seja: a privatização, a focalização e a descentralização (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 156).

Descentralizar, privatizar e concentrar as políticas sociais nas populações e grupos mais carentes são vetores estruturantes das reformas propostas pelo neoliberalismo, principalmente quando suas recomendações se dirigem a países latino-americanos em processo de ajuste fiscal. A focalização significa o redirecionamento do gasto social a públicos-alvo específicos, seletivamente escolhidos por sua maior necessidade e urgência; enquanto a privatização desloca a produção de bens e serviços públicos para o setor privado lucrativo, apresentada como resposta que alivia a crise fiscal (DRAIBE, 1993). Tais características fazem com que as políticas sociais se desloquem do campo dos direitos sociais, dever do Estado e com perfil universalista, e assumam o campo da filantropia, do assistencialismo, da mercadorização das necessidades sociais.

No entanto, é preciso compreender que mesmo com o avanço do conservadorismo em seus diferentes moldes, deve-se reconhecer que tanto o Estado quanto a sociedade são espaços contraditórios – ainda que exista uma hegemonia conservadora. Isso significa que nem o Estado, nem o governo que está no poder, nem a sociedade ou as instituições que a conformam são blocos monolíticos e homogêneos: são constituídos por forças sociais em confronto. Explorar as contradições é disputar espaços e lutar pela hegemonia, buscando construir a contra-hegemonia (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

Em que pese o caráter contraditório da política social já evidenciado, cabe à sociedade civil utilizar-se de meios que possibilitem a participação na orientação das políticas sociais. Essas podem ser instrumentos efetivos de conquista da cidadania, desde que contem, em sua formulação e gestão, com a participação orgânica e qualificada da população.

É partindo dessas reflexões que se busca analisar a política de saúde e de saúde mental neste estudo, compreendendo-as enquanto resultado da relação dialética entre Estado e sociedade, inserida em um sistema capitalista e resultado de interesses contraditórios e lutas sociais.

## 1.2 POLÍTICA DE SAÚDE: reflexão teórica e construção histórica

Com apoio nas reflexões do tópico anterior, teremos nossa base e, com isso, a análise da política social deve partir do movimento do real, em cada sociedade e classe, e situado historicamente. A partir da realidade do movimento de classes é que iremos analisar o surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS) como uma política social que tem como base as contradições do movimento real das relações sociais.

Escorel (1995) afirma que existe uma relação entre a luta específica pela conquista do direito à saúde e a luta mais global pela transformação das relações sociais. Portanto, a saúde é entendida como uma arena de luta, devido ao campo estar inserido em múltiplas relações com as demais esferas do desenvolvimento da sociedade, além de a saúde ser um elemento vital que perpetua ou possibilita a libertação das relações de dominação.

A relação entre Estado e Saúde, sob a ótica histórico-estrutural, dá-se pela reafirmação do caráter de classe das sociedades modernas, cujo reconhecimento é vital para a análise do crescimento da intervenção estatal na sociedade, e especificamente na saúde. Assim, a saúde se constitui em um espaço específico de reprodução ampliada das relações políticas e econômicas (TEIXEIRA, 1995).

Compreender o Sistema Único de Saúde no Brasil implica levar em consideração um resgate histórico da conjuntura social, política e econômica do país. A partir da década de 1930, com a queda da economia agroexportadora, abalada com a crise da grande depressão, desenvolvimento das elites agrárias e do processo de industrialização, tem-se um processo de consolidação das relações capitalistas no país.

No que se refere especificamente à saúde, essa vem em via dicotômica. De um lado, há uma emergência da assistência médica privada promovida pelas Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs), criadas na década de 1920, através do decreto-lei de nº 4.682/23. Destinadas a trabalhadores urbanos, essas entidades foram instituídas e normatizadas pelo Estado, embora esse não participasse diretamente de sua gerência, e eram financiadas com recursos de origem tripartite: Estado, empregadores e empregados. Realizando um atendimento individual no sentido curativo, as CAPs davam assistência médica aos trabalhadores que dela faziam parte. Do outro lado estava a saúde pública respaldada na filantropia,

destinada à população carente, priorizando uma política de saúde coletiva e preventiva, através, por exemplo, das campanhas de vacinação contra as endemias (CONH, 2010).

Em 1932, as CAPs transformam-se em Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs); o Estado começa a assumir o gerenciamento dessas autarquias, e os empregadores despendem maior recurso para o financiamento destes institutos. A estrutura dos IAPs permanece até 1966, quando então é unificado todo o Sistema Previdenciário no Instituto Nacional da Previdência Social (INPS). Segundo Cohn (2010), esse período é marcado pela aceleração da industrialização no país e, conseqüentemente, os serviços de saúde previdenciária vão sendo progressivamente pressionados pela demanda dos trabalhadores diante de uma rede de estabelecimentos de natureza filantrópica e uma rarefeita rede hospitalar, ambulatorial e de atenção primária.

Isso ocorreu sob a ditadura militar, que alterou a estruturação das políticas sociais do país. O caráter contraditório das políticas sociais aparece nesse período, no qual a cobertura previdenciária foi ampliada para trabalhadores rurais e empregadas domésticas, ao mesmo tempo que o regime político endurecia, a liberdade se restringia. Nesse cenário, a política social foi utilizada para obter o apoio dos trabalhadores.

Nesse sentido, inicia-se, então, a compra e venda dos serviços médicos. Segundo Fleury (1988), o país passou a ter uma conjuntura na qual o setor privado era privilegiado, pois houve uma extensão da cobertura previdenciária, bem como as práticas médicas articuladas com o Estado, mas com interesses capitalistas favorecendo as indústrias estrangeiras.

Sobre esse processo, Bravo (2009, p.92) destaca que:

A estrutura de atendimento hospitalar de natureza privada, com fins lucrativos, já estava montada a partir dos anos 1950 e apontava na direção da formação das empresas médicas. A corporação médica ligada aos interesses capitalistas do setor era, no momento, a mais organizada, e pressionava o financiamento através do Estado, da produção privada, defendendo claramente a privatização.

A ideia da Reforma Sanitária Brasileira surge no contexto da luta contra a ditadura, no início da década de 1970, e nesse contexto é criado o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (Cebes), em 1976, que propiciou um espaço de diálogo com estudantes, pesquisadores e profissionais de saúde. O Cebes iniciou uma série de

publicações chamada Saúde em Debate, tendo como tema de seus primeiros exemplares o “Direito à saúde”; e logo em seguida, publicações sobre as propostas da Reforma Sanitária, que tinham toda uma fundamentação teórica dos Institutos de Pesquisas e de um grupo de intelectuais (BRAVO, 2009).

A instituição de uma reforma sanitária no país implicava em um conjunto articulado de mudanças e, ao contrário de outras reformas propostas pelo Estado, surgia da sociedade civil, como parte de um projeto de transformação social que não se restringia ao setor saúde (PAIM, 2012).

A radicalização da Reforma Sanitária, como parte desse processo de radicalização da democracia, gerado na sociedade civil, pode permitir um reencontro com os movimentos sociais e a ampliação do seu campo de atuação para além do Estado (PAIM, 2012, p. 25).

Nessa direção, a reforma sanitária foi um importante movimento social que, juntamente com outros movimentos sociais e setores da sociedade estavam juntos na luta pela redemocratização do país, na campanha pelas “Diretas já”, como também trabalhou intensivamente um projeto para a saúde, diante das perspectivas de um regime democrático e mais justo, em contraposição ao regime militar (ESCOREL, 2008).

Os movimentos sociais dos anos pré-constituição, na área da saúde, visavam ao estabelecimento de um novo paradigma e a uma nova forma de considerar a questão da saúde da população, coletiva e individualmente, como direito e como a participação de todos, sobre a qual os sujeitos implicados tomam decisões (BRASIL, 2006).

Com a discussão de estratégias para mudanças no sistema de saúde, a V Conferência Nacional de Saúde teve como tema de debate o Sistema Nacional de Saúde, iniciado pelo então Ministério da Saúde. Esse não tinha o objetivo de criar um sistema único sob responsabilidade estatal, e sim (re)organizar as atividades já exercidas pelo setor público, visando assegurar a todo cidadão o acesso aos benefícios da medicina científica.

A VII Conferência Nacional de Saúde realizada em março de 1980, constituiu-se como um marco do chamado discurso "democrático-social" do Estado brasileiro. O Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde, identificado como Prev-Saúde, foi lançado no evento, tendo como principais objetivos: estender a cobertura por serviços básicos de saúde a toda a população, reorganizar o setor público de saúde

e promover a melhoria nas condições gerais do ambiente, com ênfase em sistemas simplificados de abastecimento de água e medidas sanitárias.

Por ser uma proposta racionalizadora, que favorecia o setor público, e de cunho democratizante, pois incluía a participação popular, o programa sofreu resistência de setores privatizantes e conservadores, da previdência social e do próprio Ministério da Saúde, que exigiram a sua reformulação (ESCOREL, 2008).

Em 1983 surgem as Ações Integradas de Saúde (AIS), apresentando-se como estratégia de integração entre as instituições de saúde públicas federais, estaduais e municipais, e demais serviços, com vistas ao desenvolvimento dos sistemas de saúde, em consonância com a política nacional de saúde (BERENGER, 1996).

As AIS passaram por uma série de oposições, visto que faziam parte do Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária (Conasp), com bases voltadas para articulações com os serviços de saúde privados contratados pelo Inamps, mas nesse contexto, foram defendidas por motivos bastantes coerentes: princípios e objetivos consistentes com os do movimento de democratização da saúde; planejamento e administração descentralizados; instâncias deliberativas permeáveis à negociação política; possibilidade concreta da participação popular organizada; percurso para o estabelecimento do sistema unificado de saúde; respeito ao princípio federativo; respaldo das forças sociais atuantes no setor; perspectivas mais concretas de viabilidade; incorporação do planejamento à prática institucional; e responsabilidade das universidades na formulação e na implementação das políticas de saúde (PAIM, 1984).

O decreto nº 94.657, de 20 de julho de 1987, dispõe sobre a criação do Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados (Suds), com o objetivo de contribuir para a consolidação e o desenvolvimento qualitativo das ações integradas de saúde. O Suds era uma política coerente aos princípios e diretrizes da RS, visando, principalmente, a organização e o funcionamento do novo sistema sanitário, para desenvolver um conjunto de ações básicas de saúde (BERENGER, 1996).

Diante disso surgiu a proposta de realização de uma conferência com ampla participação da sociedade civil, especialmente com o protagonismo dos trabalhadores e dos setores populares, para que fossem debatidas as questões acerca da saúde pública. A VIII Conferência Nacional de Saúde (VIII CNS) teve



como base três eixos principais: saúde como direito e cidadania, formulação de um sistema nacional e as formas de financiamento desse sistema.

Na VIII CNS, apresentaram-se conceitos em torno de um sistema de saúde que fosse universal, democrático e voltado para a promoção e a recuperação da saúde do povo brasileiro. O Ministério da Saúde firmou compromisso por "uma ampla reforma sanitária", e com a construção do "Sistema Unificado de Saúde".

Ao final dessa Conferência, elaborou-se um documento contendo todas as propostas debatidas durante o evento, e aprovadas na plenária final, que tinha o tema "Saúde como Direito" e trazia, ao longo de suas linhas, uma verdadeira reforma no sistema nacional de saúde. Essas propostas já visavam à constituição de um Sistema Único de Saúde que fosse totalmente separado da saúde previdenciária, buscando uma rede de atendimento integral voltada para todas as classes sociais (BRAVO, 2009).

Pode-se destacar como um dos marcos na construção do SUS a Constituição Federal (CF) de 1988. Através dela, o Sistema Único de Saúde tornou-se uma política pública desvinculada da previdência. De acordo com Nogueira e Mito (2009, p. 221), a CF/1988 "universalizou o direito à saúde, apontando garantias do pleno acesso aos serviços, sem quaisquer critérios de discriminação". Ou seja, o SUS buscava unificar os serviços de saúde em um sistema único.

Com o SUS, a saúde passa a ser considerada em sua complexidade, colocando-se como um bem econômico não restrito ao mercado, como forma de vida da sociedade, e direito que se afirma enquanto política pública, com as dimensões de garantias de acesso universal, qualidade, hierarquização, conforme estabelece a Constituição Federal de 1988. O reconhecimento da saúde como bem-estar, satisfação, bem coletivo e direito, configura um paradigma civilizatório da humanidade no Brasil, construído em um processo de embates de concepções e de pressões dos movimentos sociais por estabelecerem uma ruptura com as desigualdades e as iniquidades das relações sociais, numa perspectiva emancipatória, levando-se em conta, evidentemente, as diferentes culturas e formas de cuidado do ser humano (BRASIL, 2006).

Com estas lutas organizadas tivemos a possibilidade de construção do SUS, que tem como diretrizes: a descentralização, o atendimento integral e a participação da comunidade. Com a descentralização, a saúde é direcionada em cada esfera de governo, com atendimento integral, desenvolvendo atividades tanto curativas quanto

preventivas. A participação da comunidade será de grande contribuição para o sistema, pois tem como objetivo controlar e fiscalizar as ações e serviços prestados pelo SUS (CF/1988).

A saúde aparece, então, como um direito de cidadania cujo responsável legal passa a ser o Estado, como afirma a CF/1988 em seu Art. 196:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, p. 131).

Nesse contexto, e com a aprovação da Lei 8.080/1990, que regulamenta o SUS, e a Lei 8.142, grandes melhorias no campo da saúde foram propostas. Ambas as leis tiveram grande relevância para a melhoria do Sistema de Saúde, inclusive na área de saúde mental, à medida que estimulam a articulação das diferentes políticas de saúde, tendo em vista um olhar mais coletivo sobre a área, no enfrentamento das necessidades sociais básicas que a sociedade exige.

O SUS foi resultado de uma mudança na relação entre Estado e sociedade civil no Brasil, que trouxe uma maior intervenção estatal, através de um sistema participativo, com controle social sobre as políticas e ações na esfera da saúde. Dessa forma, passou a ser considerada na sua complexidade, colocando-se como um bem econômico não restrito ao mercado, mas como forma de vida da sociedade e direito que se afirma enquanto política pública, com as dimensões de garantias de acesso universal, com qualidade e hierarquização (BRASIL, 2006).

É válido ressaltar que Behring (2003) reconhece, na contemporaneidade, um período de desestruturação do Estado e perda de direitos. Nesse, vivencia-se o processo de contrarreforma, denominado pela autora como decorrente das mudanças na economia mundial, movimentada principalmente pelo Banco Mundial (BM), que tem um papel relevante nesse processo. O Estado passa a se colocar cada vez mais a serviço dos interesses do capital estrangeiro, passando a ter o máximo de articulação com a burguesia. Com isso, o repasse do fundo público começou a ser direcionado significativamente para o setor privado, acontecendo uma adaptação à lógica do capital.

Behring e Boschetti (2011) analisam a contrarreforma do Estado como uma obstacularização e/ou redirecionamento das conquistas de 1988, a partir de políticas neoliberais que visam ao fortalecimento do setor privado. Portanto, podemos afirmar

que a saúde pública sofre reflexos desse processo, principalmente no que se refere à privatização.

A hegemonia neoliberal se baseia na expansão e manutenção da ordem econômica e política regional, nacional e transnacional, de forma que favoreça a difusão de um modelo de desenvolvimento que sempre permita uma progressiva e acelerada concentração de capital. No âmbito da Saúde, traduz-se na comercialização da vida, no desprestígio dos sistemas públicos de saúde, na manipulação da sociedade, através da mídia, que se utilizava de suas várias formas de sofrimento, e outras estratégias de manipulação midiáticas do pensamento coletivo (COSTA, 2013 apud TEIXEIRA; CRUZ; AZEVEDO, 2016, p. 204).

O avanço do neoliberalismo, que se coloca na contramão de um SUS como política pública e dever do Estado, põe em xeque a lógica do princípio do universalismo. O que vem acontecendo é a diminuição do investimento público da saúde mental e o avanço do setor privado em saúde, com o incentivo do próprio Estado.

Nessa direção, Correia (2015) afirma que as raízes da privatização e da mercantilização da saúde estão determinadas pelos interesses do capital em usar a saúde como mercadoria e fonte de lucro, na contramão das propostas defendidas pela Reforma Sanitária, as quais o SUS assumiu, em grande parte, como sendo suas, na medida em que tem como princípio básico a saúde como um direito universal.

Na fase de financeirização do capital e da sua busca incessante por lucro, a saúde tem sido uma área considerada rentável e em expansão para o capital. E é nesse cenário que o ordenamento das políticas de saúde tem promovido o fortalecimento do setor privado na oferta de serviços de saúde, passando a haver rompimentos de fronteiras entre o público e o privado, pois a lógica de mercado penetra em todos os espaços públicos (CORREIA, 2015).

A lógica colocada hoje para o SUS é a lógica do capital, com subfinanciamento, expansivo financiamento do setor privado e adoção de novos modelos de gestão, sempre promovendo a transferência de recursos públicos para a gestão privada. Estamos diante de um quadro onde os impasses são grandes. Os governos definiram sua política, que é a do estado mínimo, a política de saúde focalizada para a pobreza (TEIXEIRA; CRUZ; AZEVEDO, 2016, p. 217).

A aposta do capital na mercantilização da saúde, sob os moldes neoliberais, aponta que o Estado não deve mais se responsabilizar pela execução direta das políticas sociais, mas apenas coordená-las e financiá-las, passando o setor privado

a assumir o papel central na oferta de serviços de saúde. Os modelos privatizantes passam a ser apontados como a solução dos problemas do SUS, inclusive no âmbito da gestão da saúde (CORREIA, 2015).

Com a contrarreforma do Estado, colocada a partir das imposições do grande capital de investimento na área dos serviços sociais, houve a intensificação da saúde como um espaço de lucratividade. Para Soares (2014), o fato de o campo da saúde estar relacionado diretamente à vida, tem possibilidades incontestes de mercantilização capitalista. Um exemplo disso pode ser verificado a partir dos dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (2012), que apontam que em 2012 (apud SOARES, 2014) o número de beneficiários de planos de saúde chegou a mais de 47 milhões, o que representou um crescimento total de 17 milhões de pessoas em 10 anos. Dessa forma, a saúde aparece cada vez mais mercantilizada e vinculada à lógica do lucro.

A política de saúde brasileira apresenta a disputa entre projetos distintos: o sanitário e o privatista/neoliberal. Nos últimos anos, o projeto sanitário vem perdendo a disputa para o privatista, e os impactos são diversos, desde o desfinanciamento do SUS, a precarização dos serviços públicos da saúde, e cada vez mais a dificuldade de manutenção dos princípios de universalidade, equidade e integralidade da saúde pública no país.

A saúde é espaço estratégico de um modelo de desenvolvimento do grande capital no Brasil: campo de contradições, espaço do direito universal e, dialeticamente, da apropriação privada dos recursos públicos, da planificação, da tecnificação das práticas sociais em nome do aprofundamento da reforma sanitária, mas que, efetivamente, aprofunda o adensamento dos interesses privados no interior do SUS (SOARES, 2014, p. 28).

Os desafios para o SUS, no país, são inúmeros, mas os principais se referem, além do orçamento (ou falta dele) e gestão no Brasil, que há muitos anos não se coloca como prioridade o fortalecimento de uma política de saúde pautada nos moldes da reforma sanitária, e vem se associando ao projeto mercadológico de saúde.

Tal situação se agrava no ano de 2016, com o impeachment da presidenta Dilma Rousseff, e quando o seu vice, Michel Temer, assume o poder, e coloca em pauta reformas neoconservadoras, atacando diretamente as políticas sociais brasileiras, sob o discurso de crise econômica. Um exemplo disso foi a aprovação da PEC 241, ou PEC 55, de 2016, conhecida como “PEC dos Gastos Públicos”, que

propõe um “Novo Regime Fiscal”, que altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, estabelecendo um teto para as despesas primárias, baseado na correção das despesas do ano anterior pela inflação do mesmo período, durante vinte anos (IPEA, 2016). Mesmo com grande resistência popular, a PEC foi aprovada, em segundo turno, no Plenário do Senado, no dia 12 de dezembro de 2016.

Em relação à saúde, seu orçamento será reajustado apenas pela apuração da inflação (medida pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA), desvinculando os gastos sociais de qualquer possível crescimento de receitas nos próximos 20 anos. Assim, mesmo que ocorra um aumento na arrecadação federal, não haverá investimentos nas áreas sociais. Ademais, a Emenda Constitucional não garante o aumento do financiamento dos Estados e Municípios (REIS et al., 2016).

Tal proposta é justificada pelo governo em razão do problema da queda de arrecadação e da crise econômica no país; entretanto, segundo nota técnica do Ipea (2016), a proposta de um ajuste fiscal focado exclusivamente nas despesas primárias, por vinte anos, irá afetar especialmente as políticas sociais, além de não considerar o efeito de tal medida para o desenvolvimento econômico e social do país em médio e longo prazos.

É importante destacar que segundo dados do Ipea (2016), o gasto público *per capita* com saúde do Brasil é um dos mais baixos entre os países que possuem um sistema universal de saúde, mesmo sendo comparado ao de países vizinhos, nos quais o direito à saúde não é um dever do Estado. Logo, o orçamento da saúde, que já é considerado insuficiente, sofrerá reduções drásticas nos próximos 20 anos, com a aprovação da referida emenda constitucional, impactando negativamente o financiamento e o direito à saúde no país. Concretamente falando, a saúde acumulará uma perda de 654 bilhões de reais, em um cenário de crescimento do PIB de 2% ao ano. A nota técnica do Ipea (2016) aponta também que a PEC não considera que nos próximos anos haverá um aumento e um envelhecimento da população de forma acelerada, o que implica em um aumento da demanda populacional pelos serviços de saúde, conseqüentemente, necessitando de um aumento dos custos do SUS, que estará limitado ao financiamento previsto pela emenda constitucional.

Por conseguinte, ocorrerá um aprofundamento das iniquidades no acesso aos serviços de saúde, que serão cada vez mais restritos, focalizados e precarizados,

sendo incoerente com a lógica de um SUS universal. É inegável, portanto, que a EC 241/2016, ao lado das demais reformas propostas pelo atual governo presidido por Michel Temer, caminham lado a lado de um projeto neoliberal, privatista e conservador.

É importante destacar, também, que Temer colocou como Ministro da Saúde um explícito defensor dos interesses do capital, o engenheiro Ricardo Barros, que dentre seus discursos polêmicos, já declarou ser necessário “rever o tamanho do SUS”. Uma das primeiras medidas do atual ministro foi instalar uma comissão de empresas de seguro para criar “planos acessíveis” de saúde, de forma que a população que necessite dos serviços pague por ele. Dessa forma, o ministro propõe acabar com dois dos grandes pilares do SUS: a universalidade e a gratuidade.

Segundo Santos (2015), a trajetória do SUS vem apontando uma cobertura muito mais segmentada do que universal, fragilizando a perspectiva da equidade, da integralidade e da lógica da saúde como direito social. Para o autor, isso seria muito mais um “antiSUS”, pois desconstrói as principais bases com que o Sistema Único de Saúde deveria se consolidar após a Constituição de 1988. A proposta do SUS, que tem por base os ideais da reforma sanitária, requer um Estado democrático de direito, o que é incompatível com a lógica neoliberal produtivista e excludente que está vigorando na sociedade brasileira, o que aponta para um cenário contraditório e de difícil materialização do que está previsto legalmente.

Entretanto, em que pese o avanço desses projetos conservadores e dos interesses ideopolíticos e econômicos hegemônicos que apontam para o desmonte do SUS e retrocesso nos direitos sociais no país, é necessário sempre lembrar que a política de saúde, enquanto uma política social, é contraditória, o que implica na existência de projetos contra-hegemônicos, de resistência e luta pela reforma sanitária, pelo direito a uma saúde pública universal.

Os problemas a serem enfrentados são muitos e não estão deslocados das contradições inerentes ao próprio capital, e é por isso que é necessária a intensificação da luta dos movimentos sociais em defesa da saúde. Os trabalhadores e atores sociais organizados precisam fazer uma profunda reflexão sobre qual saúde querem, e em que tipo de Estado vivem. Para além da organização de atores e movimentos sociais do campo da saúde, é necessária a articulação coletiva com demais movimentos populares, de diferentes segmentos

sociais, ao se considerar que o cenário brasileiro atual põe em xeque não só o direito à saúde: o que está em jogo é o próprio estado democrático de direito.

## **2 A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL E EM PICOS: avanços e retrocessos**

Este capítulo tem como objetivo realizar uma discussão acerca da trajetória da implementação da política de saúde mental no Brasil, no Estado do Piauí e, especificamente, no município de Picos, bem como destacar seus avanços e retrocessos.

### **2.1 A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL: do contexto da reforma aos dias atuais**

Aborda-se, neste tópico, um histórico da política nacional de saúde mental no Brasil, com o debate baseado nas mudanças de contexto e seus resvalos no desenvolvimento da política. Para isso, é preciso trazer elementos da reforma sanitária e, principalmente, da reforma psiquiátrica.

Segundo Pitta (2011), o processo brasileiro de democratização, vivenciado no final da década de 1970, trouxe a eclosão dos movimentos sociais com diferentes estratégias e objetivos no país. Nessa “era de reformas”, a autora afirma que do centro da luta pela saúde emergiram dois movimentos sociopolíticos: na saúde em geral, a reforma sanitária; e na saúde mental, a reforma psiquiátrica. Ambos os movimentos conviveram e se alimentaram da mesma efervescência político-participativa e democratizante da época.

Tais movimentos foram de grande importância para as conquistas na saúde, e na saúde mental mais especificamente, por buscarem uma nova condução da saúde pública no Brasil, levando em consideração o compromisso pelos interesses dos usuários, tendo o Estado um papel primordial nesse processo, assegurando que a saúde em geral e a saúde mental fossem direitos sociais de todos e um dever estatal.

O movimento de reforma sanitária reuniu intelectuais, profissionais da área, organizações e associações da sociedade civil, tendo como referencial ético a saúde como valor universal, o que só poderia ser concretizado através da reformulação do sistema público de saúde vigente, de forma a atingir a universalização e a equidade (VAITSMAN, 1995).

No cerne da reforma sanitária o movimento de reforma psiquiátrica emerge, particularizando-se do primeiro, ao ter como bandeira de luta a defesa dos direitos



de cidadania das pessoas em sofrimento psíquico, exigindo uma ruptura com a forma de tratamento à saúde mental, tradicionalmente pautada no modelo asilar.

A reforma psiquiátrica busca a consolidação de um modelo antimanicomial de assistência a esses indivíduos, com inclusão social e de uma rede assistencial de atenção psicossocial que supere e substitua os hospitais psiquiátricos, entendendo os usuários como sujeitos de direitos e de desejos, cidadãos singulares que protagonizam seus modos de fazer andar a vida (BRASIL, 2005). Nesse norte, Amarante (1996) defende ser a cidadania uma palavra-chave fundamental da reforma psiquiátrica, na medida em que ela visa a inscrição do “louco” no mundo dos direitos.

Um dos maiores objetivos do movimento de reforma psiquiátrica é, portanto, a desinstitucionalização da assistência à saúde mental, tirando o foco dos hospitais psiquiátricos, a fim de propiciar um cuidado com olhar sobre a coletividade e a importância das relações; nesse contexto, por meio de serviços abertos e comunitários que atendam às necessidades sociais do indivíduo em sofrimento psíquico (VASCONCELOS, 2010).

Desinstitucionalização entendida aqui, a partir da conceituação de Amarante (1996), como desconstrução de todo o campo teórico, assistencial e sociocultural em que a “loucura” está inserida, operando uma verdadeira transformação e ruptura com o modelo manicomial e tudo que ele representa.

No Brasil, o ponto crucial desencadeador desse movimento diz respeito a uma crise vivenciada pelo órgão de Divisão Nacional de Saúde Mental (Dinsam), em 1978, levando a uma intensa mobilização de profissionais de hospitais que denunciaram as precárias condições de trabalho e o péssimo tratamento dado aos internos. Tal mobilização gerou greves e foi apoiada por diversas entidades, tais como o Cebes. Os movimentos gerados a partir daí ganham maior força no V Congresso de psiquiatria, em 1978, em Camboriú, Santa Catarina, que ficou conhecido como o “congresso da abertura”, por trazer, pela primeira vez, os movimentos de saúde mental a um confronto com setores conservadores, estabelecendo uma abertura a favor de mudanças na área.

Nesse quadro de lutas surge, no mesmo período, o movimento dos trabalhadores em saúde mental (MTSM), que se destaca por protagonizar denúncias com relação à violência dos manicômios, buscando construir coletivamente uma crítica sobre essa realidade e apontando novas propostas para a assistência às

Pessoas com Sofrimento Psíquico, até então baseada no asilo em hospitais psiquiátricos (BEZERRA JÚNIOR; AMARANTE, 1992).

Com a entrada em cena de movimentos sociais de profissionais, trabalhadores, usuários, familiares, militantes dos direitos humanos, prestadores públicos e privados, gestores, sindicatos e associações, nos fins dos anos setenta, o movimento reformista ganha a cena pública no país.

Entre 1975 e 1980, o movimento brasileiro de reforma psiquiátrica recebia da Europa, em São Paulo, Rio de Janeiro, Salvador, Belo Horizonte e Barbacena, insumos importantes para abastecer seus ideais reformistas: Franco Basaglia, Michel Foucault, Ronald Laing, Felix Guattari, Robert Castel, que vinham para congressos, seminários em Universidades, grandes nomes representantes da reforma em âmbito internacional. Eles vinham em missões ético-políticas, trazendo informações do movimento em cenário mundial; testemunhando e reconhecendo grupos de resistência; instigando a participação e adesão em movimentos sociais de defesa dos direitos da pessoa em sofrimento psíquico, condições e processo de trabalho em instituições manicomiais; na contribuição teórico-crítica em diferentes cenários acadêmicos, associativos, sindicais, estudantis, dentre outros (PITTA, 2011).

Diante disso, Rosa (2008a) faz um levantamento de eventos que tiveram grande relevância para a reforma psiquiátrica. Destaca, nesse sentido, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que aconteceu no ano de 1986, na qual houve um grande aprofundamento na discussão da saúde mental, e também o debate sobre a defesa da saúde como dever do Estado e como direito universal. Tal acontecimento trouxe grandes avanços para a sociedade brasileira, refletidos, por exemplo, nos direitos proclamados em 1988, na Constituição Federal, bem como na elaboração da proposta de criação do Sistema Único de Saúde (SUS) que, em linhas gerais, sintetizava, naquele momento, o pensamento e a luta do movimento de reforma sanitária.

Merece destaque também o II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, também conhecido como Congresso de Bauru, realizado em 1987. Esse congresso, que tinha como lema “Por uma sociedade sem manicômios”, foi um marco epistemológico e estratégico da luta pela saúde mental brasileira, que passou a buscar superação do modelo manicomial e a se identificar como um movimento social de crítica a ordem vigente (AMARANTE, 1995).

Na década de 1990 ocorre a realização da conferência de Caracas, que cria um consenso em torno da nova plataforma de reforma psiquiátrica, forneceu a justificativa ideológica e suas recomendações estimularam a discussão propondo a substituição gradativa dos serviços manicomial. Após essa ampla conferência, sob sua influência, houve uma discussão sobre a implantação das estratégias da reforma psiquiátrica no país, culminando na II Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1992. Nesse período, foram implementadas as primeiras experiências municipais de rede de cuidados em saúde mental, a partir do novo modelo proposto pela reforma (VASCONCELOS, 2010).

Como resultado dessas mobilizações foram criadas portarias ministeriais que estabeleciam a normatização e o financiamento para os novos serviços de saúde mental e, também, para controle e supervisão da melhoria da assistência dos hospitais psiquiátricos (VASCONCELOS, 2010).

Em 1989, surgiu o projeto de lei do então deputado Paulo Delgado, que consolidava no debate nacional o princípio da superação do modelo psiquiátrico tradicional. No entanto, seu surgimento foi acompanhado de discordâncias no cerne do próprio movimento, que não tinha no momento um consenso sobre o tema, fato que levou à aprovação da lei apenas em 2001, com modificações da proposta original (AMARANTE, 1995).

Assim, o grande marco do movimento brasileiro de reforma psiquiátrica ocorreu no dia 06 de abril de 2001, com a aprovação, no congresso nacional, da Lei 10.216, que visava à proteção e à garantia de direitos às pessoas em sofrimento psíquico. Essa lei redefine o modelo assistencial em saúde mental, que busca fomentar as novas formas de tratamento a esse público, buscando romper com o modelo hospitalocêntrico e criar novos serviços de cuidado de base comunitária.

No seu art. 1º, a lei coloca:

Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, à cor, ao sexo, à orientação sexual, à religião, à opção política, à nacionalidade, à idade, à família, aos recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra (BRASIL, 2001, p. 01).

A referida lei representou uma mudança no paradigma de assistência à saúde mental no Brasil, que passa a ser pautado na lógica comunitária e na busca pela cidadania a esse público.

Art.2º - São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;

III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;

IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;

VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;

VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;

IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental (BRASIL, 2001, p. 01).

Essa lei, que regulamenta os direitos da pessoa em sofrimento psíquico, foi proposta inicialmente em 1989, pelo deputado Paulo Delgado, entretanto, só teve sua aprovação mais de 10 anos depois. A partir da sua aprovação, e com a realização da III Conferência Nacional da Saúde Mental (CNSM), linhas específicas foram criadas para a política de saúde mental, com o apoio do Ministério da Saúde (MS), em substituição aos mecanismos de gestão anteriores, bem como fiscalização e redução de serviços excludentes, e privilégio à assistência em comunidade.

Nessa direção, no ano de 2001, houve a comemoração do Dia Mundial da Saúde, cujo lema era “Cuidar, sim. Excluir, não”, reforçando a concepção de assistência à saúde mental defendida pela Reforma Psiquiátrica, de um cuidado comunitário, com a participação da família, rompendo com o modelo asilar. Tal concepção foi reafirmada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), no seu relatório no ano de 2001, que teve como tema “Saúde Mental: nova concepção, nova esperança”:

A prestação de cuidados, com base na comunidade, tem melhor efeito sobre o resultado e a qualidade de vida das pessoas com perturbações mentais crônicas do que o tratamento institucional. A transferência de doentes dos hospitais psiquiátricos para a comunidade é também eficaz em relação ao custo e respeita os direitos humanos. Assim, os serviços de saúde mental devem ser prestados na comunidade, fazendo uso de todos os recursos disponíveis. Os serviços de base comunitária podem levar a intervenções precoces e limitar o estigma associado com o tratamento. Os grandes hospitais psiquiátricos, de tipo carcerário, devem ser substituídos por serviços de cuidados na comunidade, apoiados por camas psiquiátricas em hospitais gerais e cuidados domiciliários, que respondam a todas as necessidades dos doentes que eram da responsabilidade daqueles hospitais. Essa mudança para os cuidados comunitários requer a disponibilidade de trabalhadores em saúde e serviços de reabilitação a nível da comunidade, juntamente com a prestação de apoio, em face de crises, e protecção na habitação e no emprego (OMS, 2001, p. 13).

Fortalecendo essa perspectiva, em 19 de fevereiro de 2002 é regulamentada a portaria de nº 336, do Ministério da Saúde, que trata sobre o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial (Caps), definindo que esses devem atuar, também, em rede com outros serviços, tais como o programa saúde da família, os ambulatórios, as residências terapêuticas, os Centros de Referência de Assistência Social, entre outros.

Os Caps são instituições voltadas à assistência e ao cuidado de PTM, realizando acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, ao lazer, ao exercício dos direitos civis e ao fortalecimento dos laços familiares e comunitários, inseridos dentro de um território, constituído, fundamentalmente, pelas pessoas que nele habitam, com seus conflitos, interesses, amigos, família, instituições e cenários (BRASIL, 2004). Esse serviço assume um papel central na consolidação da reforma psiquiátrica brasileira, sendo considerado como o “coração e a alma” da reforma no país (BRASIL, 2011c).

A depender do projeto terapêutico do usuário do serviço, o Caps poderá oferecer:

- Atendimento intensivo: atendimento diário voltado para a pessoa que se encontra com grave sofrimento psíquico, em situação de crise ou dificuldades intensas no convívio social e familiar, necessitando de atenção contínua.
- Atendimento semi-intensivo: atendimento intermediário, oferecido quando o sofrimento e a desestruturação psíquica do usuário diminuíram, melhorando as possibilidades de relacionamento, mas o indivíduo ainda precisa de atenção direta da equipe para se estruturar e recuperar sua autonomia.
- Atendimento não-intensivo: oferecido quando a pessoa não precisa de suporte contínuo da equipe para viver em seu território e realizar suas atividades na família e/ou no trabalho, podendo ser atendido até três dias no mês. Esse atendimento também pode ser domiciliar (BRASIL, 2004, p.16).

Os Centros de Atenção Psicossocial podem ainda ser do tipo I, II, III, ad ou infanto-juvenil, a depender do público atendido, do horário de funcionamento ou da quantidade de habitantes do município, conforme explicita a tabela a seguir:

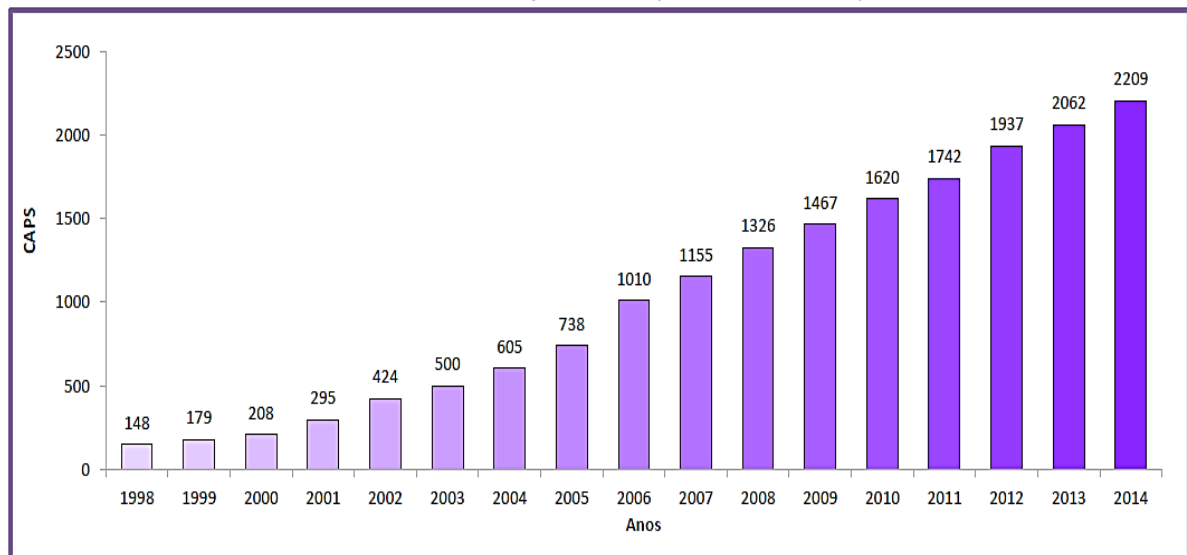
**Tabela 1** - Tipos de serviços dos Caps distribuídos por número de habitantes e os horários de funcionamentos

Tipos de Caps	Municípios com população	Horário de funcionamento dos Caps
Caps I	Acima de 20.000 habitantes	8 h às 18horas, de segunda a sexta-feira
Caps II	Acima de 70.000 habitantes	8 h às 18horas, podendo, funcionar até as 21 horas, de segunda a sexta-feira
Caps III	Acima de 200.00 habitantes	24horas, diariamente, incluindo feriados e finais de semana
Caps i	Acima 150.000 habitantes	8 h às 18horas, de segunda a sexta-feira
Caps ad	Acima de 70.000 habitantes	8 h às 18 horas, podendo funcionar até as 21h, de segunda a sexta-feira
Caps ad III	Acima de 200.00 habitantes	24horas, diariamente, incluindo feriados e finais de semana

Fonte: Brasil (2011).

Nos últimos anos, houve uma ampliação da rede de serviços voltados ao atendimento do público com transtorno mental, principalmente relacionado ao aumento na cobertura de Caps, que passou a se estender a áreas menos assistidas, como a Amazônia Legal e o Centro-Oeste, atingindo 66% de cobertura no país. O gráfico abaixo mostra o crescimento do número de Caps no país, de 1998 a 2014.

Gráfico 1 – Série histórica da expansão dos CAPS (Brasil, dez/1998 a dez/2014)



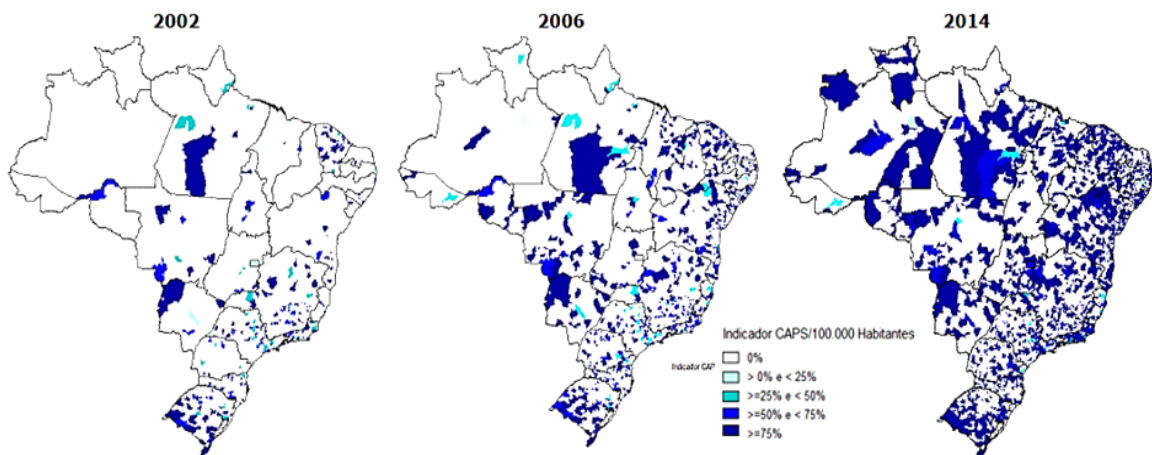
Fonte: Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS. Após 2001: Sistematização dos Estabelecimentos Habilitados por meio de portaria específica. Antes de 2001: Levantamento CAPS Disque-Saúde.

Há uma evolução, desde 1998, quando foram criados os primeiros Caps, havendo um considerável crescimento desse serviço substitutivo no país, mantendo assim uma taxa de evolução estável, consolidando um aumento desse serviço. Além

do aumento na quantidade de serviços, houve também uma regionalização dos mesmos, ou seja, sua expansão em diversas regiões e municípios, possibilitando um melhor acesso da população aos mesmos.

No ano 2002, os Caps eram concentrados em poucas regiões do país, além de sua cobertura ser insuficiente à demanda. Vale destacar a heterogeneidade da cobertura assistencial nas regiões brasileiras. Nota-se que na região norte a quantidade de serviços era quase inexistente. 12 anos depois, é inegável o crescimento do número de serviços e sua interiorização, havendo grande capilaridade de Caps no território brasileiro.

Figura 1 – Evolução do Indicador de Cobertura de CAPS/100 mil habitantes (Brasil, dez/2002, dez/2006 e dez/2014)



Fonte: Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

Outro serviço estratégico na política de saúde mental é o de residências terapêuticas, ou Serviço Residencial Terapêutico (SRT), que foram instituídas pela portaria ministerial nº 106, de fevereiro de 2000, como partes integrantes da Política de Saúde Mental do Ministério da Saúde.

O Serviço Residencial Terapêutico é local de moradia destinado a pessoas em sofrimento psíquico que permanecem em longas internações psiquiátricas e estão impossibilitadas de retornar às suas famílias de origem. Os SRTs estão inseridos no âmbito do SUS e são centrais ao processo de desinstitucionalização e reinserção social dos egressos dos hospitais psiquiátricos. Tais casas são mantidas com recursos financeiros anteriormente destinados aos leitos psiquiátricos. No ano de 2014, havia 289 SRTs em funcionamento no país, com 2.031 moradores no total.

Todavia, a cobertura das residências no país ainda é baixa. Entre os fatores que dificultam a sua expansão estão as dificuldades políticas e técnicas dos processos de desinstitucionalização, as questões socioculturais emergentes na resistência das comunidades ao processo de reintegração de pacientes de longa permanência e a baixa articulação entre o programa e a política habitacional dos estados (BRASIL, 2011c).

Outra estratégia da política de saúde mental brasileira é o Programa de Volta para Casa (PVC), instituído pela lei federal nº 10.708, de 31 de julho de 2003. Por meio do pagamento de um benefício, esse programa se propõe a fortalecer o poder de contratualidade, favorecendo a inclusão social e o processo de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial. O objetivo do programa é contribuir efetivamente para o processo de inserção social das pessoas em sofrimento psíquico, favorecendo o convívio social, de forma a assegurar o exercício pleno de seus direitos civis, políticos e de cidadania. Em dezembro de 2014, havia mais de 4.300 beneficiários cadastrados no programa.

Durante os últimos quatro anos, mas, sobretudo, a partir de 2009, novos serviços, dispositivos e estratégias começaram a se estruturar para qualificar a rede de atenção à saúde mental, especialmente para dar uma resposta mais eficiente e adequada à complexidade da questão do uso de substâncias psicoativas. A rede de serviços no âmbito do SUS, e mais especificamente, a rede ampliada e intersetorial de atenção psicossocial, deve poder ofertar e construir junto aos usuários, familiares e controle social os dispositivos e estratégias que atendam às necessidades dos sujeitos, em cada momento da vida (BRASIL, 2011c).

Em que pese o avanço na ampliação de serviços, principalmente que fortalecem o cuidado em saúde mental de base comunitária e, portanto, fortalecem os princípios da reforma psiquiátrica, muitos desafios ainda existem, sobretudo no que se refere à organização desses serviços no formato de redes, facilitando o acesso, possibilitando a integralidade e a articulação entre os mesmos, bem como a responsabilização pelo cuidado no território.

Destarte, mostrou-se necessária a articulação de serviços em redes que implicassem o acesso nos diversos níveis de atenção com a rede de serviços, para a garantia dos direitos. Essa rede vem atuar de maneira estratégica, com o estabelecimento de relações e a constituição de referências capazes de acolher e



promover resolutividade aos problemas dos indivíduos em sofrimento psíquico, à família e à coletividade de maneira geral (BRASIL, 2005).

Nessa direção, o Conselho Nacional de Saúde convocou, através de um decreto presidencial em 27 de junho de 2010, a IV Conferência Nacional de Saúde Mental – intersetorial, tendo com tema: “saúde mental, direito e compromisso de todos - consolidar os avanços e enfrentar os desafios”. O evento permitiu não somente a participação de setores diretamente envolvidos com as políticas públicas, mas também todos aqueles que se disponibilizassem a indagações e propostas, a fim de detectar problemas e trilhar soluções no enfrentamento dos novos desafios postos pela atual conjuntura social, política e econômica (BRASIL, 2010b).

A IV conferência de Saúde Mental- Intersectorial reafirmou o campo da saúde mental como intrinsecamente multidimensional, interdisciplinar, interprofissional intersectorial, e como componente fundamental da integralidade do cuidado social e da saúde em geral. [...] reafirmando dispositivos de contribuição, debate, crítica e formulação dessa política pública, integrando-se à luta para o fortalecimento do controle social e a consolidação do SUS (BRASIL, 2010b, p. 8).

Confere-se a importância da realização dessa conferência, pois a mesma trata da necessidade inexorável da articulação intersectorial de políticas e programas, considerada um grande desafio para a política de saúde mental, bem como para as demais políticas sociais brasileiras.

Devido à dificuldade em superar a intensa fragmentação das ações e serviços de saúde e qualificar a gestão do cuidado no contexto atual, foi aprovado, em 30 de dezembro de 2010, a portaria ministerial nº 4.279, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS), no âmbito do SUS.

A Rede de Atenção à Saúde é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. O objetivo da RAS é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica (BRASIL, 2010a, p.4).

A organização do SUS em rede, no campo das políticas públicas, que tem compromisso com a garantia de oferecer acesso equânime ao conjunto de ações e serviços de saúde, possibilita a construção de vínculos de solidariedade e cooperação. Dessa forma, o desenvolvimento da RAS é reafirmado como estratégia

de reestruturação do sistema de saúde, tanto no que se refere a sua organização, quanto na qualidade e no impacto da atenção prestada, representando o acúmulo e o aperfeiçoamento da política de saúde, com aprofundamento de ações efetivas para a consolidação do SUS como política pública voltada para a garantia de direitos constitucionais de cidadania (BRASIL, 2010a).

Concebendo a importância da organização dos serviços e da política no formato de redes, em 2011, foi lançada a portaria de nº 3.088, do Ministério da Saúde, que regulamenta a Rede de Atenção Psicossocial (Raps), no âmbito do SUS. Essa tem como objetivos a ampliação do acesso de serviços de saúde mental para a população em geral; a promoção do 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 a garantia de 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.

O Art. 2º da referida portaria aponta as diretrizes para o funcionamento da Raps:

- I- respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas;
- II- promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde;
- III- combate a estigmas e preconceitos;
- IV- garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar;
- V - atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas;
- VI- diversificação das estratégias de cuidado;
- VII- desenvolvimento de atividades no território, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania;
- VIII- desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos;
- IX- ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares;
- X- organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado;
- XI- promoção de estratégias de educação permanente; e
- XII- desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular.

A Portaria colocou como principais pontos de atenção aos usuários desses serviços: as unidades básicas de saúde; os núcleos de apoio à saúde da família (Nasf); os consultórios de rua; os centros de convivência; os serviços residenciais terapêuticos; os centros de atenção psicossocial; as unidades de acolhimento; a

atenção de urgência e emergência; os serviços de atenção em regime residencial; e os leitos de saúde mental, álcool e outras drogas em hospitais gerais (BRASIL, 2011a). Dessa forma, alguns serviços voltados à saúde mental, passaram a ter ainda mais evidência enquanto parte dessa Rede, necessária à integralidade da assistência.

A estruturação da rede de atenção em saúde mental é fundamental no processo de inclusão do usuário, e no conseqüente alcance do objetivo norteador da Reforma Psiquiátrica: o resgate da cidadania da PTM. Assim, ressalta-se a importância da organização e da articulação da rede de atenção em saúde mental, promovendo a vida comunitária e a autonomia dos usuários dos serviços de saúde mental, incluindo os indivíduos a partir do seu território e subjetividade.

A atenção básica adquire destaque na rede de atenção psicossocial, tendo como atribuição a construção de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde mental no território. Defende-se que as práticas em saúde mental na atenção básica podem e devem ser realizadas por todos os profissionais da equipe, que devem ter como entendimento central a lógica do território, a relação de vínculo, a escuta e o acolhimento dos usuários (BRASIL, 2013). Nessa perspectiva:

As intervenções em saúde mental devem promover novas possibilidades de modificar e qualificar as condições e modos de vida, orientando-se pela produção de vida e de saúde e não se restringindo à cura de doenças. Isso significa acreditar que a vida pode ter várias formas de ser percebida, experimentada e vivida. Para tanto, é necessário olhar o sujeito em suas múltiplas dimensões, com seus desejos, anseios, valores e escolhas. Na Atenção Básica, o desenvolvimento de intervenções em saúde mental é construído no cotidiano dos encontros entre profissionais e usuários, em que ambos criam novas ferramentas e estratégias para compartilhar e construir juntos o cuidado em saúde (BRASIL, 2013, p. 23).

No processo de integração da saúde mental à atenção primária na realidade brasileira, o matriciamento ou apoio matricial tem sido o modelo norteador, entendido como um novo modo de produzir saúde, em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhado, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica. Assim, o matriciamento é uma ferramenta de transformação não só do processo de saúde e doença, mas de toda a realidade dessas equipes e comunidades (CHIAVERINI, 2011).

Conforme a portaria nº 3.088/2011, os municípios com parâmetro para implantação de Caps I são os que têm acima de 15 mil habitantes, sendo a Atenção

Básica a principal estratégia de cuidado para as demandas de sofrimento mental nos territórios de pequeno porte populacional.

O Brasil possui 5.570 municípios, totalizando uma população de 193.976.530 habitantes. Desses, 3.375 municípios (61%) possuem menos de 15 mil habitantes, o que totaliza uma estimativa de 23.478.055 habitantes (12%) que têm na Atenção Básica o principal acesso de cuidados em saúde mental (BRASIL, 2015).

Devem-se construir estratégias que busquem fortalecer e qualificar a atenção básica, via Estratégia Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família, para que esses possam atuar na identificação, acolhimento e cuidado às pessoas em sofrimento mental, e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, nos municípios de pequeno porte populacional. Evitar-se-ia, assim, o atendimento especializado como primeira estratégia, bem como a medicalização do sofrimento, a cronificação de agravos de saúde e a negligência comum aos estados de sofrimento mental, por vezes ainda entendidos como demandas que não podem ser cuidadas na atenção básica (BRASIL, 2015).

Destaca-se a portaria nº 154/08, que recomenda a inclusão de profissionais de saúde mental nas equipes dos Nasf. Esse foi um dos principais avanços do período de 2007 a 2010 para a inclusão das ações de saúde mental na atenção básica. Os Nasf são dispositivos com alta potencialidade para garantir a articulação entre as Equipes de Saúde da Família e as equipes de saúde mental dos municípios, melhorando o acesso e o cuidado das pessoas com transtornos mentais e com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas.

Observa-se, nos últimos anos, que ocorreu uma expansão das ações regulares de saúde mental na atenção básica, com a criação dos Nasf e o aprofundamento, a sistematização e a extensão das estratégias de matriciamento, seja das equipes de saúde da família/agentes comunitários de saúde, seja da atenção básica tradicional, onde a Estratégia de Saúde da Família (ESF) ainda não se implantou (BRASIL, 2011c).

Em relação à educação e à formação continuada em saúde, colocadas como diretrizes da Raps, constata-se o aumento da oferta de ações formadoras de incentivo do poder público, além disso, têm-se inovações extremamente importantes, como o apoio supervisionado e articulado aos programas de residência (ProResidência), as ações de ensino a distância (Unasus), as “Escolas” de

supervisores e de redução de danos, e o programa de educação pelo trabalho – PET saúde mental (BRASIL, 2011c).

Destaca-se que o Ministério da Saúde aprovou, em 2004, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, através da portaria GM/MS nº 198 (BRASIL, 2004), que posteriormente foi revogada pela portaria GM/MS nº 1996, de 20 de agosto de 2007 (BRASIL, 2007), e enfatizou que as demandas por mudanças e melhorias devem ser baseadas na análise do processo de trabalho, nos seus problemas e desafios. Nessa direção:

A Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. A educação permanente se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais. A educação permanente pode ser entendida como aprendizagem-trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações. Ela é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm. Propõe que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho, e considera que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações. Os processos de educação permanente em saúde têm como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho (BRASIL, 2009, p.20).

No que se refere à desinstitucionalização, apesar de dificuldades que precisam ser superadas, como o financiamento adequado das residências terapêuticas e o ritmo menor que o desejável de incorporação de egressos ao programa de volta para casa, essa prosseguiu em todos os municípios onde se localizam hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2011c).

Ademais, a redução dos leitos psiquiátricos, na direção da mudança do modelo, realizou-se em ritmo semelhante ao do quadriênio anterior, e buscou equilibrar o fechamento de leitos com a oferta de serviços substitutivos suficientes (BRASIL, 2011c).

Pode-se observar uma expansão e interiorização dos diversos serviços que compõem a Raps pelo país, e a conseqüente diminuição no número de leitos (passou de 39.567 em 2006, para 32.735 em 2010) e de internações em hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2011c).

Apesar dessa ampliação, que indica o avanço do processo de reforma psiquiátrica brasileira, é preciso promover ações que garantam o acesso com qualidade, trabalhar de forma georreferenciada, ofertar cuidados considerando a

diversidade das necessidades dos usuários e garantir a participação dos mesmos nos processos decisórios.

Compreende-se que há um significativo avanço na adesão dos princípios da reforma psiquiátrica no Brasil, principalmente no que pese a promulgação de legislações e normativas que garantam a criação de serviços de base comunitária e substitutivos ao hospital psiquiátrico. Essa é a dimensão jurídico-política da reforma, considerada a mais claramente demarcada no país. Entretanto, outras dimensões da reforma estão mais fragilizadas, como a sociocultural, que envolve a própria concepção da sociedade em torno da loucura, que permite a criação de uma trama de possibilidade de vida à pessoa em sofrimento psíquico.

Conforme analisa Costa (2016), na atualidade, a política de saúde mental brasileira articula traços de inovação e conservadorismo em sua configuração, seguindo a tendência das políticas sociais, em geral, no país, conforme discutido no capítulo anterior.

Assim, ao tempo em que é possível perceber uma legislação avançada – referência inclusive para outros países – o que permitiu a expansão de serviços de saúde mental comunitários e alinhados aos moldes da reforma psiquiátrica. Contraditoriamente, vivencia-se um contexto de contrarreformas que exige o redesenho da política de saúde mental pautado na lógica do neoliberalismo.

É importante destacar que a luta pela saúde mental nos termos da Reforma Psiquiátrica tem enfrentado forte resistência do setor privado, cujos interesses financeiros se mostram fortemente comprometidos com o modelo manicomial (COSTA, 2016). Dessa forma, a política de saúde apresenta-se em meio a um cenário contraditório que traz, de um lado, um projeto antimanicomial alinhado à defesa da saúde universal, nos moldes da Reforma Sanitária, e, do lado oposto, um projeto de saúde privatista e neoliberal. Ambos estão em constante disputa na atualidade.

No momento político, social e econômico atual em que o SUS está sendo colocado em xeque, a saúde mental vem sofrendo com a falta de investimento nos últimos anos. Desde 2010, houve redução de aportes, o que inviabiliza a efetivação de ações de controle, avaliação e qualificação de recursos humanos.

E com medida de retrocesso, em agosto de 2017 foi sugerido pelo Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass), em uma reunião com representantes do Ministério da Saúde e do Conselho Nacional de Secretários

Municipais de Saúde (Conasems), voltar a discutir a expansão de leitos em hospitais psiquiátricos no Brasil, um atraso das políticas conquistadas desde 2001, com o retorno dos hospitais psiquiátricos para o centro da política.

A partir da trajetória estudada, observa-se que há uma ampliação dos componentes da rede no plano jurídico-legal, todavia, a efetivação dessa ampliação somente pode ocorrer com o investimento público em infraestrutura, recursos humanos, formação continuada em saúde, dentre outros (COSTA, 2016). Assim, questiona-se sobre a possibilidade real de expansão dos serviços e os desafios para o fortalecimento da política de saúde mental nos moldes reformistas, em um cenário de avanço neoliberal, que defende um Estado mínimo.

## 2.2 A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL EM PICOS

No percurso de desenvolvimento da saúde mental no estado do Piauí, evidenciam-se movimentos em reflexo do panorama nacional e a trajetória para o desenvolvimento da política de saúde mental, com peculiaridades específicas, em virtude das desigualdades evidenciadas no país e, no caso, presentes por se tratar de um dos estados mais pobres do Brasil.

A trajetória histórica da política de saúde mental na realidade piauiense se deu de forma semelhante ao processo brasileiro, no entanto, traz consigo suas peculiaridades, principalmente no que se refere ao atraso histórico de sua inserção no próprio SUS, reforçado pela resistência dos gestores da época às inovações a serem introduzidas, como destaca Rosa (2008b).

As primeiras mudanças no tratamento da PTM no estado passaram a ocorrer somente a partir de 1980, com as ações da Associação Comunitária de Saúde Mental do Piauí e da Associação Psiquiátrica do Piauí, que fomentaram a criação da coordenação estadual de saúde mental e lutaram pela interiorização e descentralização das ações de saúde mental da capital para os principais municípios polos de desenvolvimento do estado, sobretudo Picos, Parnaíba e Floriano – já que, até então, os únicos serviços de saúde mental do estado se localizavam em Teresina, a capital (ROSA, 2008b).

Nos últimos anos, o Piauí apresentou um processo de constante redução dos leitos em hospitais psiquiátricos. Apresenta-se como marco desse processo o

fechamento do Sanatório Meduna, em maio de 2010, restando apenas o Hospital Areolino de Abreu como hospital psiquiátrico do Estado.

Em 2009, o estado possuía 360 leitos em hospitais psiquiátricos, e com o fechamento do Meduna, ocorreu uma redução de 200 leitos, restando, no ano de 2010, a quantidade de 160 leitos em hospitais psiquiátricos no estado, todos localizados no setor público, sediados no Hospital Areolino de Abreu, na capital, Teresina. A diminuição de leitos ocorreu por interferência do Ministério da Saúde, como uma estratégia para pressionar os gestores estaduais e locais para criação de mais serviços comunitários substitutivos aos hospitais psiquiátricos e a expansão de leitos em hospitais gerais, como forma de evitar o isolamento dos pacientes (ROSA, 2011).

A expansão dos Caps e de outros serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, somente acontece, no Piauí, após 2004, o que caracteriza um atraso em relação a outros estados brasileiros. Em 2005, foi criado o primeiro plano estadual de saúde mental no Piauí, com objetivo de propor a política de saúde mental do estado, fundamentada nos princípios da reforma psiquiátrica, passando a estimular os gestores municipais do interior a criarem Caps, com base nos incentivos financeiros oferecidos pelo Ministério da Saúde (ROSA, 2011). No ano de 2006, segundo Rosa (2011), o Piauí efetiva sua reforma psiquiátrica, com a ampliação do número de Caps nas cidades do interior, que passam a contar com mais de 18 Caps nesse período. No ano de 2014, esses números triplicam, contanto o estado com 54 Caps, ganhando destaque, em âmbito federal, com relação a estes serviços alternativos. A tabela seguinte mostrará a dinâmica dessa expansão.



**Tabela 2** - Indicador de Cobertura de Caps/100 mil habitantes por ano e estado

Região/UF	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Norte	0,12	0,16	0,19	0,21	0,25	0,29	0,31	0,36	0,41	0,45	0,55	0,59	0,61
Acre		0,17	0,16	0,30	0,29	0,31	0,29	0,29	0,27	0,27	0,27	0,45	0,44
Amapá	0,19	0,19	0,36	0,34	0,32	0,34	0,33	0,48	0,45	0,45	0,45	0,41	0,47
Amazonas				0,03	0,11	0,11	0,10	0,12	0,23	0,26	0,34	0,39	0,39
Pará	0,16	0,21	0,24	0,24	0,27	0,32	0,33	0,39	0,43	0,50	0,62	0,62	0,66
Tocantins	0,25	0,28	0,28	0,27	0,26	0,28	0,35	0,50	0,47	0,47	0,61	0,71	0,73
Rondônia	0,14	0,17	0,20	0,36	0,42	0,55	0,67	0,66	0,70	0,74	0,83	0,78	0,77
Roraima		0,28	0,27	0,26	0,25	0,25	0,24	0,24	0,33	0,33	0,78	0,92	1,21
Nordeste	0,12	0,18	0,23	0,30	0,50	0,58	0,66	0,72	0,81	0,87	0,94	0,96	1,00
Alagoas	0,17	0,21	0,20	0,31	0,69	0,77	0,82	0,81	0,88	0,90	0,98	1,00	0,99
Bahia	0,08	0,19	0,23	0,25	0,45	0,52	0,60	0,71	0,82	0,87	0,92	0,91	0,95
Ceará	0,25	0,27	0,30	0,35	0,57	0,69	0,79	0,85	0,93	0,95	0,99	1,01	1,10
Maranhão	0,04	0,05	0,07	0,23	0,43	0,48	0,59	0,63	0,63	0,65	0,70	0,71	0,74
Paraíba	0,06	0,13	0,27	0,36	0,73	0,87	0,99	1,11	1,22	1,27	1,46	1,52	1,57
Pernambuco	0,14	0,20	0,24	0,27	0,32	0,36	0,45	0,45	0,55	0,64	0,81	0,81	0,86
Piauí	0,03	0,03	0,08	0,22	0,49	0,56	0,58	0,65	0,82	0,91	0,99	1,05	1,13
Rio Grande do Norte	0,19	0,23	0,27	0,37	0,56	0,63	0,69	0,70	0,84	0,92	0,98	0,92	0,92
Sergipe	0,11	0,32	0,55	0,66	0,75	0,88	0,90	1,02	1,11	1,16	1,23	1,25	1,28
Centro-oeste	0,14	0,19	0,23	0,30	0,35	0,37	0,43	0,46	0,49	0,53	0,60	0,62	0,66
Distrito Federal	0,07	0,07	0,07	0,11	0,10	0,10	0,22	0,21	0,21	0,25	0,29	0,45	0,46
Goiás	0,10	0,18	0,21	0,24	0,28	0,29	0,38	0,37	0,42	0,50	0,62	0,60	0,69
Mato Grosso	0,25	0,32	0,41	0,55	0,61	0,65	0,68	0,70	0,69	0,69	0,77	0,75	0,76
Mato Grosso do Sul	0,16	0,16	0,20	0,35	0,44	0,49	0,51	0,64	0,69	0,69	0,71	0,70	0,69
Sudeste	0,26	0,28	0,32	0,34	0,39	0,44	0,47	0,52	0,58	0,63	0,72	0,74	0,79
Espírito Santo	0,17	0,18	0,23	0,28	0,36	0,37	0,39	0,44	0,44	0,44	0,46	0,46	0,46
Minas Gerais	0,26	0,30	0,35	0,38	0,43	0,48	0,51	0,57	0,65	0,69	0,83	0,84	0,95
Rio de Janeiro	0,28	0,29	0,33	0,34	0,39	0,45	0,50	0,50	0,55	0,59	0,68	0,68	0,73
São Paulo	0,26	0,27	0,30	0,33	0,38	0,41	0,45	0,51	0,56	0,64	0,72	0,74	0,77
Sul	0,29	0,32	0,38	0,45	0,58	0,69	0,73	0,79	0,87	0,91	0,98	0,98	1,07
Paraná	0,15	0,16	0,21	0,28	0,45	0,60	0,65	0,67	0,72	0,76	0,81	0,80	0,89
Rio Grande do Sul	0,39	0,44	0,52	0,56	0,68	0,77	0,80	0,90	1,01	1,07	1,16	1,19	1,32
Santa Catarina	0,35	0,35	0,43	0,53	0,60	0,68	0,73	0,79	0,87	0,90	0,98	0,93	0,97
Brasil	0,21	0,24	0,29	0,33	0,43	0,50	0,55	0,60	0,66	0,72	0,80	0,81	0,86

**Fonte:** Saúde Mental em Dados (2014), com grifos da autora.

A tabela anterior confirma a expansão de Caps nos diversos estados do país. Destacou-se o Piauí como um dos que tiveram significativo crescimento desses serviços nos últimos anos.

No entanto, a política de saúde mental não se faz apenas de Caps, e a implantação da rede de atenção psicossocial, a criação de novos serviços para atender à demanda de pessoas com transtornos mentais e usuários de álcool e outras drogas também se apresenta como uma urgência, a qual ainda está em estágio de implantação no Piauí.

Em relação à cidade de Picos, localizada na região centro-sul do Piauí, a 310 km de Teresina, conta uma população estimada no ano de 2014 de 76.309 habitantes (IBGE, 2015), sendo, portanto, a terceira cidade mais populosa do estado. Picos tem ganhado destaque, além do crescimento populacional, também pelo desenvolvimento econômico, principalmente no que se refere à agricultura.

O processo de formação histórica desse território teve início com os indígenas da tribo dos Jaicós, que habitavam a região muito antes da chegada dos portugueses ao Brasil. Os registros históricos oficiais mais antigos fazem referência a um aldeamento Jaicós, em 1731, que deu origem ao atual município, de mesmo nome. Em 1762, a aldeia já era habitada por uma população de aproximadamente três centenas de índios, contando-se 28 moradias no povoado. A construção de duas escolas e de uma capela, em 1767, levou a que, em 1801, fosse instalada a Freguesia de Cajueiro, depois Vila de Jaicós (1832) e, finalmente, Cidade de Jaicós, em 1889, em cumprimento ao Decreto Estadual nº 03, de 30 de dezembro daquele ano, concedendo-se foro de cidade à sede municipal. A instalação verificou-se em 21 de fevereiro de 1834 (PIAUÍ, 2014).

Após a criação de Jaicós, tem-se a do município de Picos, o que veio a ocorrer no ano de 1890. Esse teve sua origem numa fazenda de Borges Marinho, grande fazendeiro da região. Ambos os municípios foram desmembrados do município de Oeiras. Após a instalação de Picos, somente em 1938, 48 anos depois, houve a criação de novos municípios, sendo daí até o ano de 1989, acrescidos apenas 14 municípios, dentre os quais São Julião e Monsenhor Hipólito (PIAUÍ, 2014).

Picos se localiza, juntamente com outros 41 municípios, no território do vale do rio Guaribas, conforme a imagem abaixo:

**Figura 2 - Território do Vale do Rio Guaribas, no Piauí**

Município	
Acauã	
Alagoinha do Piauí	
Alegrete do Piauí	
Aroeiras do Itaim	
Belém do Piauí	
Betânia do Piauí	
Bocaina	
Caldeirão Grande do Piauí	
Campo Grande do Piauí	
Caridade do Piauí	
Curral Novo Do Piauí	
Dom Expedito Lopes	
Francisco Macedo	
Francisco Santos	
Fronteiras	
Geminiano	
Ipiranga do Piauí	
Itainópolis	
Jacobina do Piauí	
Jaicós	
Marcolândia	
Massapê do Piauí	
Monsenhor Hipólito	
Padre Marcos	
Paquetá	
Patos do Piauí	
Paulistana	
Picos	
Pio IX	
Queimada Nova	
Santa Cruz do Piauí	
Santana do Piauí	
Santo Antônio de Lisboa	
São João da Canabrava	
São José do Piauí	
São Julião	
São Luis do Piauí	
Simões	
Sussuapara	
Vera Mendes	
Vila Nova do Piauí	
Wall Ferraz	

**Fonte:** Plano da Rede de Atenção Psicossocial do Estado do Piauí de 2013 a 2015.

A história da Política de Saúde Mental na cidade de Picos teve início no ano de 1974, com a chegada do primeiro médico psiquiatra, Pedro Cronemberger Neto,

que continua atuando na região até os dias atuais. Naquele momento, o que existia de atendimento em saúde mental no município eram os cinco leitos psiquiátricos de que dispunha o Hospital público São Vicente de Paula, sendo dois destinados aos clientes do sexo masculino e três aos do sexo feminino, e as consultas no consultório particular do referido médico, ou em domicílio, quando necessário. Anterior a sua chegada, a demanda de atenção à crise/casos mais graves do município era direcionada à capital, sendo os atendimentos centralizados (CRONEMBERGER et al., 2005).

Na década de 1980, Dr. Anísio Lobão Neto, psiquiatra que atuava como Secretário de Saúde do Piauí, criou o Programa de Saúde Comunitária no estado, período em que houve a desativação do Hospital São Vicente de Paula, substituído pelo Hospital Regional Justino Luz, cujo objetivo desse programa era levar a psiquiatria para todo o interior, de onde resultou a criação dos núcleos em polos como Picos, Parnaíba e Floriano; os demais municípios passaram a contar com subnúcleos, onde os médicos generalistas eram treinados para atender às demandas.

O funcionamento do programa se deu por meio de serviços de ambulatórios, onde o usuário era atendido, recebia um cartão de identificação com a data de retorno agendada e a medicação, fornecida gratuitamente pelo Ministério da Saúde. Contudo, em função da falta de recursos financeiros, o que alegavam os gestores à época, o programa não teve como se manter e não obteve, assim, o sucesso esperado.

Na segunda metade da década de 1990, no governo de Francisco de Assis de Moraes Souza (conhecido por Mão Santa), de acordo com Rosa (2008a), foram desativados os leitos psiquiátricos do Hospital Regional Justino Luz, devido à criação de um Hospital-Dia, em 1997, no município de Picos, e, com isso, esses leitos do Hospital Geral ficariam obsoletos.

Apesar de ter sido um dos primeiros municípios do Piauí a inaugurar serviços alternativos ao modelo manicomial tradicional, a cidade permanece carente de serviços voltados à pessoa em sofrimento psíquico. Em 2005, o Hospital-Dia de Picos atendia um total 48 municípios, incluindo outros estados, como Pernambuco e Ceará, dispondo de transporte para usuários e familiares até a instituição (CRONEMBERGER et al., 2005).

O Hospital-Dia, aprovado pela Portaria n.º 44/GM, de 2001, é uma modalidade de serviço criado anteriormente à propagação de Caps pelo país, devendo ser, aos poucos, substituído pelos Centros de Atenção Psicossocial ou outros serviços da Política Nacional de Saúde Mental (BRASIL, 2001b). Dessa forma, os Hospitais-Dia são considerados ultrapassados, se comparados aos Caps, enquanto serviço de tratamento à pessoa em sofrimento psíquico na concepção da Reforma Psiquiátrica, devido a sua vinculação – reforçada inclusive pelo próprio nome – com o modelo hospitalocêntrico.

Com a instituição da Raps, em 2011, pelo Ministério da Saúde, foram normatizadas, no mesmo ano, as suas diretrizes, a saber: respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas; a promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde; o combate a estigmas e preconceitos; a garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar; a atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas; o desenvolvimento de atividades no território, que favoreçam a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania; a ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares; a organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado, dentre outras (BRASIL, 2011).

No ano de 2013, a Comissão Intergestores Bipartite do Piauí (CIB-PI), em sua 199ª reunião ordinária, decidiu pela aprovação da Resolução de número 29 e 80, que previa o fortalecimento da rede de atenção psicossocial no território Vale do Rio Guaribas, e a implantação de novos serviços voltados para assistência à saúde mental nos municípios da região. Segundo o plano da Rede de Atenção Psicossocial aprovado pela CIB, a configuração da Raps do território Vale do Rio Guaribas no ano de 2013 foi:

**Tabela 3 - Configuração/Pactuação da Rede de Atenção Psicossocial (Raps) do Território Vale do Rio Guaribas**

<b>MATRIZ DIAGNÓSTICA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL</b>			
<b>Região: Território Vale do Rio Guaribas</b>			
<b>População: 366.939</b>			
<b>Município</b>	<b>DISPOSITIVOS</b>		
	<b>Existentes</b>	<b>Pactuados</b>	<b>Ideais</b>
Acauã	03 ESF, 03 ESB, 01 Nasf	-	-
Alagoinha do Piauí	04 ESF, 03 ESB, 01 Nasf	-	-
Alegrete do Piauí	03 ESF, 02 ESB, 01 Nasf	-	-
Aroeiras do Itaim	01 ESF, 01 ESB, 00 Nasf	-	-
Belém do Piauí	02 ESF, 02 ESB, 01 Nasf	-	-
Betânia do Piauí	03 ESF, 03 ESB, 01 Nasf	-	-
Bocaina	02 ESF, 02 ESB, 00 Nasf	-	-
Caldeirão Grande do Piauí	03 ESF, 03 ESB, 01 Nasf		
Campo Grande do Piauí	03 ESF, 02 ESB, 00 Nasf	-	-
Caridade do Piauí	02 ESF, 02 ESB, 01 Nasf	-	-
Curral Novo do Piauí	02 ESF, 02 ESB, 01 Nasf	-	-
Dom Expedito Lopes	03 ESF, 03 ESB, 01 Nasf	-	-
Francisco Macedo	01 ESF, 01 ESB, 01 Nasf	-	-
Francisco Santos	04 ESF, 04 ESB, 01 Nasf	-	-
Fronteiras	05 ESF, 05 ESB, 01 Nasf, Hospital Regional Norberto Ângelo Ferreira	Pactuou 01 Caps I com todos os municípios do Território	-
Geminiano	03 ESF, 02 ESB, 01 Nasf	-	-
Ipiranga do Piauí	05 ESF, 05 ESB, 01 Nasf	-	-
Itainópolis	06 ESF, 06 ESB, 01 Nasf	-	-
Jacobina do Piauí	03 ESF, 02 ESB, 01 Nasf	-	-
Jaicós	09 ESF, 08 ESB, 01 Nasf, 01 Caps I, Hospital Estadual Florisa Silva	04 Leitos de Saúde Mental no Hospital Estadual Florisa Silva	-
Marcolândia	04 ESF, 04 ESB, 01 Nasf	-	-
Massapê do Piauí	03 ESF, 03 ESB, 01 Nasf	-	-
Monsenhor Hipólito	04 ESF, 04 ESB, 01 Nasf	-	-
Padre Marcos	03 ESF, 03 ESB, 01 Nasf	-	-
Paquetá	02 ESF, 02 ESB, 01 Nasf	-	-
Patos do Piauí	03 ESF, 03 ESB, 01 Nasf	-	-
Paulistana	07 ESF, 06 ESB, 01 Nasf, 01 Caps I, 01 Hospital Geral Mariana Pires Ferreira	Pactuou 01 Caps II; 01 Capsad, 01 Caps i e 04 Leitos de Saúde Mental no Hospital Geral Mariana Pires, pactuado com todos os municípios do Território	-
Picos	28 ESF, 28 ESB, 05 Nasf, 01 Caps ad, 01 Hospital Regional Justino Luz	Pactuou 01 Caps II; 01 qualificação de Capsad para Capsad III, 01 Caps i; 01 UA Adulto; 01 Residência Terapêutica Tipo I e 10 Leitos de Saúde Mental no Hospital Regional Justino Luz e 01 SRT, pactuado com todos os municípios do Território	-
Pio IX	06 ESF, 05 ESB, 01 Nasf, 01	-	-

	Caps I		
Queimada Nova	04 ESF, 04 ESB, 01 Nasf	-	-
Santa Cruz do Piauí	02 ESF, 02 ESB, 00 Nasf	-	-
Santana do Piauí	02 ESF, 02 ESB, 01 Nasf	-	-
Santo Antônio de Lisboa	03 ESF, 03 ESB, 00 Nasf	-	-
São João da Canabrava	02 ESF, 02 ESB, 01 Nasf	-	-
São José do Piauí	03 ESF, 03 ESB, 01 Nasf	-	-
São Julião	03 ESF, 02 ESB, 01 Nasf	-	-
São Luis do Piauí	01 ESF, 01 ESB, 01 Nasf	-	-
Simões	06 ESF, 06 ESB, 01 Nasf, Unidade Mista de Saúde	Pactuou 01 Caps I com os municípios de Marcolândia e Curral Novo	-
Sussuapara	03 ESF, 03 ESB, 01 Nasf	-	-
Vera Mendes	01 ESF, 01 ESB, 01 Nasf	-	-
Vila Nova do Piauí	01 ESF, 01 ESB, 00 Nasf	-	-
Wall Ferraz	02 ESF, 02 ESB, 00 Nasf	-	-

**Fonte:** Plano da Rede de Atenção Psicossocial do Estado do Piauí de 2013 a 2015.

Em relação a, especificamente, o município de Picos, o Ministério Público do Estado do Piauí divulgou um levantamento feito em 2014, que previa, por meio de um Termo de Ajustamento de Conduta, a implantação dos seguintes serviços até o fim de 2015: 01 Caps II; 01 Caps ad III; 01 Caps infantil; 01 Unidade de Acolhimento Adulto; 10 leitos de atenção psicossocial no Hospital Regional Justino Luz; e 01 Residência Terapêutica – Tipo I. Os serviços encontram-se em situação de pactuação por Comissão Intergestora Bipartite (CIB) e Comissão Intergestora Tripartite (CIT), e muitos, até o momento, ainda não foram implementados.

Em outubro de 2015, na Universidade Estadual do Piauí (Uespi), Campus Professor Barros Araújo, ocorreu o I Evento em Saúde Mental na cidade de Picos - PI. A iniciativa foi desenvolvida a partir das pesquisas realizadas pela autora desta proposta de pesquisa e de outros docentes da universidade, para oportunizar um encontro abordando temáticas sobre a saúde mental em geral, e no município de Picos, fortalecendo sua história nessa região do semiárido piauiense e considerando fundamental avaliar as potencialidades e os desafios para promover a inclusão social das pessoas com sofrimento psíquico no modelo proposto pela reforma psiquiátrica.

Ainda em 2015, o Hospital-Dia encerrou suas atividades, dando origem ao Caps II, implantado no ano de 2016. Verifica-se, portanto, que o município se encontra em fase de transição, de substituição do modelo hospitalocêntrico para uma assistência psicossocial centrada na lógica do território, através da criação de

serviços substitutivos comunitários, compartilhando o cuidado com demais serviços de saúde, como a atenção básica, nos preceitos reformistas.

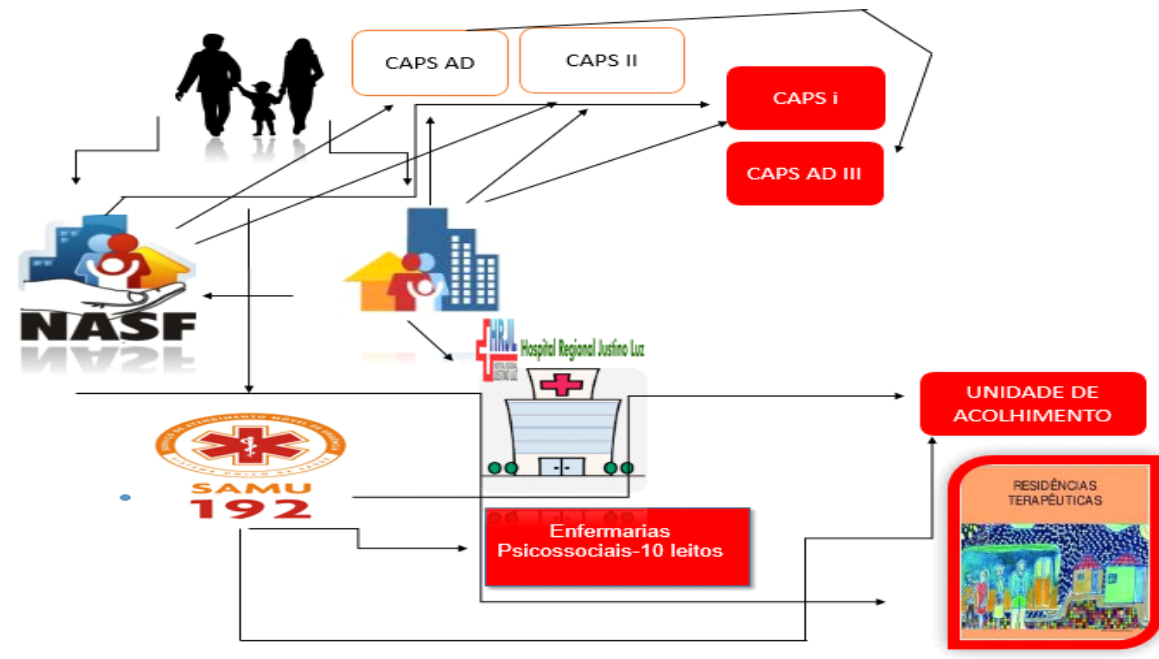
A equipe desse Caps, junto com a atenção básica, está fazendo, pela primeira vez em Picos, o mapeamento de todos os usuários da saúde mental, para servir como base no matriciamento da rede de atenção da saúde mental municipal. Tal fato se apresenta como um avanço referente à Política de Saúde Mental na cidade, por considerar a iminência do reconhecimento do território para o desenvolvimento de práticas de saúde. Tal avanço fortalece as ações em saúde mental no município, no sentido de abertura de mais serviços, essenciais para a implementação da reforma psiquiátrica no município.

Atualmente, a Rede de Atenção Psicossocial de Picos é formada por: Atenção Básica (36 ESF, 6 Nafs), 1 Caps II, 1 Caps ad, Samu e 1 Hospital Regional. Encontra-se em andamento a implementação de 1 Caps I, 1 Unidade de Acolhimento e 1 Residência Terapêutica. Cabe evidenciar, no entanto, que a rede em implantação no município não corresponde à Raps necessária, preconizada pela Portaria de nº 3.088/11 (BRASIL, 2011). Na figura abaixo, os setores destacados em vermelho (Caps I; Caps ad III; Unidade de Acolhimento e Residências Terapêuticas; Enfermarias Psicossociais) não estão presentes na Raps do município, dessa forma, trazendo dificuldades na relação de concretização e eficiência da rede.

A figura a seguir evidencia a organização da Raps no município de Picos, com destaque para os setores de saúde que não estão presentes, a saber: Caps I; Caps ad III; Enfermarias Psicossociais; Unidades de Acolhimento e Residências Terapêuticas, o que caracteriza a ruptura no funcionamento dessa rede, que se encontra incompleta, de acordo com o que é protocolado pelo Ministério da Saúde. Considera-se que a sua implantação, mesmo lenta, representa algumas melhoras. Destaca-se que os serviços em vermelho na imagem abaixo ainda não existem efetivamente em atividade no município.



**Figura 3 - A Rede de Atenção Psicossocial no município de Picos-PI**



**Fonte:** Elaboração da autora, com base em dados fornecidos pela gestão de saúde de Picos-PI (2016).

Este aparato institucional indica mudanças importantes no âmbito da saúde mental, tanto para o município quanto para o território do Vale do Guaribas. No entanto, como dito anteriormente, Picos vivencia um processo transitório de substituição do modelo hospitalar, visando ao avanço dos preceitos da Reforma Psiquiátrica, em que há necessidade de demarcar mais claramente a mudança no cuidado e assistência à pessoa em sofrimento psíquico, para além da criação de novos serviços, mas também no compartilhamento de cuidado no território.

O município de Picos-PI faz parte do território do Vale do Guaribas, que por meio de pactuações, possui ainda relação de rede com outros municípios vizinhos, a partir das articulações evidenciadas na ilustração anterior (Figura 3).

Observa-se que há um incentivo, mesmo precário, por parte dos gestores municipais, em realizar a transição necessária para implantação da reforma psiquiátrica em Picos, principalmente após a aprovação da portaria nº 3.088/11, que se refere à Raps. No entanto, após 15 anos da promulgação da lei nº 10.216/2001, o município ainda conta com uma assistência psicossocial insuficiente à demanda por esses serviços, sobretudo das muitas comunidades dos arredores, que tinham Picos como referência no tratamento, se deslocando até o local para tal finalidade.

O fechamento do Hospital-Dia e sua substituição por um Caps do tipo II, no ano de 2016, representou um marco para Picos, em termos de implantação de serviços reformistas, mesmo que atrasado e escasso.

Atualmente, o município encontra-se em um processo de transição, dos moldes manicomiais para os moldes da reforma. Isso ocorre com bastante atraso, se comparado com o cenário nacional, que desde 2001 vem avançando na redução dos leitos em hospitais psiquiátricos e na criação de serviços psicossociais comunitários. Mesmo a passos lentos, Picos tem avançado na implantação dos serviços para compor uma rede de atenção psicossocial adequada a atender os direitos das PTM e usuários de álcool, *crack* e outras drogas.

### 3 ESTRATÉGIA PARA ANÁLISE DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Este capítulo busca descrever o percurso metodológico adotado ao longo da pesquisa, na busca por atender aos objetivos propostos. A abordagem do estudo é qualitativa, por compreender a natureza de um fenômeno social, seus embates e reflexos, e contemplar as discussões acerca da realidade social a ser diagnosticada e compreendida, mediante as observações realizadas (FLICK, 2009).

Utilizou-se da triangulação dos métodos para que as diferentes formas de coleta pudessem contribuir para a discussão dos resultados. Segundo Yin (2001, p. 120), “a triangulação fundamenta-se na lógica de se utilizar várias fontes de evidências. A utilização de várias fontes na coleta de dados é uma necessidade e, ao mesmo tempo, um ponto forte muito importante”.

O método da triangulação busca a superação dialética do positivismo e compreensivismo, integrando a análise das estruturas, processos, resultados e compreensão das relações envolvidas, o que representará a fundamentação da discussão dos dados, com a expressão de uma dinâmica de investigação que inclui dados subjetivos e objetivos, resultantes de questionários, entrevistas e documentos, relacionados para a discussão (SCHUTZ, 1982).

A complexidade das informações e a necessidade de explorá-las exigiram metodologias capazes de considerar os olhares e prismas sobre um mesmo objeto, que possui vários lados e muitas formas de ser contemplado e, por diversas vezes, impossível de ser visto em sua totalidade, a partir de apenas um ângulo, desse modo, utilizar métodos de coleta e análise numérica não afeta, por exemplo, a abordagem do estudo, sendo essa mantida diante do objeto e foco dado em discussão (TUZZO, 2016).

Por se tratar de um estudo qualitativo de políticas sociais, a pesquisa foi realizada a partir de indicadores presentes nos instrumentos de coleta (roteiro semiestruturado), que visaram investigar a efetividade dos programas ou políticas públicas, de modo a contribuir para a melhoria das condições sociais e, no caso, de saúde, de acordo com os significados e sentidos observados na situação em questão (SILVA, 2008).

Segundo Minayo (1994), o objeto das Ciências Sociais é essencialmente qualitativo, pois a realidade, que só pode ser apreendida por aproximação, é mais rica do que qualquer teoria ou pensamento que se possa ter sobre ela, respondendo

a questões muito particulares e subjetivas, em um universo de significados, aspirações, motivações, crenças, valores e atitudes, que corresponde a um espaço que não pode ser reduzido à operacionalização de variáveis, mas que a possibilidade de multimétodos pode, ainda, enriquecer a relação com o tema.

Minayo (2012) ressalta ainda que existe polaridade complementar entre sujeito e objeto no processo qualitativo de construção científica. E que é justamente essa relação que leva à necessidade de um esforço metodológico que garanta a objetivação, ou seja, a produção de uma análise mais sistemática e aprofundada possível, e que minimize as incursões do subjetivismo, do achismo e do espontaneísmo.

Portanto, a abordagem qualitativa buscou contemplar uma realidade social, por meio do envolvimento de sujeitos repletos de determinações e essência, que não pode ser assimilada apenas por técnicas quantitativas.

Destaca-se, ainda, que o método de análise dos dados foi a dialética crítica, onde buscou-se os avanços, limites, contradições e conflitos para a concretização da rede no município, de acordo com as reflexões sobre a realidade exposta pelos sujeitos, em meio a sínteses e antíteses surgidas no grupo de participantes do estudo. Assim, a partir dos dados coletados sobre o cenário empírico, buscou-se compreender a realidade concreta, indo além da aparência dos fatos, estabelecendo conexões entre eles e o seu contexto, os movimentos e as dinâmicas na saúde mental do município de Picos-PI, de forma a desvelar as contradições, os conflitos, os consensos, as convergências, os avanços e os recuos do processo de implantação e articulação da rede de atenção psicossocial.

O método dialético de Marx, segundo a análise de Netto (2011), é produto de uma longa elaboração teórico-científica, amadurecida no curso de sucessivas aproximações ao seu objeto de estudo. Assim, o método é entendido não como um conjunto de regras formais que se aplica a uma determinada investigação, mas uma determinada posição do sujeito que pesquisa para buscar extrair as múltiplas determinações da realidade estudada.

Fazendo uma breve descrição do cenário de estudo, o estado do Piauí localiza-se na região nordeste do país e limita-se com cinco estados da federação: Ceará e Pernambuco a leste, Bahia a sul e sudeste, Tocantins a sudoeste e Maranhão a oeste. As principais atividades econômicas do estado são a indústria (química, têxtil, de bebidas), a agricultura (algodão, arroz, cana-de-açúcar,

mandioca) e a pecuária. Tem uma população de 3.184.165 habitantes, com densidade demográfica de 13 hab/km<sup>2</sup>, PIB *per capita* de 7.835,75, em 2011 e 20,91% da população em extrema pobreza no ano de 2010 (PIAUÍ, 2014).

Está dividido em 224 municípios, distribuídos em 11 Regiões de Saúde/Território de Desenvolvimento: Planície Litorânea, Cocais, Carnaúbas, Entre Rios, Vale do Sambito, Vale do Canindé, Vale do Rio Guaribas, Vale dos Rios Piauí e Itaueiras, Alto Parnaíba, Serra da Capivara, Chapada das Mangabeiras. Teresina, Parnaíba, Picos, Piripiri e Floriano são os Municípios com população superior a cinquenta mil habitantes (PIAUÍ, 2014).

**Tabela 4-** Informações gerais sobre o estado do Piauí

Localidade: Piauí - 224 municípios - 3.118.360 habitantes

Informações estaduais e municipais (2010)	
Região	Nordeste
Área territorial do estado em Km <sup>2</sup>	251.576,64
Densidade demográfica do estado - hab. por Km <sup>2</sup>	12,40
População estadual	3.118.360
População estadual por sexo	Masculino: 1.528.422 Feminino: 1.589.938
Municípios com até 10.000 habitantes	164
Municípios entre 10.001 a 30.000 habitantes	45
Municípios entre 30.001 a 50.000 habitantes	10
Municípios entre 50.001 a 100.000 habitantes	3
Municípios acima de 100.000 habitantes	2

Fonte: DAGD/MS - IBGE - Ministério do Desenvolvimento Agrário

**Fonte:** IBGE (2010).

A pesquisa de campo foi realizada no município de Picos, localizado na região centro-sul do Piauí, a 310 km de Teresina, contando com uma população estimada, no ano de 2016, de 76.749 habitantes (IBGE, 2017), sendo, portanto, a terceira cidade mais populosa do estado. Picos tem ganhado destaque, além do crescimento populacional, também pelo desenvolvimento econômico, principalmente no que se refere à agricultura.

O contexto de pesquisa de campo se constituiu pelos dispositivos de assistência à saúde mental que compõem a Rede de Atenção Psicossocial em funcionamento no município, sendo esses: Samu; Caps ad e Caps II; Nasf; ESF; e o Hospital Regional do município.

Participaram do estudo 08 gestores e 16 técnicos de nível superior, que atuam na atenção psicossocial (Caps ad e Caps II), na atenção hospitalar, na

urgência e emergência (Hospital Regional Justino Luz e Samu) e na atenção básica (ESF e Nasf), pertencentes a diferentes profissões: assistentes sociais, psicólogos, médicos, enfermeiros e nutricionistas.

Para seleção dos participantes, utilizou-se como critério a inclusão daqueles que atuaram na gestão ou na assistência em saúde mental no município nos últimos 05 anos (de 2011 a 2016), de forma que vivenciaram o processo de implantação da Raps em Picos.

Destaca-se que por ser um estudo de natureza qualitativa, a escolha dos sujeitos se deu pela busca daqueles que trariam informações mais significativas para o estudo em questão.

Com relação aos aspectos éticos, a coleta de dados somente ocorreu após os participantes serem formalmente convidados, receberem os esclarecimentos, aceitarem participar da pesquisa como voluntários, com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o Termo de Autorização Institucional, elaborados de acordo com a Resolução 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2016), informando-lhes sobre o objetivo, a importância e a metodologia do estudo, garantindo-lhes todas as medidas de proteção, sigilo e anonimato.

Desse modo, foram convidados a se fazerem presentes em um espaço reservado para a realização da entrevista, bem como a aplicação do questionário, tendo sido a primeira gravada e transcrita na íntegra, para compor os dados da pesquisa e ser feita a análise de texto.

O projeto foi submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual do Piauí (CEP/Uespi), tendo sido aprovado sob o número de parecer 1.743.275. Contou também com a autorização da Secretaria de Saúde do município de Picos-PI. Durante toda a coleta de dados os sujeitos participantes foram esclarecidos sobre a pesquisa, sua finalidade e contribuições, assim como da liberdade para aceitar ou não o convite em participar e, mesmo, desistir em qualquer etapa do estudo.

Destaca-se que toda a etapa da coleta de dados e pesquisa de campo foi realizada no segundo semestre de 2016 (de setembro a novembro). Os encontros para realização das entrevistas ocorreram no local de trabalho dos participantes, em local reservado, de modo a garantir a privacidade do participante e o sigilo dos dados. A identificação foi resguardada ao longo da apresentação dos resultados do estudo. Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas para posterior análise.

Ao longo das análises, os participantes da pesquisa foram nomeados com “T”, referente a um profissional técnico; ou “G”, referente a gestor; seguido de um número que representa a ordem de sua participação, dentro daquela categoria, e o nome do serviço em que ele atua.

Para a coleta de dados utilizou-se o método de triangulação de Minayo (2005) e Schutz (1982), considerando a diversidade de sujeitos e contextos envolvidos no estudo. Sendo, assim, possível ampliar e aprofundar as informações referentes ao objeto da pesquisa, de modo a ter maior aproximação da realidade, por meio da análise qualitativa e aporte estatístico nas discussões.

Deste modo, as técnicas de coleta de dados utilizadas foram questionários (Apêndice C) e entrevistas semiestruturadas (Apêndice D) com gestores e trabalhadores de instituições e serviços integrantes da Raps de saúde mental do município. Além disso, foi analisado o Plano da Rede de Atenção Psicossocial do Estado do Piauí, de 2013 a 2015, elaborado pela Gerência de Atenção à Saúde Mental da Secretaria do Estado da Saúde (PIAUÍ, 2014). Pretendia-se, também, analisar outros documentos da gerência de saúde mental de Picos, no entanto, a gestão municipal afirmou acerca da inexistência dos mesmos.

Com relação aos dados dos questionários, os resultados foram tabulados e organizados em tabelas no sistema Excel 12.0, com as variáveis dispostas no instrumento de coleta, organizados em gráficos e quadros. Após tabulação, foi feita a análise exploratória dos dados para descrever as distribuições de frequência das variáveis, de modo que tais achados contribuam com a discussão das falas dos sujeitos entrevistados, realizando, dessa forma, a triangulação.

Assim, os dados coletados foram organizados e, em seguida, passou-se para a fase de interpretação e compreensão dos mesmos, buscando entender o conjunto das falas e observações, com os elementos históricos e contextuais. Ressalta-se que apesar de ser um estudo numa realidade local da cidade de Picos-PI, buscou-se delinear embasamentos para reflexões que possam servir de apoio para outros estudos, e que podem ser importantes para diferentes áreas de conhecimento, como saúde mental, Serviço Social, Psicologia, na perspectiva das Políticas Públicas de Saúde Mental, bem como lançar um olhar mais acurado sobre esse tema.

## 4 AVANÇOS E DESAFIOS NA IMPLEMENTAÇÃO DA RAPS

### 4.1 PERFIL DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO E A RELAÇÃO COM O SERVIÇO

A partir da técnica de questionário com respostas fechadas foi possível traçar o perfil dos participantes deste estudo, que foram 24 no total, 8 gestores e 16 profissionais de nível superior da Rede de Atenção Psicossocial de Picos-PI. Esses dados foram coletados no segundo semestre do ano de 2016, foram tabulados e apresentados aqui, no formato de gráficos e quadros.

Para participar da pesquisa foram convidados profissionais da assistência e da gestão da Secretaria de Saúde, do Centro de Referência Especializada em Assistência Social, do Samu, do Hospital Regional, do Centro de Referência em Assistência Social e dos Centros de Atenção Psicossocial do tipo II e ad (Quadro 1)

**Quadro 1** - Instituição de trabalho dos integrantes da Raps, Picos-PI, 2016

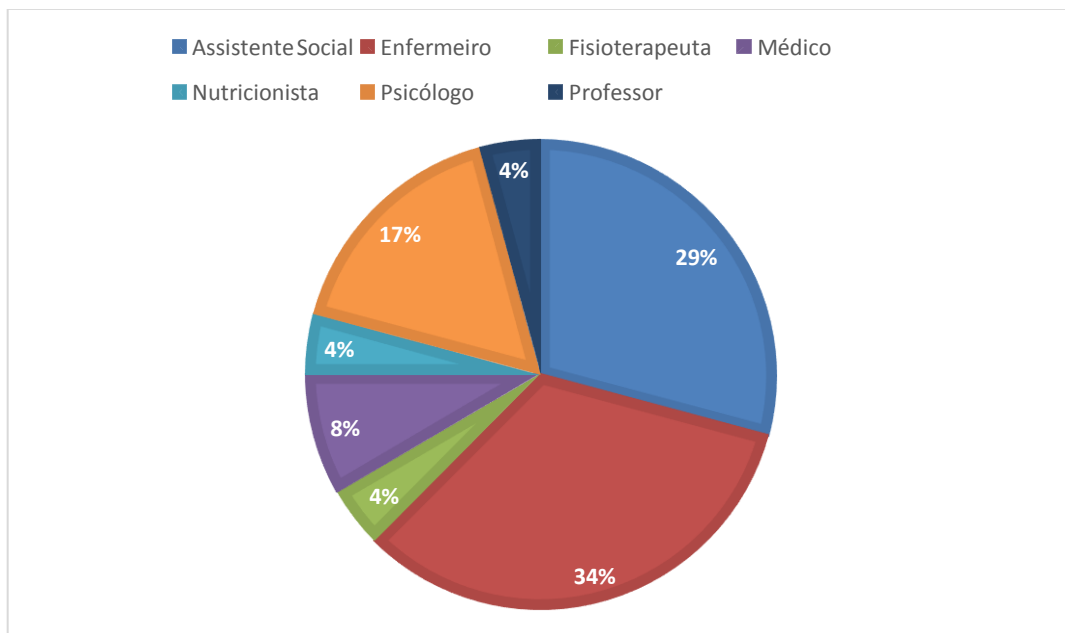
Instituição/órgão de trabalho	Frequência (n)	Porcentagem (%)
Secretaria de Saúde	6	25,0
Creas	3	12,5
Samu	3	12,5
HRJL	3	12,5
Cras	3	12,5
Caps II	3	12,5
Caps ad	3	12,5
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>100,0</b>

**Fonte:** Pesquisa direta.

Essa formação permitiu obter de cada instituição uma participação com características niveladas, de modo a compreender a problemática da saúde mental no que concerne à perspectiva de rede e, assim, vislumbrar possíveis caminhos para a superação de entraves de funcionamento, a partir das análises das informações coletadas, em símile com a base conceitual estabelecida.

Já no próximo gráfico, identifica-se a profissão dos mesmos, com a maioria atuando como enfermeiro (34%) e assistente social (29%). As demais profissões dos participantes da pesquisa são: psicólogo, fisioterapeuta, médico, nutricionista e arte educador.



**Gráfico 2** - Profissão dos sujeitos da pesquisa, Picos-PI, 2016

**Fonte:** Pesquisa direta.

Em termos numéricos, o cuidado tem como primeira referência o profissional de enfermagem, sendo que esse aparece com uma margem de 34% das categorias entrevistadas. O profissional de enfermagem desempenha diversos papéis no cuidado à saúde mental, sendo inserido na maioria dos dispositivos da Raps, de forma que o quantitativo do mesmo se destaca em relação aos demais. Apesar da grande necessidade de profissionais, é possível observar a precarização dos vínculos trabalhistas e a necessidade de os mesmos assumirem diversos vínculos trabalhistas, como forma de complementar a renda. Segundo Miranda (2009), o princípio que rege a Enfermagem é a responsabilidade de se solidarizar com as pessoas, os grupos, as famílias e as comunidades, visando ao auxílio recíproco entre os sujeitos, no amparo e na sustentação do bem-estar.

Os assistentes sociais aparecem como a segunda categoria mais entrevistada. É notável o crescimento de profissionais do Serviço Social na saúde e na saúde mental, principalmente após a Constituição Federal de 1988, que traz a saúde como pública e universal, e os assistentes sociais são reconhecidos pela atuação em políticas públicas e pela defesa de direitos sociais.

É interessante notar que por mais que a saúde mental seja tradicionalmente conhecida por ser um campo de atuação do “psi” – psiquiatras, psicólogos – esses

profissionais não são os mais frequentes na pesquisa em tela, que conta com maior número de enfermeiros e assistentes sociais.

A área da psicologia aparece com uma margem representativa em torno de 17%. Na saúde mental, o psicólogo é convocado a desenvolver estratégias para a adaptação “de seu instrumental teórico-prático”, viabilizando a “reintegração” e a “ressocialização” dos usuários por meio do cuidado contínuo. O que requer abordagens participativas, de usuário junto com seus familiares e com a comunidade em geral. Sua cooperação com a gestão de políticas de saúde deve contribuir para a implementação de serviços descentralizados, flexíveis e apropriados aos interesses da clientela (BRASIL, 2004, p. 185).

Já os médicos, aparecem com uma contribuição equivalente a 9%, o que significa que a equipe é formada por uma equipe multidisciplinar. No entanto, tal dado não implica, necessariamente, que não há uma centralização do cuidado na saúde mental no modelo biomédico, ao contrário. A reduzida quantidade de médicos na Raps de Picos aponta uma sobrecarga dos mesmos. Em relação aos médicos, foram entrevistados dois psiquiatras, o que corresponde à metade dos profissionais existentes no município. Tal número reflete uma demanda ainda reprimida, apesar de esse número ter crescido significativamente nos últimos anos, visto que em 2015, segundo dados da Secretaria da Saúde, só havia um profissional para toda a região. No que se refere à rede pública, os únicos serviços que possuem psiquiatras são os Caps. Os demais médicos atendem apenas na rede particular, inclusive sem convênio com planos de saúde. Tal fenômeno reproduz o fortalecimento do setor privado, em detrimento da atenção custeada pelo SUS, deixando a maior parte da população desassistida dessa especialidade médica.

Já os fisioterapeutas, nutricionistas e arte educadores aparecem timidamente no cenário descrito, com uma contribuição equivalente a 4%. Entretanto, a Raps prevê que esses profissionais de fato aparecem como quadro complementar, sem uma obrigatoriedade para funcionamento dos dispositivos.

É necessário abrir um destaque para o arte educador, pois há, muitas vezes, um desconhecimento a respeito desse profissional, que está presente na equipe do Nasf, segundo a Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, considerado um profissional com formação em artes e educação.

Nos dizeres de Mattos (2007), a importância desse profissional se refere ao desenho e à implementação criativa de projetos lúdicos, pedagógicos e criativos no

campo da saúde mental, possibilitando o desenvolvimento de habilidades dos usuários, de acordo com as especificidades pertinentes a esse contexto. Pela criticidade e a capacidade de leitura aprofundada de espaços sociais delicados, o arte educador tende a oferecer muito ao contexto das Raps.

Os achados do estudo apontam a existência de profissionais de diversas áreas do conhecimento na Raps de Picos, o que significa que há um alinhamento com as diretrizes da política de saúde mental nacional, que aponta como uma das mudanças na assistência psicossocial, o cuidado por uma equipe multiprofissional. Entretanto, chama-se a atenção que isso não implica que, necessariamente, essa equipe estará atuando de forma interdisciplinar.

Uma característica que se observou em todas as categorias profissionais no geral, com exceção dos psiquiatras, foi a precarização dos vínculos trabalhistas e a falta de identificação dos trabalhadores com a saúde mental. Segundo os mesmos, a escolha por atuar nessa área se deu por oportunidade de emprego.

Em relação à formação dos profissionais, observou-se que a maioria (66,7%) tem o título de especialista, e os demais, ensino superior completo. Destaca-se que nenhum dos profissionais ou gestores que participou do estudo tem mestrado e/ou doutorado.

Apesar de a maioria informar possuir algum tipo de especialização, apenas 25% referiram ser em saúde mental, e 75% possuíam especialidades em outras áreas de conhecimento. Esse dado demonstra não existir uma preocupação, no momento da contratação, em buscar profissionais com perfil capacitado e direcionado à saúde mental, ou mesmo de realizá-la enquanto política de pessoal, no transcurso da carreira, o que seria de grande importância no momento da execução das políticas.

Sobre o tempo de formados, 12 possuíam entre 01 a 05 anos de formado, a contar da data de coleta da pesquisa, em 2016, portanto, com a formação recente. A pouca experiência profissional na especialidade pode interferir na forma como os mesmos atuam nos dispositivos, requerendo a educação permanente para suprir possíveis lacunas na formação acadêmica. É possível constatar isso nos depoimentos, nos quais se observou que existem muitas dúvidas sobre as condutas mais adequadas na rotina do cuidado, e os mesmos, muitas vezes, não se enxergam sequer como parte da Raps. Incertezas quanto à definição do papel de referência, pois alguns trabalhadores ainda não sabem ao certo quais são as

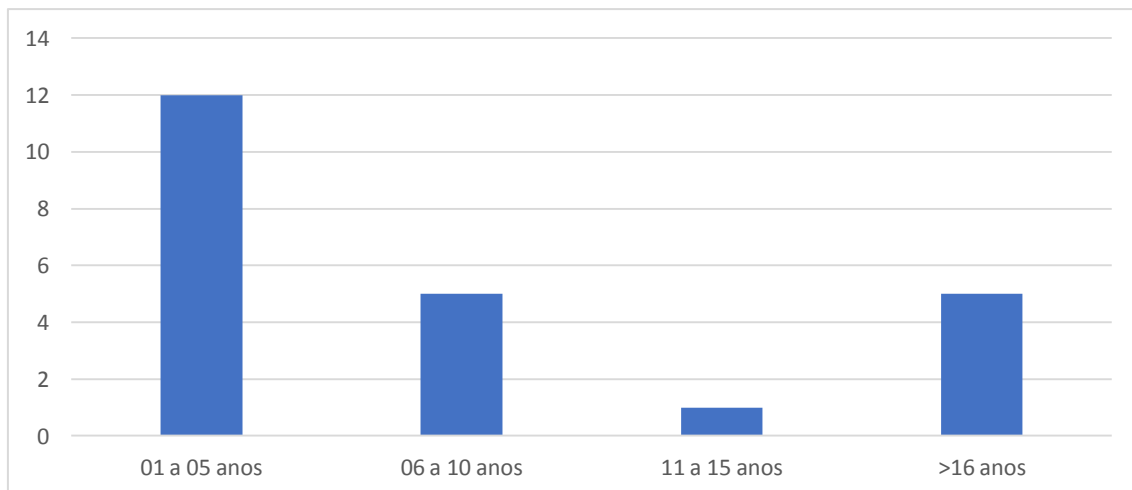
funções e a responsabilidade de quem está exercendo a referência, ou até mesmo quem pode exercê-la. Além disso, constatou-se que há dúvidas que apenas com capacitações periódicas poderiam ser elucidadas. Assim sendo, constatou-se que a política de saúde mental deve isso aos mesmos, independentemente das iniciativas próprias que a pró-ação de cada um deveria nortear.

Contudo, aqui o inverso também se aplica, uma vez que 5 profissionais registraram de 6 a 10 anos de formados: 1 tem de 11 a 15 anos e 5 na casa dos 16 anos. Então, quando não há reciclagem, a experiência anterior pode se tornar uma barreira à aceitação de novas ideias, como pode ser constatado na fala a seguir. Leia-se:

Eu não sei pra que existe o Caps ad, não vejo a mínima utilidade, o paciente passa o dia lá, quando é a noite está usando a droga; eu não acredito nesse tipo tratamento. [...] Eu acho que o tratamento do dependente de droga tem que ter confinamento (T2 – Caps II).

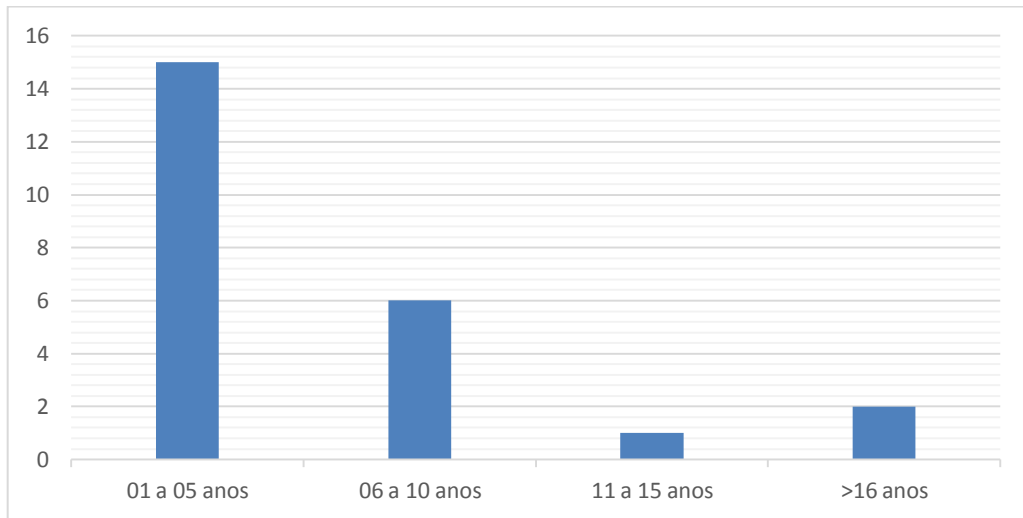
A essência desse depoimento é revelador de que ser humano algum se sustenta apenas em diplomas. As informações podem ser melhor visualizadas no gráfico a seguir.

**Gráfico 3** - Tempo de formado dos sujeitos participantes do estudo, Picos-PI, 2016



**Fonte:** Pesquisa direta.

Aliado às informações sobre o tempo de formação, foi questionado também sobre o tempo de atuação desses sujeitos na saúde mental, conforme o gráfico a seguir demonstra:

**Gráfico 4** - Tempo de serviço no atendimento à Saúde Mental, Picos-PI, 2016

**Fonte:** Pesquisa direta.

Um importante dado revelado é acerca do vínculo profissional dos participantes da pesquisa, em que se constatou que o número de profissionais com vínculo efetivo, ou seja, que ingressaram pela via do concurso público, é pequeno – dos vinte e quatro participantes, apenas seis. Dos demais, quinze são contratados e três são celetistas. Essa informação é relevante também para a reflexão acerca da precarização do trabalho no local e sobre a estabilidade oferecida aos profissionais – que será analisado no próximo tópico, pois tal dado permeou as falas dos sujeitos nas entrevistas, e impacta na sua atuação profissional.

Essa realidade também implica em dificuldades para capacitar um pessoal que não se sabe ao certo quanto tempo permanecerá na rede. Essa volatilidade demonstra fragilidades políticas que certamente repercutem negativamente na referência e na qualidade do atendimento ao usuário como um todo. Verifica-se que apenas 25% dos entrevistados (6) são efetivos, ou seja, ingressaram mediante concurso público. Assim, prevalece uma situação de instabilidade, ou mesmo de precarização dos vínculos trabalhistas, na política de saúde mental de Picos. Esse ponto será aprofundado no próximo tópico, assim como outros aspectos da fala dos sujeitos, levantados a partir das entrevistas, à luz do referencial teórico, com vistas a responder ao objetivo do estudo.

## 4.2 A INFLUÊNCIA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL DE PICOS-PI

Esta seção objetiva analisar os depoimentos dos participantes na busca por respostas aos questionamentos da pesquisa. Partimos da compreensão dos profissionais e gestores da Raps do município e dos dados obtidos nos documentos selecionados.

Destaca-se que a análise dos depoimentos foi realizada à luz das leituras e discussões expostas nos capítulos de referencial teórico da tese, que permitiram, a partir de uma análise dialética, uma compreensão mais rica da realidade, em busca das suas contradições, conflitos e historicidades.

A Reforma Psiquiátrica brasileira, de influência italiana, motivou a conformação da política nacional de saúde mental, e preconiza que a assistência em saúde mental deve ser prestada pautada em um modelo comunitário, com acompanhamento de uma equipe multiprofissional e o apoio da família, rompendo com o predominante modelo hospitalocêntrico/asilar.

Entretanto, as variáveis históricas, sociais e políticas repercutem de forma direta no processo de implantação, organização e execução da política de saúde que, por conseguinte, influencia o formato da rede de atenção em saúde (QUEIROZ, 2015). Pois é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios (BRASIL, 2005).

Dessa forma, por mais que a política de saúde mental tenha diretrizes estabelecidas nacionalmente, a forma como essa vai se desenvolver em cada estado e município sofre influência de diversos fatores históricos, econômicos, políticos, sociais e culturais.

Nesse sentido, em Picos, município de médio porte do interior do Piauí, o processo de Reforma Psiquiátrica e sua influência na política de saúde mental local, é marcado por particularidades, nesta pesquisa, foi analisado à luz dos depoimentos dos técnicos e gestores dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial, respaldando-se nos documentos e na literatura da área.

Sobre o que vem a ser a Reforma Psiquiátrica e suas contribuições para a política nacional de saúde mental, verificaram-se compreensões diversificadas dos entrevistados, mas, principalmente, dos profissionais que trabalham nos Caps, cujas

falas estavam em consonância com a lógica da desinstitucionalização, da criação de serviços de cuidado comunitário, da humanização da assistência e da luta pela superação do estigma e do preconceito.

Eu acredito que o maior impacto da Reforma Psiquiátrica é a possibilidade de você integrar a esse usuário as questões que antigamente lhe eram deixadas à margem, por questão de estigma, por questão de exclusão e por questão até de direitos (T2 – Caps ad).

O maior impacto da Reforma Psiquiátrica é o fim dos leitos com cara de prisão. Para mim, é um dos principais, é o fim dos leitos com cara de prisão, porque os leitos eram retratos de prisão (E2 – Caps II).

O impacto da Reforma é imensuravelmente positivo porque no instante em que você começa a trabalhar a desospitalização, você também trabalha a reinserção desse indivíduo na sociedade, está lançando mão de uma abordagem multiprofissional, multifocal (G – HOSPITAL).

Os conceitos de Reforma Psiquiátrica, eles trouxeram ampliação do próprio conceito que a gente tem de cuidado em saúde mental. Então, hoje, por conta da Reforma Psiquiátrica, a gente tem uma organização de Rede que vai além dos serviços especializados, que antigamente a gente tinha o cuidado de saúde mental restrita aos hospitais psiquiátricos e com essa revolução, com essa Reforma, a gente tem esse cuidado que ele é mais aberto e se tem um cuidado que vai além das Instituições especializadas, prestam o cuidado também na Atenção Básica, nos serviços também que ajudam na ressocialização. Então, agora a gente tem uma Rede que se organiza amplamente, vai além da saúde, pra educação, pro social. Então a Reforma trouxe essa visão pra gente (G – Caps ad).

No que tange à influência e aos impactos da Reforma Psiquiátrica na política de saúde mental em Picos, alguns entrevistados ressaltaram que um dos pontos de maior impacto da Reforma, em Picos, foi o novo olhar propiciado à pessoa em sofrimento psíquico:

A Reforma Psiquiátrica brasileira, ela traz um novo retrato do indivíduo e do coletivo. E eu acho que dentro de Picos, isso se instala realmente na necessidade de um olhar diferente para um indivíduo, no momento em que a gente não vê mais como um indivíduo excluído, mas como um indivíduo que ele necessita ser incluído (T1 - Nasf).

Houve mudança quanto à saúde mental com a Reforma. Os pacientes, eles eram tratados como loucos, presos nos manicômios, e com essa Reforma o paciente passou a ser visto como ser humano. Então, eu acredito que houve uma mudança em todo o Brasil, a nível de município também (T1 - Caps ad).

Eu acho que os avanços que tiveram foram a implantação desses novos serviços pro município e eu acho que o município também não tem mais aquela visão de que a pessoa com transtorno mental necessita de uma internação, eu acho que isso melhorou no caso a forma como a Reforma Psiquiátrica é vista (G – ESF).

Já outros entrevistados foram críticos, chegando mesmo a afirmar que não houve construção da Reforma no município, ou que seu impacto foi pequeno, em comparação ao restante do país.

A assistência à saúde mental em Picos manteve, até recentemente, sua assistência às pessoas com transtornos mentais centralizada em um serviço de base hospitalar, que nem mesmo é previsto na política de saúde mental atual: o Hospital-Dia, inclusive enquanto o Brasil avançava na desconstrução dos manicômios e sua gradativa substituição por serviços de saúde mental comunitários.

O Hospital-Dia, aprovado pela Portaria n.º 44/GM, de 2001, é uma modalidade de serviço criada anteriormente à implantação de Caps pelo país, devendo ser, aos poucos, substituída pelos Centros de Atenção Psicossocial, ou outros serviços da Política Nacional de Saúde Mental (BRASIL, 2001b). Dessa forma, os Hospitais-Dia são considerados ultrapassados, se comparados aos Caps, enquanto serviço de tratamento à pessoa em sofrimento psíquico, na concepção da Reforma Psiquiátrica, devido a sua vinculação – reforçada inclusive pelo próprio nome – com o modelo hospitalocêntrico.

Apenas em 2015, 14 anos após a promulgação da Lei 10.216, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica brasileira, o Hospital-Dia de Picos encerrou suas atividades, dando origem ao Caps II, que foi implantado no ano de 2016. Verifica-se, portanto, que o município se encontra em fase de transição, de substituição do modelo hospitalocêntrico para uma assistência psicossocial centrada na lógica do território, através da criação de serviços substitutivos comunitários, compartilhando o cuidado com demais serviços de saúde, como a atenção básica, nos preceitos reformistas.

Um dos principais avanços apontados pela maioria dos entrevistados para a política de saúde mental fortalecer a perspectiva da Reforma Psiquiátrica no cenário de Picos foi a transformação do Hospital-Dia em Centro de Atenção Psicossocial, pois, até então, só existia um Caps no município, do tipo ad, que atendia apenas o público de usuários de álcool e substâncias psicoativas.

Com o fim do Hospital Dia essas pessoas vão para dentro dos Caps, vão para dentro do Centro de Referência, onde as Assistentes Sociais, os Psicólogos, os Terapeutas Ocupacionais podem chegar mais perto da família, podem ter mais um vínculo instaurado junto com a família e assim para o indivíduo (T2 – Caps ad).



Antes nós tínhamos para atender essa demanda, nós tínhamos apenas o Hospital-Dia aqui no município de Picos, e com essa Reforma Psiquiátrica nós tivemos um pequeno avanço com uma estruturação melhor e com a implementação de um Caps II (T1 – ESF).

Essa Reforma Psiquiátrica, ela vem ocorrendo no município de Picos depois que a gente passou de Hospital-Dia para Caps II [...] O que teve de avanço foi isso (G – Nasf).

O modelo proposto pelo Hospital-Dia já estava ultrapassado, tendo duração de 18 anos no referido município. Portanto, essa transformação foi tardia, em relação ao restante do país, e a Portaria nº 3.088/11 não considera esse dispositivo como integrante da Raps, na medida em que ele ainda apresenta um perfil hospitalocêntrico.

Sobre os avanços dessas políticas públicas aqui no município, o que eu tenho de conhecimento também é apenas a implantação do Caps que foi alocado no lugar do antigo Hospital Dia, então é esse avanço a meu ver que chegou no município, referente a essas políticas públicas de saúde mental (T1 – Nasf).

A tramitação do Hospital-Dia de Picos para Caps não foi aceita de modo unânime pelos profissionais do primeiro, apesar do remanejamento de todos os funcionários do antigo para o novo serviço, e gerou resistências diversas.

Dentre as críticas citadas, alguns profissionais disseram que o recurso destinado ao Caps II não estava sendo repassado corretamente, além de os profissionais do Centro de Atenção Psicossocial muitas vezes não estarem preparados para atender à demanda, e por conta disso, muitos usuários se encontravam na situação de desassistência. Além disso, o Hospital-Dia atendia não só a população picoense, mas também os municípios dos arredores. Pode-se verificar isso na fala do profissional a seguir:

O Hospital-Dia foi fechado, pra mim foi uma grande perda, entendeu? Porque eu acho que não havia necessidade de fechar o Hospital-Dia. Fecharam também outros lugares; acho sem sentido isso. Como eu acho sem sentido se diminuir 13 mil leitos psiquiátricos no Brasil, *não* justifica. A população tá aumentando, hoje nós temos pro estado do Piauí o quê? 160 leitos no Hospital Areolino de Abreu. Tínhamos o Meduna que fechou, o Areolino de Abreu foi diminuindo (T2 – Caps I).

Destaca-se que o depoimento acima foi dado por um profissional que trabalhava no Hospital-Dia, e agora trabalha no Caps. Além da crítica ao fechamento do Hospital-Dia, esse técnico alerta que nem todos os profissionais que atuam na

saúde mental defendem o fechamento dos hospitais psiquiátricos, previsto na Reforma Psiquiátrica, como reafirma a seguir:

Eu acho que houve uma desospitalização exagerada, rápida demais, não era pra ter sido desse jeito. Quer dizer, o problema era acabar com os leitos psiquiátricos, e esses pacientes cadê, como é que vão ser tratados? Eu acho que não houve a substituição da coisa (T2 – Caps II).

Além dos problemas com repasse de recursos, têm-se, em Picos, problemas na formação, educação continuada em saúde mental e profissionais que não acreditam na reforma psiquiátrica, seja por desconhecimento ou por ideologia, conforme é possível verificar na fala acima.

Ao se questionar acerca da conformação da política de saúde mental em Picos, e até que ponto ela ocorre à luz dos preceitos reformistas, observou-se que, tradicionalmente, o modelo adotado no município era o hospitalocêntrico, sendo esse, até a dois anos atrás, explícito através da existência do Hospital-Dia, centro de tratamento a pessoas em sofrimento psíquico da região. Isso repercute nos profissionais dos novos serviços de atenção psicossocial, que operacionalizam essa política no dia a dia, e muitas vezes desconhecem o projeto reformista, ou mesmo não acreditam nele.

Cabe destacar que Picos não contou/conta com um hospital psiquiátrico para internação de pessoas, conforme explicitado no segundo capítulo. Na verdade, em todo o Piauí, os únicos manicômios (Meduna e Areolino de Abreu) se localizavam na capital, Teresina. Logo, quando havia necessidade de internação, em Picos e demais municípios, as pessoas eram enviadas para Teresina.

Apesar do fechamento do Meduna, da significativa redução dos leitos no Hospital Areolino de Abreu, e de haver uma expansão de serviços comunitários (principalmente Caps) no interior do Piauí, a ausência de leitos de saúde mental em hospitais gerais fragiliza a atenção a pessoas com transtornos mentais, em situação de crise psicótica, o que faz com que pessoas nessa situação sejam mandadas para Teresina, para breve internação no Areolino de Abreu.

Em outro momento, o mesmo profissional que atua em um serviço psicossocial comunitário, que é o Caps, afirma não acreditar nesse modelo de tratamento, defendendo a internação e a perspectiva manicomial.

Eu não sou muito esse modelo. Eu não vejo entendeu? [...] Eu não sei pra que existe o Capsad, não vejo a mínima utilidade, o paciente passa o dia lá, quando é a noite está usando a droga; eu não acredito nesse tipo de

tratamento. [...] Eu acho que o tratamento do dependente de droga tem que ser... tem que ter confinamento. O que é confinamento? É o paciente ficar em um local 24 horas, por determinado tempo. Ele tem que ser isolado do meio que ele vive, da droga, dos parceiros da droga e tudo. Como é que funciona essas comunidades terapêuticas (T2 – Caps II).

As comunidades terapêuticas (CT) citadas acima, são instituições mantidas por entidades filantrópicas, normalmente relacionadas a fins religiosos, nas quais o indivíduo dependente de álcool, *crack* ou outras drogas é segregado da sociedade, com objetivo de reabilitação. Baseiam-se na disciplina e em normas estritas, como: afastamento da comunidade, trabalho em grupo, laborterapia, abstinência de drogas e sexo, e aplicação de penalidades aos desvios, e visam transformar os estilos de vida e educar os sujeitos para “novos valores, como espiritualidade, responsabilidade, solidariedade, honestidade e amor” (RIBEIRO; MINAYO, 2015, p. 518).

As comunidades terapêuticas são, constantemente, alvo de críticas no país pelos adeptos dos princípios da Reforma Psiquiátrica e do movimento antimanicomial, vistas como avessas às propostas reformistas de não internação, além de serem instituições do terceiro setor, muitas vezes ligadas a fins religiosos, mas recebendo apoio da população e, muitas vezes, investimentos públicos, sem a devida fiscalização e o acompanhamento adequado de profissionais no processo de tratamento – muitas vezes compulsório – do sujeito dependente.

Destaca-se que a política de saúde mental prevê, inclusive, internamento compulsório, desde a Lei 10.216/01; entretanto, o que acontece é que as CTs buscam alterar a legislação, para diminuir o controle do Estado em relação ao tempo de permanência em internamento integral, além de desestimularem a criação dos dispositivos com estrutura adequada a esse tipo de tratamento – que seriam as Unidades de Acolhimento e os Caps III ad. Logo, passa-se a ideia de que a política não funciona porque ela é ruim, no entanto, o que está ocorrendo é o seu sucateamento, e pouco incentivo para reverter sua situação deficitária – envolvendo, portanto, interesses políticos.

Ao manterem as pessoas apartadas da comunidade, perdem-se os vínculos sociais, educacionais, de emprego e de saúde; a recuperação não provoca uma confrontação do sujeito com as drogas, já que ele está isolado em um ‘ambiente seguro’; muitas entidades funcionam precariamente; há administração de medicamentos sem prescrição médica; internações ocorrem indiscriminadamente, de forma involuntária e envolvendo comorbidade com doenças psiquiátricas; há relatos de fundamentalismo religioso, exploração do trabalho em nome da laborterapia e busca de lucro;

existem disparidades entre o prescrito pelas políticas públicas e o praticado nas CT, com ênfase no modelo moral de tratamento e ausência de projetos terapêuticos individuais (RIBEIRO; MINAYO, 2015, p. 520).

Na visão psicossocial, o tratamento oferecido pelas comunidades terapêuticas religiosas constitui-se enquanto forma de violência institucional. Segundo Ribeiro e Minayo (2015), existem muitas denúncias acerca de maus-tratos e violações de direitos em tais entidades, vistas na contramão das políticas contemporâneas de saúde mental e aproximando-as dos antigos manicômios.

No entanto, muitas das críticas tecidas pelo profissional se referem a não implantação de novos serviços, em substituição ao modelo anterior:

Cadê implantação do Caps III? Cadê a implantação dos leitos no Hospital Regional? Cadê a contratação dos psiquiatras que existem em Picos e não foram contratados para o Regional? (T2 – Caps II).

Fica claro, através da pesquisa, que existem trabalhadores da saúde mental de Picos que são contra a desospitalização, ao afirmarem que “não tem para onde encaminhar os usuários com transtorno psíquico”. Isso demonstra um desconhecimento, por parte deles, a respeito dos preceitos da reforma psiquiátrica, que defendem não apenas o fechamento dos hospitais psiquiátricos e a criação de novos serviços substitutivos e comunitários, mas também uma mudança no processo de trabalho da equipe e na gestão da política de saúde mental, através do compartilhamento do cuidado, na escuta, no acolhimento e na criação de vínculos comunitários dentro do território.

Constata-se que a transição vivenciada pelo município, na construção de serviços afinados com a reforma psiquiátrica, tem impactos diretos nos profissionais e gestores da saúde mental – e dos serviços em geral, que dialogam intersetorialmente com a atenção psicossocial –, de forma que esses trabalhadores ainda se encontram em um processo de adaptação ao novo modelo, assim como na comunidade de Picos, que ainda mantém traços culturais do modelo hospitalocêntrico, devido à centralização da assistência ser, historicamente, no Hospital-Dia da região.

Entretanto, o paradigma reformista também se encontra presente na fala de outros profissionais da saúde mental:

Antes trabalhava com o hospital centrado, e agora, o indivíduo é o centro, o usuário é o centro. Então, nem todo mundo sabe trabalhar assim, todo mundo, muita gente aprendeu a trabalhar com a equipe de saúde o centro

das atenções, e não o usuário, então com isso é uma contradição, é uma mudança de perspectiva. A gente tem que mudar essa perspectiva e isso não é fácil, você saber mudar trabalhar, eu tenho que em vez de pensar no diagnóstico, pensar no que a pessoa sente. É mais importante eu saber a doença que ela tem e, do que ela sofre. Então, são mudanças de perspectivas e de paradigmas, então os desafios e contradições, os limites que a gente tem aqui dentro (T1 – Caps II).

O participante acima reflete sobre como as transformações na saúde mental impactaram os trabalhadores, que têm que se adaptar e se reencontrar dentro dos novos paradigmas propostos após a reforma psiquiátrica, apresentando-se favorável à construção de uma rede de atenção psicossocial no município que fortaleça os princípios da reforma.

Assim, para além da criação de novos serviços, aponta-se como desafio a mudança no processo de trabalho da equipe:

Os desafios são: melhorar a questão da estrutura física, os recursos humanos, até mesmo dos processos de trabalhos. Entra também até a questão do próprio profissional, dos seus processos éticos; de como o profissional trabalha, de como o profissional atende (G – ESF).

A própria postura dos profissionais de saúde mental tem mudado muito depois da Reforma Psiquiátrica. Hoje a gente tem esse cuidado de não estar institucionalizando o paciente, porque não é só o ambiente físico que faz isso não é, às vezes até a própria postura profissional, ela acaba incentivando que o paciente se acomode nessa situação (T2 – Caps ad).

A proposta da reforma psiquiátrica em curso no país ultrapassa a saída dos indivíduos com transtorno mental dos hospitais psiquiátricos e a criação de serviços de saúde mental substitutivos. Seu objetivo maior é libertar esses sujeitos da lógica manicomial, o que implica em uma transformação cultural por parte dos trabalhadores, gestores e da sociedade em geral, frente à “loucura”. Sem essa mudança, corre-se o risco de os novos serviços de atenção psicossocial apenas reproduzirem a lógica manicomial anterior. E nisso, o cenário de Picos encontra um grande desafio.

Portanto, é preciso a construção de novas práticas de saúde mental em Picos, dialogadas entre os diferentes serviços e setores, incentivando a autonomia do usuário e buscando-se uma mudança da cultura manicomial e excludente do louco na sociedade em geral.

Nessa direção, destaca-se o papel central da Educação Permanente em Saúde como orientadora de iniciativas de desenvolvimento das equipes e das estratégias de transformação das práticas em saúde mental.

Tão importante quanto à reforma na assistência à saúde mental, surge a necessidade de mudanças no âmbito da formação em saúde mental, de forma que haja a formação de profissionais habilitados para atenderem a esta demanda complexa de cuidado, dentro da perspectiva da atenção psicossocial, sem reproduzir nesses espaços a lógica manicomial (COSTA et al., 2017).

Portanto, a educação permanente na saúde mental possibilita o avanço do novo paradigma –atenção psicossocial – pois permite que os profissionais envolvidos neste cuidado se afetem e se encontrem cada vez mais com essa nova realidade que permeia o campo da saúde mental, a partir de uma lógica que investe na atenção integral, visando à inserção social (COSTA et al., 2017, p. 13).

Assim, aponta-se a importância do incentivo da gestão municipal em estratégias de Educação Permanente, como exigência para que as equipes que compõem a Rede de Atenção Psicossocial incorporem os paradigmas atuais da política de saúde mental, pautados na reforma psiquiátrica. Entretanto, os achados da pesquisa apontam que as ações de capacitações, formação e educação permanente em saúde ainda são incipientes na realidade de Picos, como será aprofundado no próximo tópico.

O próprio preconceito, que ainda se faz presente na comunidade, é um desafio para a política de saúde mental:

Eu acho que o maior desafio ainda é o preconceito. Porque existe muito preconceito para a sociedade. Às vezes têm usuários que não querem nem vir no carro porque dizem que o pessoal vai ver e vai dizer que são doidos. Então, eu acho que o maior sofrimento quanto a isso é o preconceito da sociedade (G – Caps II).

Essa questão da ressocialização para mim é o conceito mais difícil de se colocar em prática, pelos preconceitos que se têm em relação as pessoas com transtorno mental, preconceitos que eles mesmos carregam em relação a eles, as dificuldades que eles vivenciaram; então eu vejo esse sair das Instituições para realmente se inserir novamente no trabalho, ser ativo na sociedade, para mim tem sido uma das coisas mais difíceis assim pra gente conseguir (T2 – Caps ad).

Eu acho que o maior desafio para a promoção do direito da saúde é a gente ultrapassar esse estigma que as próprias pessoas que estão no sofrimento psíquico sentem de si mesmo; elas se sentem à margem da sociedade, se sentem vulneráveis, se sentem sem potencialidades sem direitos, discriminadas (T2 – Nasf).

Ao propor a superação do modelo hospitalocêntrico no atendimento das pessoas com transtornos mentais, a Reforma Psiquiátrica prevê uma mudança na

forma de cuidar, que não afaste esses sujeitos do seu espaço social, elegendo o território como o seu ponto de partida (LIMA; DIMENSTEIN, 2016).

Amarante (2013, p. 86-87) corrobora afirmando que:

Os serviços de atenção psicossocial devem procurar ao máximo desenvolver suas habilidades em atuar no território, que não se traduz ao espaço geográfico [...] mas deve ser capaz de desenvolver com relação aos vários recursos existentes no âmbito de sua comunidade. [...] Em outras palavras, os serviços de atenção psicossocial devem sair da sede do serviço e buscar na sociedade vínculos que complementem e ampliem os recursos existentes.

No entanto, a perspectiva que defende a construção da atenção psicossocial no território, na qual diferentes serviços, políticas, trabalhadores e comunidade têm um papel, parece não estar clara para todos os trabalhadores e gestores da rede de Picos.

Nesse horizonte, também se destaca a necessidade de que os serviços de saúde mental do município realizem ações no território:

Eu vejo como um desafio essas Políticas saírem também de dentro dos muros, das Instituições... quando a gente faz as atividades na Rede ou na rua, quando a gente leva esses pacientes para sociedade para que eles possam ser vistos, serem reconhecidos como sujeitos de direitos, como cidadãos (T2 – Capsad).

Constata-se que desinstitucionalização, na perspectiva da construção de um novo lugar social para a “loucura”, que permita à pessoa em sofrimento psíquico conquistar sua autonomia dentro do território, envolvendo operar uma transformação em vários níveis de relações na sociedade, ainda precisa ser melhor trabalhada na política de saúde mental de Picos.

#### 4.3 MUDANÇAS NA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL DE PICOS-PI QUE REFLETEM AS RECOMENDAÇÕES DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL

No percurso de desenvolvimento da saúde mental em Picos, evidenciam-se movimentos em consonância com o panorama nacional e a trajetória para o desenvolvimento da Política Nacional de Saúde Mental, com peculiaridades específicas, em virtude das diversidades e desigualdades evidenciadas no país e, no caso, presentes por se tratar de um município do interior do Piauí, um dos estados mais pobres do Brasil.

Foi somente após o ano de 2015 que o município passou a adotar as recomendações da Política Nacional de Saúde Mental, com o fechamento do Hospital-Dia e sua substituição por um Caps do tipo II. Há um incentivo, mesmo precário, por parte dos gestores municipais, em realizar a transição necessária para implantação da reforma psiquiátrica em Picos, principalmente após a aprovação da Portaria nº 3.088/11, que se refere à Raps. Esse incentivo é percebido pela criação de mais serviços, pelas capacitações realizadas pela gestão e pelas parcerias estabelecidas via CIB.

No entanto, após 15 anos da promulgação da Lei nº 10.216/2001, o município ainda conta com uma assistência psicossocial insuficiente à demanda por esses serviços, sobretudo das muitas comunidades dos arredores, que tinham Picos como referência no tratamento, deslocando-se até o local para tal finalidade.

Nota-se que em 2016 – ano em que foi realizada a pesquisa – o município encontrava-se em um processo de transição, dos moldes manicomial para os moldes da reforma. Isso ocorre com bastante atraso, se comparado com o cenário nacional, que desde 2001 vem avançando na redução dos leitos em hospitais psiquiátricos e na criação de serviços psicossociais comunitários.

No ano de 2013, a Comissão Intergestores Bipartite do Piauí (CIB-PI), em sua 199ª reunião ordinária, decidiu pela aprovação das Resoluções de número 29 e 80, que previam o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial no Território Vale do Rio Guaribas e a implantação de novos serviços voltados para assistência à saúde mental nos municípios da região.

Nesse sentido, o Ministério Público do Estado do Piauí (SANTOS, 2015) divulgou um levantamento feito em 2014, que previa, por meio de um Termo de Ajustamento de Conduta, a implantação dos seguintes serviços nos municípios de Picos-PI, até o fim de 2015: 01 Caps II; 01 Caps ad III; 01 Caps infantil; 01 Unidade de Acolhimento Adulto; 10 leitos de atenção psicossocial no Hospital Regional Justino Luz e 01 Residência Terapêutica – Tipo I. Os serviços encontravam-se em situação de pactuação por Comissão Intergestora Bipartite (CIB) e Comissão Intergestora Tripartite (CIT), e muitos, no período de realização da pesquisa, ainda não haviam sido implementados. Verifica-se, portanto, que a implantação do Caps II não foi decisão da Secretaria de Saúde, mas imposição do Ministério Público (MP).

No ano de 2016, a Rede de Atenção Psicossocial de Picos era formada por: Atenção Básica (36 ESF, 6 Nafs), 1 Caps II, 1 Caps ad, Samu e 1 Hospital Regional.



Encontrava-se em andamento a implementação de 1 Caps I, 1 Unidade de Acolhimento e 1 Residência Terapêutica. Cabe evidenciar, no entanto, que a rede em implantação no município não corresponde à Raps necessária, preconizada pela Portaria de nº 3.088/11 (BRASIL, 2011), pois diversos componentes da rede não estão presentes no município, principalmente no que se refere à dimensão hospitalar e de urgência e emergência, o que compromete o atendimento a pessoas com transtornos mentais em situação de crise psicótica. Essas se encontram em situação de desassistência e, muitas vezes, são encaminhadas para Teresina, para internação no Hospital Areolino de Abreu.

O município de Picos-PI faz parte do Território do Vale do Guaribas que, por meio de pactuações, possui ainda relação de rede com outros municípios vizinhos, a partir das articulações. A Raps desse território foi instituída pela Portaria Ministerial n.º 3.088/11 (BRASIL, 2011).

No entanto, em 2016, no ano em que foi realizada a pesquisa de campo, através das entrevistas e questionários com profissionais da assistência técnica e gestores, Picos, mesmo em passos lentos, avançava na implantação dos serviços para compor uma Rede de Atenção Psicossocial adequada a atender os direitos das pessoas com transtorno psíquico e usuários de álcool, *crack* e outras drogas.

O grande avanço da política de saúde mental de Picos foi a criação e a expansão dos dispositivos da Raps; o desafio agora é utilizar-se dos dispositivos já existentes e conduzir o rearranjo da rede, de modo que o acesso aos serviços em todos os seus níveis de atenção seja garantido, articulando estes pontos de atenção entre si e fortalecendo-os.

Ademais, outro desafio verificado se dá, dentre outros aspectos, à superação da cultura hospitalocêntrica e manicomial que prevalece nessa realidade, percebida na fala de profissionais que atuavam nos serviços de saúde mental, e também no modelo de gestão municipal, que precisa demarcar mais claramente seu compromisso com uma política de saúde mental pública e em compasso com a reforma psiquiátrica.

Embora tenham acontecido vários planejamentos e ações nos últimos anos pelas políticas estadual e municipal de saúde, a atenção à Política de Saúde Mental na cidade de Picos ainda tem sua implementação bastante incipiente.

Um dos maiores avanços em relação à Raps de Picos, no ano de 2016, deu-se devido à pactuação da região do Vale do Guaribas na criação de mais serviços

de saúde mental. Entretanto, no ano de 2017, com a mudança de gestão em diversos municípios que compunham essa região, as pactuações não foram cumpridas, e os gestores tomaram a decisão de fazer novas pactuações, que até o presente momento (primeiro semestre de 2017), não foram realizadas ainda. Tal fator demonstra como a questão política e a descontinuidade na gestão tem influenciado e colocado barreiras e desafios na conformação da Raps da região.

Destaca-se que a conjuntura e o desenvolvimento político têm grande influência acerca da consolidação da rede, pois a saúde mental, por fazer parte de uma política pública/social, demanda do Estado o interesse político pela sua implantação, continuidade e avanço. E no cenário vivenciado na atualidade, em âmbito nacional– e que tem rebatimentos nos estados e municípios –, com destaque ao ano de 2017, conforme discutido no capítulo anterior, as políticas públicas/sociais, cada vez mais, não vêm sendo vistas como prioridade pelo poder público e pelos gestores, que avançam em um projeto neoliberal e privatista, de sucateamento do Sistema Único de Saúde e, conseqüentemente, da Política de Saúde Mental e da Rede de Atenção Psicossocial.

#### 4.4 DESAFIOS E CONTRADIÇÕES NA CONSTRUÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE PICOS-PI

Em relação aos desafios e dificuldades para construção da Rede de Atenção Psicossocial e o fortalecimento da política de saúde mental em Picos, apontados pelos entrevistados, destacam-se: a fragmentação da gestão e descontinuidade das ações; a necessidade de maior investimento da gestão municipal para criação de mais serviços e capacitar as equipes dos serviços já existentes; incipiência de serviços que conformam a rede e a desarticulação da rede existente, assim como falta de diálogo entre os serviços e os profissionais; necessidade de criação de leitos psiquiátricos no hospital geral, para atender pacientes em crise; a necessidade de melhoria na estrutura física nos serviços; o número de profissionais reduzidos para a demanda; a falta de medicação; o preconceito que ainda ronda as pessoas com transtornos mentais na sociedade em geral, e em Picos não é diferente.

O processo de construção da política de saúde mental no município foi marcado por constantes mudanças de gestores, o que fragmentou as ações e impactou na sua continuidade. As tentativas de implantação da Raps nesse

território, por conta da mudança de prefeitos e secretários de saúde em Picos, teve uma característica de recomeço, protelando as ações da rede.

A fala do participante reforça que a descontinuidade das ações leva a uma fragmentação da rede de atenção psicossocial:

Nós vivemos dentro do Piauí, há muitos anos, uma Rede furada. Vivemos um mar que não há continuidade, uma pontualidade das ações. Então, enquanto não tem essa pontualidade das ações, a Rede não vai funcionar e não há um fortalecimento (E1 - Caps II).

A gente teve uma política segmentada por vários motivos de mudanças de prefeitos e secretários, isso de certa forma interrompeu o processo, pausou. Porque um secretário ia até determinado momento, ele saía, mudava pra outro secretário e ele tinha que começar a pegar o pé da situação pra iniciar todo o processo de novo (C1 - Caps II).

Destaca-se que a coordenação de saúde mental de Picos foi implantada apenas em outubro do ano de 2015, evidenciando que o investimento na atenção a essa política no município é recente.

A problemática da falta e/ou pouco investimento e atenção da gestão da política de saúde mental em Picos foi destacada em diversos momentos das entrevistas, com profissionais de diferentes serviços:

Na verdade, eu acho que todo esse processo da Reforma Psiquiátrica em relação à desinstitucionalização, desospitalização desse paciente, ele realmente teve grandes avanços, porém, um grande, um limite, um desafio, é justamente a questão gestão (T1 – ESF).

As dificuldades na execução das Políticas de Saúde Mental em Picos, uma das principais é a gestão. E também, vem a gestão, o financeiro e até os Recursos Humanos mesmo. Gestão, por quê? Porque a gestão ela mostra, ela monta aquelas coisas, mas não dá aquele apoio (T2 – Samu).

Eu acho que tem dificuldade pela falta dos gestores em encarar a Política de Saúde Mental de uma forma mais urgente, no caso, visando melhorar a saúde do município [...] dos gestores em si, de terem essa visão, de trazerem, de terem verbas para implantar os serviços (T2 – Nasf).

O problema mesmo maior que nós temos são interesse em termos de gestão, e nesse caso eles têm suas limitações, que geralmente esbarram na questão financeira e logística (G – Samu).

Outra crítica apontada pelos entrevistados em relação à gestão se refere à necessidade de mais capacitações e treinamentos para os profissionais que atuam na Rede de Atenção Psicossocial.

Aqui a gente não tem essas capacitações. Aqui é muito pobre nisso. Que era uma coisa que era pra acontecer frequentemente, então fica muito difícil a gente entender o que é isso e até mesmo fazer esse encaminhamento

dos pacientes, aí temos essa dificuldade porque não temos essa capacitação. Assim, a dificuldade é justamente encaminhar esse paciente, a gente fica sem saber pra onde, pra onde mandar? (T1 – HOSPITAL).

Em relação aos desafios e perspectivas da saúde mental na efetivação da Raps? É a falta de treinamento, como eu disse pra vocês, e informação. Eu não sei nem o que é a Raps, eu vim saber agora que vocês estão aqui comigo [...] A dificuldade da gente é tanta que às vezes a gente não sabe nem pra onde levar o paciente[...]As dificuldades é a questão mesmo do atendimento quando a gente vai fazer; a gente às vezes não sabe nem como lidar com paciente e familiar, não tem nenhuma resposta para dar a eles (T2 – Samu).

Capacitação mesmo, aqui no município só teve uma com uma psiquiatra de Teresina, e assim, eu acho que ainda há uma falha muito grande na Rede por conta de capacitação na área de saúde mental. Eu acho que o município ainda está em falha. Eu acho que a dificuldade é de gestores, da coordenação geral, coordenação de saúde mental, se articular com o município, se articular mais com a Rede e tentar buscar mais proximidade com a Raps (T2 – Caps II).

Foram poucas as capacitações, nem todos têm a especialização em saúde mental, mas sempre existe uma boa vontade por parte dos profissionais, mas não significa que isso é o suficiente. Não resta dúvida que com um melhor acompanhamento, uma coisa direcionada realmente voltada pra saúde mental de Picos pra qualificar os profissionais seria de suma importância (T1 – Caps ad).

Assim, observa-se que de uma forma geral, os participantes da pesquisa foram unânimes ao falar da necessidade de mais capacitações e treinamentos voltados para a saúde mental e para a Raps.

Entende-se ser a capacitação uma das estratégias mais usadas para enfrentar os problemas de desenvolvimento dos serviços de saúde. Segundo Davini (2009), grande parte do esforço para alcançar a aprendizagem para as equipes de saúde ocorre por meio da capacitação, que são ações intencionais e planejadas que têm como missão fortalecer conhecimentos, habilidades, atitudes e práticas que a dinâmica das instituições não oferecem por outros meios, pelo menos em escala suficiente. Espera-se, por meios das capacitações e da formação continuada em saúde:

Melhorar o desempenho do pessoal em todos os níveis de atenção e funções do respectivo processo de produção; contribuir para o desenvolvimento de novas competências, como a liderança, a gerência descentralizada, a auto-gestão, a gestão de qualidade etc.; servir de substrato para transformações culturais, de acordo com as novas tendências, como a geração de práticas desejáveis de gestão, a atenção e as relações com a população etc (DAVINI, 2009, p. 40).

Sobre as ausências das capacitações, os achados da pesquisa apontam críticas por parte dos profissionais da saúde mental, principalmente equipes que

atuam nos serviços do Samu, hospital regional e ESF, que destacaram que não têm o conhecimento adequado, referente à política de saúde mental, e nem a qualificação necessária para responder às demandas de saúde mental que chegam até eles.

As possibilidades para melhorar a qualidade da Raps, do serviço da Rede de Assistência Psicossocial, dentre outros, eu diria que a qualificação de profissionais. Tem que existir a especialização, capacitações. Porque fica muito difícil trabalhar em algo que realmente o profissional não tenha o conhecimento suficiente. Seria uma das possibilidades. Uma outra possibilidade que eu já falei bem anteriormente aí, bem pelo fato de já ter falado, a questão de realmente a Rede funcionar, mas essa Rede só vai funcionar se de fato existir uma qualificação de profissionais (T1 - Samu).

As capacitações são apontadas também como forma de qualificar os trabalhadores da rede de atenção psicossocial e, portanto, como uma possibilidade de atuação, e de formação e educação continuadas. A dificuldade em acessar informações consideradas básicas para atuar na política de saúde mental foi constatada na entrevista com diferentes profissionais que, na maioria das vezes, culpabilizavam a gestão por isso:

A gente ainda sente um pouco interesse do gestor em trabalhar essa temática dentro da estratégia de saúde da família com profissionais, com capacitação para que a gente possa até capacitar as próprias famílias. Está aí uma grande dificuldade que é pouco investimento da gestão na capacitação de profissional (E1 – ESF).

Relembrando o que foi dito no capítulo anterior, a educação permanente em saúde faz parte de uma política do governo federal, e que deve ser implantada em todos os estados e municípios, e, apesar do constatado avanço nos últimos anos, em relação ao incentivo da educação em saúde, em Picos, percebe-se que há fragilidade por parte da gestão nesse aspecto, deixando uma lacuna na formação continuada dos profissionais, o que impacta negativamente a rede e a efetividade dos serviços prestados.

No entanto, em outras falas, outros participantes destacaram que no último ano houve algumas capacitações, mas o que ocorreu foi uma dificuldade de adesão por parte dos trabalhadores, principalmente dos profissionais de nível médio. Portanto, questiona-se se não há também um desinteresse de alguns profissionais em se qualificar; ou se eles têm disponibilidade, quais são suas condições de trabalho; se têm horário disponível. Afinal, não basta ofertar qualificação, deve-se verificar essas questões.

Destaca-se, ainda, que educação permanente fora dos serviços especializados em saúde mental, como atenção básica e serviços hospitalares de urgência e emergência, ainda é frágil. Ademais, a questão da precarização das relações de trabalho também aparece como um desafio para a Raps de Picos. A realidade do município conta com a maioria de profissionais contratados, em detrimento dos concursados. Isso fica ainda mais evidente para os gestores que, muitas vezes, não possuem a qualificação necessária para exercer a função e propiciar o desenvolvimento das ações do setor psicossocial de maneira adequada.

Não se pretende colocar que a gestão apresente-se como mais importante para a assistência, mas ocorre que em se tratando da rede, para que a mesma tenha suas necessidades e carências supridas, é necessário um trabalho continuado dos gestores pela necessidade de reconhecimento das demandas e implementação de ações de acordo com o contexto. Além disso, é importante ressaltar que, de maneira geral, a maior parte dos profissionais integrantes da Raps trabalha por meio de contrato, sendo esse temporário e também sem grande atenção à questão curricular e formação, que são extremamente importantes para o desenvolvimento do serviço.

É nítido que a rede não é um conjunto de setores que deve participar da assistência e atenção psicossocial, mas que as partes devem estar associadas, para que seja efetiva.

Em geral, os participantes revelaram que a questão da desarticulação entre os serviços e os profissionais da rede aparece como um grande desafio:

As dificuldades maiores são a própria falta de articulação. Como qualquer outra política, não só na política de saúde mental, uma das principais dificuldades é a articulação da Rede; é o envolvimento de toda a Rede para poder ter o conhecimento sobre as políticas, no trabalho que essas políticas realizam pra poder chegar até realmente a influência real daquela política junto com os usuários (T1 – Nasf).

Nós não temos uma integração formal entre os serviços, cada um tem sua função, mas falta essa integração. Por essa falta de contato, nós não temos muita referência; cada serviço faz sua parte dentro daquilo que acredita ser sua função, e fica sempre a questão da continuidade, nós não temos uma formalização disso não (G – Samu).

O que eu entendo sobre essa rede é que é uma articulação entre os órgãos de saúde do município, que é para ter um contato entre: Samu, Caps, PSF, Hospital, Secretaria de Saúde, uma coisa que não ocorre de maneira nenhuma [...] O que está faltando para que essa Raps seja efetivada é a comunicação dos setores de saúde; é a falta de comunicação (T1 – Samu).

Eu percebo que não existe ainda uma rede, uma rede integrada, então eu acredito que a Política era para existir toda uma Rede, todos os pontos da Rede e serem conectados, eu acho que ainda não existe isso aqui (T2 – ESF).

Então, esse circular na rede é um grande desafio que a gente tem; eu acho que pra Raps ainda falta as parcerias de Instituições que poderiam nos ajudar na reabilitação psicossocial [...]. Eu acho que na Raps falta isso: a questão da comunicação, às vezes que é agilizada em Rede (T2 – Caps ad).

Não existe aquele feedback [...] Aquela comunicação que poderia inserir um novo modelo de atuação. Então, essa estrutura atualmente no município, ela está, na verdade desestruturada, desestruturada por conta de falta realmente de comunicação entre os pontos da Rede (T1 – Caps II).

Em relação às dificuldades na execução das Políticas de Saúde Mental, nós percebemos que a grande dificuldade é que os pontos da Rede, eles se distanciam, eles até existem, mas eles são distanciados, é preciso fazer o maior esforço para que podemos alcançar algum ponto, para que seja efetivado realmente o trabalho com êxito. E como elas influenciam na sua efetivação, nós vemos que com essa distância ela pode aqui influenciar na sua efetivação de forma negativa, por não ter esse contato (T2 – ESF).

A partir dos depoimentos, observa-se que o processo de transição vivenciado na política de saúde mental em Picos apresenta como desafio a articulação entre os serviços e os profissionais, e mantém uma lógica de fragmentação e atuação parcial.

Apesar de os participantes da pesquisa, de uma forma geral, destacarem que houve uma ampliação de serviços voltados para atender o público com transtorno mental e usuários de substâncias psicoativas no município, o que implica em um avanço na conformação de uma Rede de Atenção Psicossocial, entretanto, tanto os técnicos quanto os gestores afirmaram que ainda é necessário caminhar muito para que essa rede esteja atuando de forma intersetorial e a equipe atuando interdisciplinarmente.

Outra questão que foi destaque nas falas dos sujeitos foi o atendimento aos sujeitos na saúde mental. Destaca-se que a Raps exige a mudança na forma de se acolher a pessoa em sofrimento psíquico, na medida em que ela foi pensada com o intuito de libertar os sujeitos da lógica manicomial que molda as escolhas e os projetos de vida, dando chances reais de reinserção social e de construção de projetos pessoais. É preciso estabelecer o trabalho intersetorial com serviços e políticas sociais governamentais e não governamentais, a fim de dar sustentação à reforma psiquiátrica (QUEIROZ, 2016). Isso remete à necessidade também de se repensar o processo de trabalho das equipes de saúde, a partir da perspectiva de uma clínica

ampliada, no compartilhamento do cuidado no território, para além da lógica pontual do encaminhamento.

A gente trabalha na parte do encaminhamento. O paciente chega aqui no Hospital, aí a gente encaminha o paciente. Quando o paciente está estável, a gente reencaminha pra Rede – o Caps. E quando o paciente continua na crise, a referência aqui é o Areolino de Abreu (T2 – HOSPITAL).

Observa-se que em Picos ainda prevalece uma lógica de rede e intersectorialidade limitada, vista enquanto mero encaminhamento, como se observa na fala de muitos entrevistados. A redução da atuação em rede apenas ao encaminhamento, ou seja, ao “repasso” do usuário a outro serviço ou política, faz com que a perspectiva de fragmentação e segmentação da rede permaneça, levando a uma desresponsabilização dos profissionais e dos serviços, diferentemente da proposta da Reforma Psiquiátrica, que defende o compartilhamento de responsabilidade no cuidado à atenção psicossocial.

Nesse sentido, os profissionais do Caps ad de Picos destacam, ainda, dificuldade em dialogar com outros serviços, por resistência de alguns profissionais em trabalhar com demandas de saúde mental, pois as veem como responsabilidade exclusiva do Caps, e não da rede:

Enquanto Rede, eu ainda vejo alguns desafios à própria resistência dos outros dispositivos de trabalharem com saúde mental, então a gente tenta amadurecer, não é porque o paciente é do Caps que ele deixe de ser responsabilidade da Atenção Básica, não é porque ele está aqui no Caps que ele tem Assistente Social que ele não pode procurar Assistente Social no Cras, então esse circular na Rede é um grande desafio que a gente tem (T2 – Caps ad).

A Rede de saúde mental não funciona na cidade de Picos, não porque já não tenha tido uma articulação, mas é porque, por entraves dos próprios profissionais que eles muitas vezes acham que por exemplo: o paciente é do Caps ad, então a outra parte do serviço, ela não tem nada a ver com eles. “Pega,Caps, que o filho é teu!” (T1 – Caps ad).

É urgente ultrapassar a lógica segmentada de pensar que “esse paciente não é meu”, que reduz o sujeito em fragmentos, gerando meramente um repasse de responsabilidades entre profissionais e serviços.

É importante lembrar que, segundo Medeiros (2015), uma das condições para que ocorra um cuidado integral em saúde é responsabilização, que compreende elementos éticos, técnicos e políticos do ato de cuidar da saúde por parte das equipes de diferentes serviços que compõem a rede territorial onde se encontra o usuário.



Logo, a rede está em construção, e sua articulação deve ser feita cotidianamente, através dos trabalhadores, e estimulada pelos gestores.

A ideia fundamental aqui é que somente uma organização em rede, e não apenas um serviço ou equipamento, é capaz de fazer face à complexidade das demandas de inclusão de pessoas secularmente estigmatizadas, em um país de acentuadas desigualdades sociais. É a articulação em rede de diversos equipamentos da cidade, e não apenas de equipamentos de saúde, que pode garantir resolutividade, promoção da autonomia e da cidadania das pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2005, s/p).

Nessa perspectiva, alguns sujeitos reforçam a perspectiva de que a articulação da rede é um desafio não apenas para os serviços, mas para os profissionais e gestores que os compõem, bem como a rede também envolve a participação da própria comunidade.

Falta articulação, não de serviços, mas de pessoas; os serviços são importantes, a implantação, a ampliação desses serviços, eu tenho um Caps Infantil pra criança, é importante. Mas eu preciso também envolver o quê? O desafio da Rede que eu acho maior, é o envolvimento de toda a comunidade. Pra eu ter uma saúde psicossocial, mental das pessoas, eu preciso ter o social, eu preciso ter o lazer, eu preciso ter a escola, eu preciso ter educação, eu preciso ter pais comprometidos, então assim é muito fatorial, é muito difícil isso (T1 – Caps II).

O desafio, eu acredito, que seja fazer com que todos os profissionais, todos os cidadãos também que utilizam o SUS entender que isso é para ser uma Rede integrada, que deve ter a comunicação. Que apesar da gente ter já os pontos da Rede, mas talvez falte a comunicação a integração entre a Rede (T1 – ESF).

Os depoimentos também apontam que o hospital público de referência do município encontra nítida dificuldade para a assistência à pessoa com transtornos mentais e aos usuários de substâncias psicoativas, a ponto de muitos casos serem encaminhados diretamente ao Hospital Psiquiátrico Areolino de Abreu, localizado em Teresina, capital do Piauí.

Cabe destacar que o hospital geral de Picos não conta com leitos especializados em saúde mental, conforme previsto na Portaria 3.088/2011. Na realidade, esse componente apresenta o “nó” da Raps no Piauí, na medida em que a quantidade de leitos no Estado é reduzida e insuficiente para a demanda.

Os procedimentos utilizados iniciam-se com a acolhida no hospital como um atendimento geral, onde os usuários ficam internados e, no geral, são encaminhados pelos técnicos do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu). Esse, por sua

vez, também apresenta falhas e dificuldades nessa assistência, carregada ainda de traços do atendimento hospitalocêntrico.

O Samu faz parte do eixo de urgência e emergência da Raps, sendo um importante componente dessa, principalmente por ser o último nível antes da internação psiquiátrica, acabando por se tornar um observatório do sistema de saúde, lugar privilegiado para perceber os pontos em que o fluxo da rede estanca, detectar problemas e desenvolver estratégias mais resolutivas (JARDIM; DIMENSTEIN, 2007).

Entretanto, em estudos realizados pelo país, verifica-se uma grande resistência do Samu em prestar socorro, recusando-se a atender aos casos de pessoas em sofrimento mental agudo ou, mais grave ainda, a utilização corrente de procedimentos que trazem a marca dos métodos clássicos empregados costumeiramente pelos hospitais psiquiátricos, bastante semelhantes à tortura, como a imobilização mecânica, usada como punição (JARDIM; DIMENSTEIN, 2007).

No caso da realidade de Picos, os profissionais e o gestor do Samu entrevistados, destacam que não se sentem parte da Rede de Atenção Psicossocial:

A Raps aqui de Picos está estruturada como Caps II, tem o Nasf nos PSFs, e tem o Hospital; o Samu não está envolvido nessa Rede, não está que eu saiba não, até o momento tem essa falta de articulação (T1 – Samu).

Nós não temos um link próximo ainda com os outros serviços da Raps (G – Samu).

Isso faz com que, muitas vezes, os profissionais do Samu identifiquem o seu papel em relação à política de saúde mental apenas com a parte da medicação/sedação dos pacientes, e no momento de levá-los para os demais serviços especializados em atenção psicossocial no município, conforme é possível constatar nas falas:

A única articulação que a gente tem é pegou o paciente, medicou, levou pro Regional, passou para o Médico plantonista... não tem articulação (T1 – Samu).

O nosso serviço, ele atua mais como link. O link entre os serviços que não são de urgência e àqueles que são. [...] A nossa parcela de contribuição falha. (Dá) uma sensação de que o Samu vai até aquele paciente para sedá-lo, pra ele dormir. Então a nossa participação nisso, ela se encontra atualmente quebrada, a sensação que nos dá pessoalmente é de frustração (G – Samu).

Assim, os profissionais do Samu não se sentem parte da rede de atenção psicossocial no compartilhamento do cuidado com o usuário, e isso faz com que permaneça uma lógica do cuidado em saúde mental limitado à medicalização da “loucura” – proposta essa criticada pela Reforma Psiquiátrica.

Nessa nova lógica de cuidado, a atenção básica à saúde é um *locus* privilegiado de intervenção na atenção psicossocial, tendo função estratégica para traçar ações territoriais, na medida em que está inserida na vida cotidiana e nos espaços comunitários de vida das pessoas, podendo atuar nos espaços onde a vida circula (LIMA; DIMENSTEIN, 2016).

A Atenção Básica tem como um de seus princípios possibilitar o primeiro acesso das pessoas ao sistema de Saúde, inclusive daquelas que demandam um cuidado em saúde mental. Neste ponto de atenção, as ações são desenvolvidas em um território geograficamente conhecido, possibilitando aos profissionais de Saúde uma proximidade para conhecer a história de vida das pessoas e de seus vínculos com a comunidade/território onde moram, bem como com outros elementos dos seus contextos de vida. Podemos dizer que o cuidado em saúde mental na Atenção Básica é bastante estratégico pela facilidade de acesso das equipes aos usuários e vice-versa (BRASIL, 2013, p. 19).

Por sua proximidade com famílias e comunidades, as equipes da Atenção Básica (ESF e Nasf) se apresentam como um recurso estratégico para o enfrentamento de importantes problemas de saúde pública no Brasil, como os agravos vinculados ao uso abusivo de álcool, drogas e diversas outras formas de transtorno mental (BRASIL, 2005).

Além disso, é importante destacar que segundo a Portaria nº 3.088/2011, os municípios com parâmetro para implantação de Caps são os que têm acima de 15 mil habitantes, portanto, em municípios pequenos, a assistência à saúde mental deve ser realizada através dos serviços de atenção básica.

Entretanto, as ações de saúde mental na atenção básica não devem se restringir a municípios pequenos; é fundamental, também, a parceria das equipes da atenção básica e dos demais pontos de atenção da Raps, e com outras políticas sociais, fortalecendo o cuidado da saúde mental no território, na qual o Nasf e a ESF ganham destaque nas ações de prevenção, promoção à saúde e defesa da vida nas comunidades.

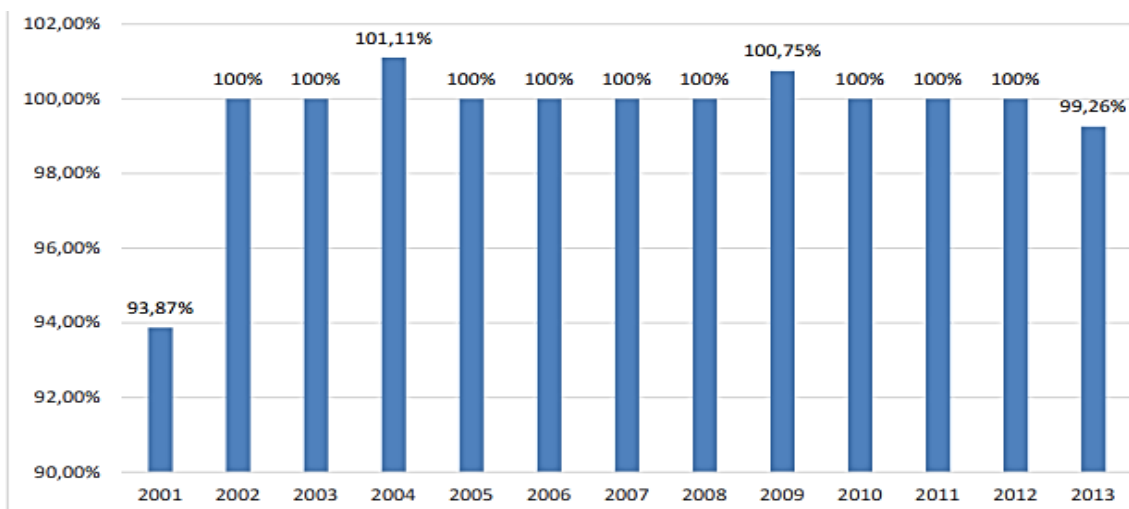
Nessa perspectiva, Amarante (2013, p. 96) afirma que “em torno de 80% dos problemas de saúde poderiam e deveriam ser resolvidos no âmbito da rede básica, isto é, com cuidados mais simples (mas não desqualificados), sem muitas

sofisticações de diagnóstico e tratamento”. Além disso, o autor afirma que a atenção básica em saúde é também uma estratégia de desmedicalização da “loucura”, no sentido de não se apropriar de todos os problemas de uma comunidade como sendo problemas exclusivamente médico-sanitários.

Apesar da centralidade da atenção básica na construção de uma política de saúde mental pautada em uma base territorial, tem-se observado, segundo Lima e Dimenstein (2016), uma resistência por parte das equipes da atenção básica, bem como uma fragilidade na corresponsabilização do cuidado, na apropriação e acompanhamento dos sujeitos com demandas de saúde mental. Isso ocorre, principalmente, por essas demandas serem tradicionalmente consideradas de responsabilidade exclusiva dos serviços de saúde mental, como Caps ou hospitais psiquiátricos.

Em Picos, existe uma boa cobertura dos serviços de atenção básica, como é possível observar pelo gráfico a seguir, a respeito da cobertura das equipes de saúde da família:

**Gráfico 5 - Cobertura (%) por ESF em Picos, de 2002-2013**



**Fonte:** SAGE/NESP DATA.

A cobertura populacional por Equipes de Saúde da Família no município foi de 99,26% no ano de 2013, o que corresponde a 75.481 habitantes com 30 ESF. Em 2012, a cobertura populacional foi de 100%, correspondendo a 74.967 habitantes, o número de equipes de saúde da família foi de 30. Dessa forma,

observa-se que a cobertura populacional por ESF em Picos tem apresentado crescimento ao longo do tempo (NESP, 2016).

Apesar dos dados apontarem para uma boa cobertura, alguns profissionais da atenção básica do município ressaltaram que a mesma é insuficiente para responder à quantidade de demanda.

Em relação às demandas de saúde mental, as equipes da saúde da família de Picos ainda têm certa dificuldade de responder as que chegam até eles. Foi observado, na fala de alguns profissionais, que, muitas vezes, tais demandas não são vistas pela equipe como de sua responsabilidade.

Nas entrevistas com profissionais da atenção básica foi detectado que essas demandas, quando identificadas por esses profissionais, são automaticamente encaminhadas ao Caps, como se esse fosse o único serviço responsável pela saúde mental no município, ou mesmo para o Hospital Areolino de Abreu, em Teresina, principalmente em situações de crise aguda.

Isso reflete um distanciamento parcial de alguns profissionais da atenção básica de Picos dos preceitos nacionais da política, que pregam a descentralização da assistência em saúde mental em diferentes níveis de complexidade do SUS, e o compartilhamento do cuidado entre diferentes serviços, profissionais e comunidade. Faz-se necessário que todos os serviços da rede se sintam responsáveis pelo usuário, de forma a atendê-lo em suas diversas necessidades, diversificando as estratégias de cuidado e havendo uma responsabilização coletiva por ele.

Faz-se necessário que as equipes da atenção básica de Picos avancem mais na inclusão da saúde mental em suas agendas, assim como estabelecer um maior diálogo entre os serviços da ESF e Nasf com os Caps. Defende-se que a equipe e os serviços de atenção básica em Picos têm um enorme potencial para contribuir com a saúde mental do município. Para tal, também é importante que haja um incentivo da gestão de saúde municipal nesse sentido.

Enfatiza-se que é papel dos Caps buscar a integração e a articulação permanente com as equipes da rede básica de saúde em seu território, realizando ações de acompanhamento, capacitação e apoio matricial para o trabalho dessas equipes com as pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2004). Nessa lógica, verifica-se que há um esforço em promover a articulação da rede por parte de alguns profissionais:

O Caps II já iniciou um matriciamento da atenção básica. A ideia do matriciamento da Atenção Básica foi trazer as equipes pra dentro do Caps inicialmente, pra elas conhecerem o serviço, tanto a estrutura. Antes do Caps não existia matriciamento, existia aquele papelzinho de referência, eu mando você pra lá e você vem pra cá. Agora não, alguns PSFs já têm e funcionou, Enfermeiro do PSF liga pra gente, e diz que tô com uma situação assim e o que eu faço? O que eu posso fazer? E a gente orienta. Tá se dando devagar porque tá se aprendendo, mas a gente já tá fazendo o matriciamento da Atenção Básica e vamos agora fazer o matriciamento da emergência no Hospital Regional Justino Luz (T1 – Caps II).

A equipe desse Caps, junto com a atenção básica, está fazendo, pela primeira vez em Picos, o mapeamento de todos os usuários da saúde mental, para servir como base no matriciamento da Rede de Atenção da Saúde Mental Municipal. Tal fato apresenta-se como um avanço referente à Política de Saúde Mental na cidade, por considerar a iminência do reconhecimento do território para o desenvolvimento de práticas de saúde. Tal avanço fortalece as ações em saúde mental no município, no sentido de abertura de mais serviços, essenciais para a implementação da reforma psiquiátrica no município.

É importante demarcar que o matriciamento é pautado em uma lógica diferente do encaminhamento ou da referência e contrarreferência no sentido estrito, porque significa a responsabilidade compartilhada dos casos:

A responsabilização compartilhada dos casos exclui a lógica do encaminhamento, pois visa aumentar a capacidade resolutiva de problemas de saúde pela equipe local. No caso de municípios maiores, onde estão implantados Caps ou outros equipamentos da rede de atenção à saúde mental, a lógica do apoio matricial é a mesma: a equipe do Caps, juntamente com membros das equipes dos outros equipamentos, apoiam as diferentes equipes de Atenção Básica através de ações de supervisão, atendimento conjunto e específico e capacitação. Em todos os cenários, as equipes matriciais de saúde mental e da Atenção Básica compartilham os casos e constroem coletivamente as estratégias para a abordagem de problemas vinculados à violência, ao abuso de álcool e outras drogas, as estratégias para redução de danos, o fomento de ações para a diminuição da segregação pela loucura e combate ao estigma, e o desenvolvimento de ações de mobilização dos recursos comunitários para a reabilitação psicossocial (BRASIL, 2005, s/p).

As ações continuadas de matriciamento visam a levar a um aumento de responsabilização e autonomia das equipes matriciadas, na medida em que vão incorporando, em seu campo de conhecimento, habilidades para intervir em situações anteriormente reconhecidas como possíveis apenas à equipe de especialistas, e a eles frequentemente delegadas. Logo, o apoio matricial tende a produzir um efeito reorganizador das demandas de saúde mental na rede, com melhor distribuição e adequação dos usuários dentro dos pontos de assistência

presentes no território (LIMA; DIMENSTEIN, 2016). Nesse quesito, a rede de Picos vem avançando aos poucos, ao realizar, no último ano, pela primeira vez, ações de matriciamento de saúde mental no município.

Assim, muitos são os desafios enfrentados para que a política de saúde mental e a rede de atenção psicossocial de Picos estejam alinhadas à perspectiva reformista de cuidado à pessoa com sofrimento psíquico, no entanto, também são inegáveis os avanços do município nos últimos anos, principalmente no ano de 2016, ano de execução da pesquisa, considerado um marco para a saúde mental da região.

Destaca-se, ainda, que 2016 e, conseqüentemente, 2017, foi/é um período de grandes transformações no cenário nacional, que influencia nos panoramas regionais e locais, em decorrência, principalmente, da mudança presidencial, em que Michel Temer assumiu no lugar de Dilma Rousseff, e trouxe consigo uma agenda de defesa dos interesses conservadores e neoliberais, tendo como consequência, dentre outras, grandes retrocessos para as políticas sociais. Isso impacta negativamente o SUS e, especificamente, a política de saúde mental, que vem sofrendo ataques constantes, que vão desde a redução orçamentária, à desvalorização dos profissionais, a não criação de serviços já pactuados, dentre outros. Esse contexto contraditório aponta para um futuro incerto em termos de avanços na rede de atenção psicossocial e da reforma psiquiátrica no país, do qual Picos não passa longe da tensão.

## CONCLUSÃO

Sabe-se que por mais que a política de saúde mental tenha diretrizes estabelecidas nacionalmente, a forma como essa vai se desenvolver em cada estado e município sofre influência de diversos fatores históricos, econômicos, políticos, sociais e culturais. Compreendendo isso, este estudo permitiu refletir sobre os avanços e os desafios da Raps de Picos.

Observou-se que a política de saúde mental em Picos teve um alinhamento tardio com relação às diretrizes nacionais da política e, especialmente, aos princípios defendidos pela Reforma Psiquiátrica, principalmente em que pese a transformação do modelo de assistência centrado nos moldes hospitalares.

Assim, a realidade picoense apresenta especificidades do cenário nacional, em relação à implementação da referida política, principalmente no que diz respeito à criação tardia de serviço de atenção psicossocial comunitária, pois o modelo foi tradicionalmente centrado em uma instituição de base hospitalar.

Nessa direção, o processo de implantação da Raps em Picos teve como eixo central o fechamento do Hospital-Dia, único responsável, até então, pelo cuidado e tratamento das pessoas com sofrimento psíquico no município, e sua substituição pelo Caps, bem como a criação de outros serviços de atenção psicossocial. Tal mudança é extremamente significativa para o avanço dos princípios da Reforma Psiquiátrica na região, mas, para tal, exigiu uma mudança no *modus operandis* de trabalho em saúde mental, pautado em uma lógica descentralizadora, regionalizada, no cuidado comunitário e na corresponsabilidade pelo cuidado.

No ano de 2016, a Raps de Picos era formada por: Atenção Básica (36 ESF, 6 Nafs), 1 Caps II, 1 Caps ad, Samu e 1 Hospital Regional. Encontrava-se em andamento a implementação de 1 Caps i, 1 Unidade de Acolhimento e 1 Residência Terapêutica. Cabe evidenciar, no entanto, que a rede em implantação no município não corresponde à Raps necessária, preconizada pela Portaria nº 3.088/11 (BRASIL, 2011), em razão de diversos componentes da rede não estarem presentes no município, principalmente no que se refere à dimensão hospitalar e de urgência e emergência, o que compromete o atendimento a pessoas em sofrimento psíquico em situação de crise psicótica. Essas se encontram em situação de desassistência e, muitas vezes, são encaminhadas para Teresina, para internação no Hospital Areolino de Abreu.



Tais modificações ainda estão sendo implantadas lentamente, permeadas por inúmeros desafios, que perpassam desde a cultura manicomial que ainda permeia a comunidade, e também os trabalhadores, levando a resistência e mesmo preconceito em relação à “loucura”; o pouco incentivo da gestão em capacitar os profissionais para atuarem na área, além de desenvolverem poucas capacitações e ações de educação continuada; a precarização das relações trabalhistas, pois se percebeu que são poucos os profissionais que ingressaram pela via do concurso público, além do que, muitos trabalhadores foram escolhidos a partir de uma lógica clientelista, sem levar em consideração, no geral, a qualificação ou afinidade para atuar na área; a descontinuidade da gestão, pois sempre que se alteram os gestores da região, há o rompimento das ações e do planejamento anteriores; dificuldade de financiamento ou financiamento precário dos serviços e da política de saúde mental de forma geral, o que vem desde a gestão local quanto da estadual e federal, o que demarca também a situação de crise e ajuste fiscal vivenciada pelo país.

A Raps é entendida como composta por serviços diversificados que devem estar articulados para que os indivíduos em sofrimento psíquico e os usuários de substâncias psicoativas possam ser atendidos em sua integralidade e tenham assistência as suas diversas necessidades de saúde mental, no seu território. No entanto, Picos não têm serviços suficientes para que isso ocorra, e os que existem, pouco se articulam entre si, prevalecendo uma lógica de fragmentação e desarticulação.

Os profissionais nos diversos dispositivos, no geral, ainda não assumem a perspectiva do compartilhamento do cuidado, havendo muito mais um repasse de responsabilidades frente às demandas dos usuários. Comumente o Caps é visto como a única instituição capaz de responder às necessidades vinculadas à saúde mental, no entanto, muitas demandas não podem ser respondidas por um único serviço. Assim, em Picos, ainda prevalece uma lógica de rede e intersetorialidade limitada, vista enquanto mero encaminhamento, como se observou na fala de muitos entrevistados.

A redução da atuação em rede apenas ao encaminhamento, ou seja, ao “repasse” do usuário a outro serviço ou política, faz com que a perspectiva de fragmentação e segmentação da rede permaneça, levando a uma desresponsabilização dos profissionais e dos serviços, diferentemente da proposta

da Reforma Psiquiátrica, que defende o compartilhamento de responsabilidade no cuidado à atenção psicossocial.

Além disso, os profissionais do Caps destacaram a dificuldade em dialogar com outros serviços, por resistência de alguns profissionais em trabalhar com demandas de saúde mental, pois as veem como responsabilidade exclusiva do Caps, e não da rede. Nessa direção, os aspectos socioculturais da Reforma Psiquiátrica, que apontam para mudança das relações sociais em torno da loucura, ainda precisam avançar muito nesse município.

Nessa direção, destacam-se os serviços de atenção básica, que deveriam assumir um papel central na Raps e ainda estão muito tímidos na incorporação das demandas de saúde mental em suas agendas. Apesar de já haver o desenvolvimento das primeiras ações de matriciamento em Picos, ainda existe pouca articulação do Caps com as equipes de ESF e Nasf, e as necessidades de pessoas com transtorno mental, ou dos usuários de substâncias, ainda são associadas, pelos profissionais da atenção básica, como de responsabilidade exclusiva dos Caps.

Outro componente problemático da Raps no município é a urgência e emergência, e a atenção hospitalar. Primeiramente, cabe destacar que os profissionais do Samu, no geral, não se veem como parte da Raps, e têm dificuldade de assimilar os princípios da Reforma Psiquiátrica. Além disso, ao atenderem demandas de pessoas em situação de crise aguda, essas são automaticamente encaminhadas ao Hospital Psiquiátrico Areolino de Abreu, localizado na capital do Piauí, Teresina, por não haver outro local de atendimento a esses indivíduos em Picos. Assim, questiona-se sobre a possibilidade de se avançar na implementação de uma rede de atenção psicossocial, se os seus componentes são fragilizados e desarticulados.

Picos vive um cenário contraditório, e de avanço e retrocessos em relação à política de saúde mental. Um dos maiores avanços em relação à Raps de Picos, no ano de 2016, deu-se devido à pactuação da região do Vale do Guaribas na criação de mais serviços de saúde mental. Entretanto, no ano de 2017, com a mudança de gestão em diversos municípios que compunham essa região, as pactuações não foram cumpridas e os gestores tomaram a decisão de fazer novas pactuações, que até o presente momento (primeiro semestre de 2017), não foram realizadas ainda.

Tal fator demonstra como a questão política e a descontinuidade na gestão têm influenciado e colocado barreiras e desafios na conformação da Raps da região.

Destaca-se, ainda, que a conformação da Raps e da política de saúde mental em Picos também sofre influências da conjuntura do país, que principalmente no ano de 2016, quando Michel Temer assumiu a presidência, avança o seu compromisso com uma agenda conservadora e neoliberal de desconstrução de políticas sociais e desmonte de direitos. Isso impacta fortemente a continuidade das propostas de fortalecimento do SUS e da política de saúde mental, como direito universal garantido pelo Estado.

## REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995.

\_\_\_\_\_. **O homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996.

\_\_\_\_\_. **Saúde mental e atenção psicossocial**. 4. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013.

BARROS, R. B. Reforma psiquiátrica brasileira: resistências e capturas em tempos neoliberais. In: Conselho Federal de Psicologia (Org.). **Loucura, ética e política**: escritos militantes. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

BEHRING, E. R. Contra-reforma do Estado, Seguridade Social e o lugar da filantropia. In: **Serviço Social e Sociedade**, 73. São Paulo: Cortez, 2003.

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social**: fundamentos e história. São Paulo: Cortez, 2006 (Biblioteca Básica de Serviço Social).

\_\_\_\_\_. **Política social**: fundamentos e história. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2011 (Biblioteca básica de serviço social; v.2).

BERENGER, Mercedes Moreira. **Descentralização ou Desconcentração**: AIS - SUDS - SUS. Rio de Janeiro, 1996.

BEZERRA JÚNIOR, Benilton; AMARANTE, Paulo. **Psiquiatria sem hospício**: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Relume Dumara, 1992 p. 71-90.

BRASIL. **Portaria n.º 44/GM**, de 2001. Dispõe sobre aprovação no âmbito do Sistema Único de Saúde a modalidade de assistência - Hospital Dia, 2001. Disponível em:  
[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0044\\_10\\_01\\_2001.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0044_10_01_2001.html). 2001b. Acesso em: 10 jan. 2016.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 10.2016**, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, 2001a.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atendimento à Saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. **Saúde mental no SUS**: os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

\_\_\_\_\_. **A construção do SUS**: história da Reforma Sanitária e do processo participativo. Brasília: Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde. Série B. Textos Básicos de Saúde, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279**, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial**, 27 de junho a 1º de julho de 2010. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010b.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 3088/GM**, de 2011. 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), 2011. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html). Acesso em: 07 jan. 2016.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 3088/GM**, de 2011. 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), 2011. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html). Acesso em: 07 jan. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental no SUS**: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica. Relatório de Gestão 2007- 2010. Ministério da Saúde: Brasília. Janeiro de 2011c.

\_\_\_\_\_. **Resolução 466/12**. Regulamenta os procedimentos éticos em pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde mental em dados – 12**, ano 10, n. 12, Brasília, out. 2015.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 510**, de 07 de abril de 2016. DOU n. 98, 24 maio 2016, seção 1, 2016, p. 44-46.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, A. E; BRAVO, M. I. de S.; UCHÔA, R. et al. (orgs). **Serviço Social e Saúde**. Formação e trabalho profissional. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, ABEPSS. Cortez, 2009

CARLINI-MARLATT. Drogas e jovens: abordagens contemporâneas In: FREITAS & PAPA(org.). **Políticas Públicas: Juventude em pauta**. São Paulo: Cortez: Ação Educativa: Fundação Friedrich Ebert Stiftung, 2003.

CFESS. Conselho Federal de Serviço Social (Org.) **Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

CHIAVERINI, Dulce Helena et al. (Orgs). **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília, DF: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

CONH, Amélia. **A saúde como direito e como serviço**. 6.ed. São Paulo: Cortez, 2010.

CORREIA, Maria Valéria. Entre a reforma sanitária e o SUS: os interesses do capital na saúde. In: CORREIA, Maria Valéria; SANTOS, Viviane Medeiros (Orgs). **Reforma sanitária e contrarreforma na saúde: interesses do capital em curso**. Maceió: EDUFAL, 2015.

COSTA, Tereza Cristina Ribeiro da. **A política de saúde mental na contemporaneidade: entre a inovação e o conservadorismo**. 2016. Tese (Doutorado em Serviço Social). Universidade Federal de Pernambuco – UFPE. Recife, 2016.

COSTA, Tiago Dutra et al. Contribuindo para a educação permanente na saúde mental. **SEER Perspectiva Online: Biologia & Saúde**. Campo dos Goytazes, v.23, n.7, p.9 – 15, 2017.

CRONEMBERGER, Gerlany Leal et al. Panorama de Saúde Mental no Município de Picos. In: ROSA, L. C. S (org.). **Panorama da assistência psiquiátrica no Piauí**. Teresina: EDUFPI, 2005.

DAVINI, Maria Cristina. Enfoques, Problemas e Perspectivas na Educação Permanente dos Recursos Humanos de Saúde In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Série B. Textos Básicos de Saúde.

DIMENSTEIN, M.; LIBERATO, M. Desinstitucionalizar é ultrapassar fronteiras: o desafio da intersetorialidade e do trabalho em rede. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, 1(1), MAI. 2009. [CD – ROM].

DRAIBE, Sonia. As políticas sociais e o neoliberalismo: reflexões suscitadas pelas experiências latino-americanas. **Revista USP**, n. 17, 1993, p. 86-101.

\_\_\_\_\_. Welfare State no Brasil: características e perspectivas. **Caderno de Pesquisas**, n. 8. Núcleo de Estudos em Políticas Públicas – NEPP. Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP, 1993.

DURKHEIM, Émile. **As regras do método sociológico**. 13. ed. São Paulo: Ed. Nacional, 1987.

SCOREL, Sarah. Saúde: uma questão nacional. In: TEIXEIRA, Sonia Fleury (Org.). **Reforma sanitária: em busca de uma teoria**. 2. ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1995, p.181-192.

ESPING-ANDERSEN, Gosta. As três economias políticas do welfare state. **Lua nova**, Revista de cultura e política, n. 24, 1995.

FLEURY, Sonia (Org). **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 2008.

FLICK, Uwe. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. 405 p.

IBGE. **Estimativas para os municípios brasileiros em 01.07.2014**. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2014/estimativa\\_dou.sh](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2014/estimativa_dou.sh) tm. Acesso em: 30 out. 2015.

IPEA. **Nota técnica: Os impactos do Novo Regime Fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para a efetivação do Direito à Saúde no Brasil**, n. 26. Brasília, set. 2016.

ISHARA, S. **Equipes de saúde mental: avaliação da satisfação e do impacto de trabalho em hospitalização integral e parcial**, 2007. 153 f. Tese (Doutorado em Saúde Mental) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2007.

JARDIM, K.; DIMENSTEIN, M. (2007). Risco e crise: pensando os pilares da urgência psiquiátrica. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, n. 13, v. 1, 2017, p. 169- 190.

LÖWY, Michael. **As Aventuras de Karl Marx contra o Barão de Münch Hausen**. São Paulo: Busca Vida, 1987.

LIMA, Maura; DIMENSTEIN, Magda. O apoio matricial em saúde mental: uma ferramenta apoiadora da atenção à crise. **Interface**, 2016; 20(58), p. 625-35.

MEDEIROS, Roberto H. Amorim de. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1165-1184, 2015.

MIRANDA, C. M. L. Algumas questões sobre a assistência de Enfermagem psiquiátrica de qualidade. Por uma assistência psiquiátrica em transformação. **Cadernos do IPUB**, 2009; 3:95-101

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social**. 25. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1994.

\_\_\_\_\_. **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

\_\_\_\_\_. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec Editora, 2014.

MONTAÑO, Carlos; DURIGUETTO, Maria Lúcia. **Estado, classes e movimento social.** 3. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

NESP. **Perfil do município de Picos-PI.** Análise do acesso e da qualidade da Atenção Integral à Saúde da população LGBT no Sistema Único de Saúde. 2016. <[http://www.nesp.unb.br/saudelgbt/images/arquivos/Perfil\\_Picos.pdf](http://www.nesp.unb.br/saudelgbt/images/arquivos/Perfil_Picos.pdf)> Acesso em: 17 jan. 2017.

NETTO, José Paulo. O materialismo histórico como instrumento de análise das políticas sociais. In: NOGUEIRA, F. M. G.; RIZZOTTO, M. L. F. (orgs). **Estado e políticas sociais.** Cascavel, PR: Edunioeste, 2003.

\_\_\_\_\_. **Introdução ao estudo do método de Marx.** São Paulo: Editora Expressão Popular, 2011.

NOGUEIRA, Vera Maria R; MIOTO, Regina Célia T. Desafios atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as exigências para os assistentes sociais. In: MOTA, Ana Elizabete *et al.* (orgs). **Serviço Social e Saúde.** 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009, p.218 - 240.

OLIVEIRA, Francisco. Privatização do público, destituição da fala e anulação da política: o totalitarismo neoliberal. In: **Os sentidos da democracia:** políticas do dissenso e hegemonia global. Petrópolis, RJ: Vozes; Brasília: NEDIC, 1999.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Relatório sobre a saúde no mundo 2001:** saúde mental – Nova concepção, nova esperança. Genebra, 2001.

PAIM, Jairnilson Silva. **As Políticas de Saúde e a conjuntura atual.** Saúde Debate, 2009.

\_\_\_\_\_. **A Reforma Sanitária e o CEBES.** Rio de Janeiro: CEBES, 2012.

PEREIRA, Potyara. Discussões conceituais sobre política social como política pública e direito de cidadania. In: BOSCHETTI, I. et al. (orgs.). **Política Social no capitalismo:** tendências contemporâneas. São Paulo: Cortez, 2008.

PIAUÍ. Secretaria do Estado da Saúde. Gerência de Atenção à Saúde Mental. **Plano da Rede de Atenção Psicossocial do Estado do Piauí de 2013 a 2015.** Teresina, 2014.

PITTA, Ana. Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Instituições, Atores e Políticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(12):4579-4589, 2011.

POSAVAC, E. J.; CAREY, R. G. **Program evaluation:** method and case studies. Nova Jersey: Pearson Education, 2003. 200 p.



QUEIROZ, Valéria Debórtoli de Carvalho. **A integração da política de saúde mental com a atenção primária em saúde: uma avaliação.** 2016. Tese. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2016.

REIS, A. A. C. et al. Tudo a temer: financiamento, relação público e privado e o futuro do SUS. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. especial, 2016 p. 12

RIBEIRO, Fernanda Mendes Lages; MINAYO, Maria Cecília de Souza. As Comunidades Terapêuticas religiosas na recuperação de dependentes de drogas: o caso de Manguinhos, RJ, Brasil. **Interface**, 2015; 19(54), p. 515-26.

ROSA, Lúcia. **Transtorno mental e o cuidado na família.** 2. ed. São Paulo: Cortez, 2008a.

\_\_\_\_\_. A reforma psiquiátrica no Piauí no século XX. In: GUIMARÃES, Lucas; ROSA, Lúcia; EVELIN, Marta. (Org.). **(Con)textos em saúde mental: saberes, práticas e histórias de vida.** Teresina: EDUFPI, 2008b. p. 207-222.

\_\_\_\_\_. **Política e ações de saúde mental no Piauí: 2000 a 2010.** Teresina: EDUFPI, 2011.

SANTOS, Luciana. **Recursos de incentivo são autorizados para implantação do Capsi (infantil) e Caps II em Picos.** Disponível em: <http://180graus.com/picos/recursos-de-incentivo-sao-autorizados-para-implantacao-do-caps-i-infantil-e-caps-ii-em-picos>. Acesso em: 30 out. 2015.

SCHUTZ, A. **A common sense and scientific interpretations of human actions.** Haia Martiness Niphoff: Colleted Papers, v. 1, 1982.

SEVERO, Ana Kalliny; DIMENSTEIN, Magda. Rede e intersectorialidade na atenção psicossocial: contextualizando o papel do ambulatório de saúde mental. **Psicologia: ciência e profissão**, Print version ISSN 1414-9893, v. 31 n. 3 Brasília, 2011.

SILVA, M. O. S. **Pesquisa avaliativa: aspectos teórico-metodológicos.** São Paulo: Cortez, 2008. p. 89-178.

SILVA, Solimar Pinheiro da; OLIVEIRA, Adriana Leonidas de; POSTIGO, Quésia Kamimura. Capacitação em saúde mental: entre a realidade e as ofertas do Ministério da Saúde. **Sistemas&Gestão**, 9 (2014), pp 406-416.

SOARES, Raquel Cavalcante. Contrarreforma na política de saúde e a ênfase nas práticas assistenciais e emergenciais. In: TEIXEIRA, Maria Lúcia. (Org.) **Análise da política de saúde brasileira.** Vitória: EDUFES, 2014.

TEIXEIRA, Janine; CRUZ, Cesar; AZEVEDO, Ana Paula. Universalidade do atendimento à saúde no Brasil: impasses e perspectivas. **Revista de Políticas Públicas**, São Luís, v. 20, n. 1, p. 201-220, jan./jun. 2016.

TUZZO, S. A. **Os sentidos do Impresso.** Goiânia: Gráfica UFG, 2016.

VAITSMAN, Jeni. Corporativismo: notas para sua aplicação no campo da saúde. In: TEIXEIRA, Sonia Fleury (Org.). **Reforma sanitária**: em busca de uma teoria. 2. ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1995. p.139-156.

VASCONCELOS, E. M. **Saúde mental e serviço social**: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

## APÊNDICES

## APÊNDICE A - Termo de Autorização Institucional



Eu, José Venâncio de Sousa Filho, **RG: 483604 SSP-PI**, abaixo assinado, responsável pela Secretaria Municipal de Saúde, em Picos - PI, autorizo a realização do estudo intitulado: "A REDE QUE TEMOS E A REDE NECESSÁRIA": potencialidades e desafios para promoção do direito à saúde das pessoas com sofrimento psíquico em Picos, conduzido por **Ana Cristina de Souza Vieira (RG: 1074828 SSPE-PE); Iracema da Silva Frazão (RG: 1958993- SSPE-PE)** (orientadoras) e **Juliana Barbosa Dias Maia (RG: 75662779368 SSP-PI)** (pesquisador responsável).

Obtive informações pelo responsável acerca do estudo sobre as características e objetivos da pesquisa, bem como das atividades que serão realizadas na instituição a qual represento.

Declaro, ainda, ter lido e concordar com o parecer ético emitido pelo CEP da instituição proponente, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades, como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa, em atuar em conjunto com o pesquisador responsável com o convite dos profissionais e gestores à participação no estudo.

Picos - PI, junho de 2016

Atenciosamente,

---

**José Venâncio de Sousa Filho**  
Secretário Municipal de Saúde de Picos – PI

## **APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**

Você, na qualidade de sujeito de pesquisa, está sendo convidado para participar como voluntário de uma pesquisa. Você pode decidir se quer autorizar ou não sua inclusão como sujeito de pesquisa.

Este estudo está sendo conduzido por Ana Cristina de Sousa Vieira; Iracema da Silva Frazão (**pesquisadores participantes**) e Juliana Barbosa Dias Maia (**pesquisador responsável**). Após ser **esclarecido(a)** sobre as informações a seguir, no caso de autorizar sua participação como sujeito de pesquisa, assine este documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. **Você poderá recusar sua participação de imediato e a qualquer tempo, sem que com isso haja qualquer penalidade.**

Para melhor esclarecer, sujeito de pesquisa, de acordo com a Resolução 466/12, do CNS, é o(a) participante pesquisado(a), individual ou coletivamente, **de caráter voluntário, vedada qualquer forma de remuneração.**

Por favor, não se apresse em tomar a decisão.

Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pela pesquisa sobre qualquer dúvida que tiver. Em caso de dúvida procure o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Piauí, pelo telefone (86) 3221-6658.

### **ESCLARECIMENTO SOBRE A PESQUISA**

Título do Projeto de Pesquisa: "A REDE QUE TEMOS E A REDE NECESSÁRIA": potencialidades e desafios para promoção do direito à saúde das pessoas com sofrimento psíquico em Picos

Pesquisador Responsável: Juliana Barbosa Dias Maia.

Telefone para contato: (86) 99987-4466

E-mail: diasju@bol.com.br

### **DESCRIÇÃO DA PESQUISA COM SEUS OBJETIVOS**

Trata-se de um estudo de cujo objetivo Avaliar o processo de construção da Rede de Atenção Psicossocial do município de Picos-PI; Compreender como o

processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil influencia na construção e execução das Políticas de Saúde Mental em Picos; Analisar a participação e atuação dos gestores, nos diferentes níveis de complexidade da saúde, na organização e operacionalização das Políticas de Saúde mental no município; Compreender a participação e atuação dos técnicos da Raps, na organização e operacionalização da Políticas de Saúde mental do município; Identificar os limites e possibilidades para a efetiva implantação da Raps no município; Avaliar, mediante os resultados, as diretrizes das Políticas de Saúde Mental que, porventura, não venham sendo atingidas no município.

## **RISCOS E BENEFÍCIOS DA PESQUISA**

Quanto aos riscos imediatos, no decorrer da entrevista o participante poderá sentir-se desconfortável e constrangido por responder às indagações relacionadas ao serviço. No entanto, o momento será esclarecido e dirigido com calma, e se solicitado, será interrompido.

Reportando-se aos riscos tardios, a pesquisa assegurará o sigilo das informações, de modo a evitar qualquer tipo de incidente, na qual a identidade do participante venha a ser revelada, em caso de extravio.

Quanto à assistência à saúde mental, os resultados servirão de base para discussão local, a fim de implementação de estratégias e técnicas que possam supriras possíveis dificuldades encontradas.

A pesquisa poderá trazer benefícios diretos e imediatos por disponibilizar informações sobre a realidade atual da conjuntura da Raps no município de Picos-PI. Desse modo, é possível com esta pesquisa trazer benefícios a longo prazo, por possibilitar a visibilidade do cenário para o olhar ampliado.

## **COMPROMISSO DE CONFIDENCIALIDADE DA IDENTIDADE DO PARTICIPANTE**

Os registros desta participação serão mantidos confidenciais. Entretanto, esses registros poderão ser analisados por um representante do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Piauí. Seu nome não será divulgado em nenhuma entrevista deste estudo.

## **GARANTIA DE ACESSO**

Em qualquer etapa da pesquisa, você terá acesso ao pesquisador responsável e participante pela presente pesquisa, para esclarecimento de eventuais dúvidas. Para maiores informações, poderá entrar em contato com o principal pesquisador: Dra. Ana Cristina de Sousa Vieira, por meio do telefone: (81) 9978-3760.

Se tiveres alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual do Piauí (CEP/ FACIME/ UESPI) – Rua Olavo Bilac, 2335 – Centro – Teresina/PI, Tel.: (86) 3221 6658, FAX: (86) 3221 4749.

## **PERÍODO DE PARTICIPAÇÃO:**

O período de sua participação corresponderá ao segundo semestre de 2016, lembrando-lhe que você terá o direito de recusar-se a continuar como sujeito de pesquisa a qualquer tempo.

Nome e Assinatura do pesquisador responsável:

---

Juliana Barbosa Dias Maia

Nome e Assinatura do pesquisador participante:

---

Prof. Dra. Iracema da Silva Frazão

Nome e Assinatura do Pesquisador participante:

---

Prof. Dra. Ana Cristina de Sousa Vieira

## CONSENTIMENTO

Eu, (qualificação completa com nome, número de identidade, CPF, endereço, telefone(s) e, se houver, e-mail), abaixo assinado, concordo em autorizar minha participação como sujeito de pesquisa no projeto de pesquisa intitulado “Título do Projeto de Pesquisa: "A REDE QUE TEMOS E A REDE NECESSÁRIA": potencialidades e desafios para promoção do direito à saúde das pessoas com sofrimento psíquico em Picos”, que tem como pesquisador principal a psicóloga Ms. Juliana Dias Maia Barroso e, pesquisadora participante, Prof. Dra. Ana Cristina de Sousa Vieira, tudo em conformidade com o estabelecido na Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde.

Declaro, ainda, que discuti com o pesquisador responsável sobre a minha decisão em participar nesse estudo como sujeito de pesquisa e sobre a possibilidade de a qualquer momento (antes ou durante a mesma) recusar-me a continuar participando da pesquisa em referência, sem penalidades e/ou prejuízos, retirando o meu consentimento. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do projeto de pesquisa, os procedimentos a serem realizados, a ausência (e ou presença) de riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro, também, que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso à pesquisa em qualquer tempo. Concordo, **voluntariamente**, em participar deste projeto de pesquisa.

Picos PI, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

---

Nome e Assinatura do sujeito ou responsável

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_



**Observações Complementares:**

Em caso de dúvida você pode procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual do Piauí (CEP/ FACIME/ UESPI) – Rua Olavo Bilac, 2335 – Centro – Teresina/PI, Tel.: (86) 3221 6658, FAX: (86) 3221 4749.

## APÊNDICE C - Instrumento de Coleta de Dados Questionário

"A REDE QUE TEMOS E A REDE NECESSÁRIA": potencialidades e desafios para promoção do direito à saúde das pessoas com sofrimento psíquico em Picos

InstrumentoNº \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### • Caracterização do Sujeito

<b>1.1 Idade</b> _____
<b>1.2 Profissão</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Gênero</b></li> </ul> <p>a) ( <input type="checkbox"/> ) Masculino    b) ( <input type="checkbox"/> ) Feminino</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Escolaridade</b></li> </ul> <p>a) ( <input type="checkbox"/> ) Ensino Médio/Técnico    b) ( <input type="checkbox"/> ) Superior completo    c) ( <input type="checkbox"/> ) Especialista d) ( <input type="checkbox"/> ) Mestre e) ( <input type="checkbox"/> ) Doutor</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Estado Civil</b></li> </ul> <p>• ( <input type="checkbox"/> ) Solteiro(a)    b) ( <input type="checkbox"/> ) Casado(a)    c) ( <input type="checkbox"/> ) Divorciado(a)</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Tempo de formado (Ensino Médio/Técnico ou Superior) a depender da formação</b></li> </ul> <p>• ( <input type="checkbox"/> ) 1 a 5 anos    b) ( <input type="checkbox"/> ) 6 a 10 anos    c) ( <input type="checkbox"/> ) 11 a 15 anos    d) ( <input type="checkbox"/> ) 16 ou mais</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Vínculo profissional na Saúde</b></li> </ul> <p>• ( <input type="checkbox"/> ) Concursado    b) ( <input type="checkbox"/> ) Celetista c) ( <input type="checkbox"/> ) Contrato Administrativo    d) ( <input type="checkbox"/> ) Outro</p>

### • Caracterização do Serviço/ Profissão

<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Tempo de Serviço no atendimento à Saúde Mental</b></li> </ul> <p>( <input type="checkbox"/> ) 1 a 5 anos    b) ( <input type="checkbox"/> ) 6 a 10 anos    c) ( <input type="checkbox"/> ) 11 a 15 anos    d) ( <input type="checkbox"/> ) 16 ou mais</p>
<b>2.2 Competência no serviço</b>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• <input type="checkbox"/> Gestão    b) <input type="checkbox"/> Assistência</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Instituição que trabalha</b> _____</li> </ul>
<p><b>2.3 Considera a Rede de Atenção Psicossocial do município eficaz?</b>  a) <input type="checkbox"/> Sim                    b) <input type="checkbox"/> Não</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Dentre os listados abaixo, indique os que você considera dificuldades para a articulação da Rede de Atenção Psicossocial</b></li> <li>• <input type="checkbox"/> Não há dificuldades</li> <li>• <input type="checkbox"/> Problemas Estruturais</li> <li>• <input type="checkbox"/> Recursos Financeiros</li> <li>• <input type="checkbox"/> Recursos Humanos</li> <li>• <input type="checkbox"/> Efetivação da Política</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Compreende a participação do seu setor de trabalho na Raps?</b></li> <li>• <input type="checkbox"/> Sim    b) <input type="checkbox"/> Não</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>As partes que integram a rede trabalham em articulação?</b></li> <li>• <input type="checkbox"/> Sim    b) <input type="checkbox"/> Não</li> </ul>

## APÊNDICE D - Instrumento de Coleta de Dados Roteiro De Entrevista

Instrumento N° \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

1. Como vem ocorrendo a execução das políticas de saúde mental em Picos?
2. Qual o impacto da Reforma Psiquiátrica Brasileira a nível municipal e sua relação com a organização da Rede?
3. O que você entende por Raps?
4. Como a Raps de Picos está estruturada atualmente no município?
5. Qual a sua participação como gestor ou profissional na execução da Raps?
6. Quais os principais desafios para promoção do direito à saúde das pessoas com sofrimento psíquico vivenciados?
7. Quais as possibilidades atuais na assistência prestada no município?
8. Discorra sobre os avanços das políticas públicas de saúde mental no município, após a Reforma Psiquiátrica.
9. Considera que existe relação das construções e reconstruções da Política de Saúde Mental com o Movimento de Reforma Psiquiátrica? Qual(ais)?
10. Quais as dificuldades na execução das Políticas de Saúde Mental em Picos-PI e como elas influenciam a sua efetivação?
11. O que você enxerga enquanto desafios e perspectivas da saúde mental no município, diante da efetivação da Raps?
12. Como os limites e as contradições no processo de construção da Rede de Atenção Psicossocial do município de Picos-PI podem influenciar a conjuntura atual vivenciada?
13. Como o seu trabalho como gestor ou profissional está contribuindo na operacionalização das Políticas de Saúde Mental do município?
14. Como são desenvolvidas as capacitações em saúde mental para os profissionais e gestores? Com qual frequência elas ocorrem? Quais contribuições ou dificuldades trazem para a efetivação da Raps?
15. Como ocorre a multidisciplinaridade para a efetivação da Raps, no seu setor? Se essa ocorre, o seu trabalho de gestor ou profissional é articulado com outros do município? Quais setores?
16. Quais as possibilidades e enfrentamentos para o desenvolvimento ideal da Raps e da Política de Saúde Mental no município?

**ANEXO**

**ANEXO A - Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa da  
Universidade Estadual do Piauí**



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO  
PIAUÍ - UESPI



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** "A REDE QUE TEMOS E A REDE NECESSÁRIA": potencialidades e desafios para promoção do direito à saúde das pessoas com sofrimento psíquico em Picos

**Pesquisador:** JULIANA BARBOSA DIAS MAIA

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 58030616.6.0000.5209

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PIAUÍ

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.743.275

#### Apresentação do Projeto:

Estudo avaliativo, ancorado na área das Ciências Sociais, com abordagem qualitativa dos dados a serem obtidos, por considerar esta, a forma mais adequada para compreender a natureza de um fenômeno social, seus embates e reflexos e, contemplar as discussões acerca da realidade social a ser diagnosticada e compreendida, mediante as observações a serem realizadas.

O estudo será realizado nos dispositivos de assistência à saúde mental que compõem a RAPS, em funcionamento no município. Sendo estes:

SAMU; CAPS; NASF; ESF; Hospital Regional Justino Luz. Participarão do estudo 08 gestores e 16 profissionais atuantes na RAPS do município de Picos-PI. Que se houver saturação das respostas, poderemos reduzir os participantes. Da mesma forma, se não percebermos a saturação das respostas, poderemos entrevistar outros profissionais

ou gestores. Os quais obedecerão aos critérios listados a seguir. Os dados serão coletados, a partir da autorização da Secretaria de Saúde do município de Picos – PI. A coleta acontecerá nos respectivos locais de trabalho dos sujeitos da pesquisa, respeitando os critérios de confidencialidade, em locais que garantam a privacidade dos participantes, sem, no entanto, interferir na rotina de atendimentos à população.

**Endereço:** Rua Olavo Bilac, 2335

**Bairro:** Centro/Sul

**CEP:** 64.001-280

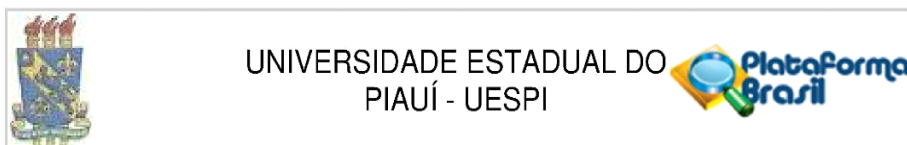
**UF:** PI

**Município:** TERESINA

**Telefone:** (86)3221-6658

**Fax:** (86)3221-4749

**E-mail:** comitedeeticuespi@hotmail.com



Continuação do Parecer: 1.743.275

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

Avaliar as potencialidades e os desafios para promoção do direito à saúde das pessoas com sofrimento psíquico em Picos-PI.

Objetivo Secundário:

Compreender como o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil influenciou na construção e execução das Políticas de Saúde Mental em PicosPI; Analisar as mudanças em relação à política de saúde mental no Piauí e em Picos, no sentido de uma maior aproximação às diretrizes da Reforma Psiquiátrica; Aprender o processo de construção da Rede de Atenção Psicossocial do município de Picos – PI, seus desafios e contradições.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

De acordo com a Resolução nº 466/12 CNS/MS, segue os riscos imediatos e tardios, a assistência que será prestada em caso de dano e os benefícios imediatos e tardios da pesquisa.

Quanto aos riscos imediatos, no decorrer da entrevista o participante poderá sentir-se desconfortável e constrangido por responder às indagações relacionadas ao serviço. No entanto, no momento será esclarecido e dirigido com calma, e se solicitado, será interrompido.

Além disso, haverá o risco de quebra de sigilo entre os membros do grupo, que haverá tentativa de minimizá-los por meio do esclarecimento da importância de sua manutenção para o desenvolvimento do mesmo.

Reportando-se aos riscos tardios, a pesquisa assegurará o sigilo das informações, de modo a evitar qualquer tipo de incidente, na qual a identidade do participante venha a ser revelada, em caso de extravio.

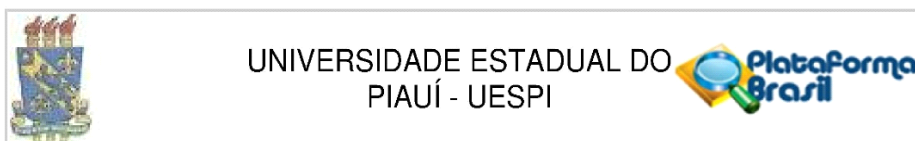
Benefícios:

Quanto à assistência à saúde mental, os resultados servirão de base para discussão local, a fim de implementação de estratégias e técnicas que possam suprir, as possíveis dificuldades encontradas.

A pesquisa poderá trazer benefícios diretos e imediatos por disponibilizar informações sobre a realidade atual da conjuntura da RAPS no município de Picos – PI.

Desse modo, é possível com esta pesquisa trazer benefícios a longo prazo, por possibilitar a visibilidade do cenário para o olhar ampliado do contexto e, as questões que podem estar envolvidas com a problemática em estudo.

**Endereço:** Rua Olavo Bilac, 2335  
**Bairro:** Centro/Sul **CEP:** 64.001-280  
**UF:** PI **Município:** TERESINA  
**Telefone:** (86)3221-6658 **Fax:** (86)3221-4749 **E-mail:** comitedeeticauespi@hotmail.com



Continuação do Parecer: 1.743.275

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa Viável.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Foram apresentados:

- Folha de Rosto preenchida, assinada, carimbada e datada.
- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em linguagem clara e objetiva com todos os aspectos metodológicos a serem executados;
- Declaração da Instituição e Infra-estrutura em papel timbrado da instituição, carimbada, datada e assinada;
- Link do Currículo Lattes do pesquisador responsável;
- Projeto de pesquisa na íntegra (word/pdf);
- Instrumento de coleta de dados (questionário/entrevista/formulário).

**Recomendações:**

APROPRIAR-SE da Resolução CNS/MS 466/12 (que revogou a Res. 196/96) e seus complementares que regulamenta as Diretrizes Éticas para Pesquisas que Envolvam Seres Humanos.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

De acordo com a análise, conforme a Resolução CNS/MS N°466/12 e seus complementares, o presente projeto de pesquisa apresenta o parecer APROVADO por se apresentar dentro das normas de eticidade vigentes.

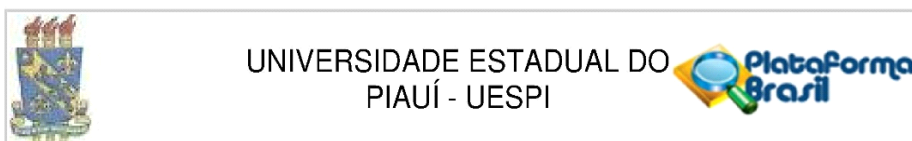
**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_750508.pdf	02/07/2016 01:28:50		Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO_ASSINADA.docx	02/07/2016 01:26:52	JULIANA BARBOSA DIAS MAIA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_CE.doc	30/06/2016 11:47:12	JULIANA BARBOSA DIAS MAIA	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	30/06/2016 11:40:32	JULIANA BARBOSA DIAS MAIA	Aceito
TCLE / Termos de	TCLE.pdf	30/06/2016	JULIANA BARBOSA	Aceito

**Endereço:** Rua Olavo Bilac, 2335  
**Bairro:** Centro/Sul **CEP:** 64.001-280  
**UF:** PI **Município:** TERESINA  
**Telefone:** (86)3221-6658 **Fax:** (86)3221-4749 **E-mail:** comitedeeticauespi@hotmail.com





Continuação do Parecer: 1.743.275

Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	11:39:06	DIAS MAIA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AI.pdf	30/06/2016 11:38:01	JULIANA BARBOSA DIAS MAIA	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

TERESINA, 21 de Setembro de 2016

---

**Assinado por:**  
**LUCIANA SARAIVA E SILVA**  
(Coordenador)

**Endereço:** Rua Olavo Bilac, 2335  
**Bairro:** Centro/Sul **CEP:** 64.001-280  
**UF:** PI **Município:** TERESINA  
**Telefone:** (86)3221-6658 **Fax:** (86)3221-4749 **E-mail:** comitedeeticauespi@hotmail.com