

## A Regionalização da Rede de Atenção Psicossocial no Piauí: Caminhos e Percursos

### Ways of Regionalization of Psychosocial Care Network of Piauí

#### Francisca Maria Carvalho Cardoso

Mestrado em Políticas Públicas pela Universidade Federal do Piauí

Graduada em Psicologia pela Universidade Federal do Piauí

Email: franciscacardosopsi@hotmail.com

#### João Paulo Sales Macedo

Doutor em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Professor em Políticas Públicas da Universidade Federal do Piauí.

E-mail: jpmacedo@ufpi.edu.br

#### Endereço: João Paulo Sales Macedo

Endereço: Universidade Federal do Piauí- Campus  
Ministro Reis Velloso. Departamento de Psicologia. Av.  
São Sebastião, 2819. São Benedito. CEP: 64202-020.

#### Endereço: Francisca Maria Carvalho Cardoso

Endereço: Universidade Federal do Piauí. Campus  
Petrônio Portela, Bairro Ininga, Teresina-PI, CEP: 64049-  
550.

Editor Científico: Tonny Kerley de Alencar Rodrigues

Artigo recebido em 26/04/2016. Última versão  
recebida em 20/05/2016. Aprovado em 21/05/2016.

Avaliado pelo sistema Triple Review: a) Desk Review  
pelo Editor-Chefe; e b) Double Blind Review  
(avaliação cega por dois avaliadores da área).

Revisão: Gramatical, Normativa e de Formatação

## RESUMO

O presente estudo teve como objetivo discutir o processo de regionalização da Rede de Atenção Psicossocial no Piauí, com foco nas ações desenvolvidas na Planície Litorânea. Instituída pela Portaria nº 3088 de 23 de dezembro de 2011, do Ministério da Saúde, a RAPS trata do acesso à saúde e ao cuidado para as pessoas com transtorno mental e necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Para tanto, a pesquisa apresenta um desenho qualitativo, por meio da pesquisa documental, analisando documentos sobre o processo de implantação da RAPS no Piauí, assim como um roteiro de entrevista semiestruturada com os atores institucionais envolvidos nesse percurso. Os resultados indicam diversos impasses e desafios a serem superados, especialmente no tocante à condução dos processos de gestão, notadamente centralizadores e pouco participativos, resultando no parecer desfavorável do Ministério da Saúde quanto à regionalização e descentralização da RAPS no Piauí.

**Palavras-Chave:** Descentralização. Rede de Atenção Psicossocial. Gestão em Saúde Mental.

## ABSTRACT

This study had as an aims to discuss the process of regionalization of Psychosocial Care Network (PCN) in Piauí, focused on actions developed on Coastal Plain. Instituted by the Ordinance nº 3088 of 23 December 2011, of Health Ministry, the RAPS deals with the access to health and the care for the people with mental disorder and needs resulting of the crack use and alcohol, among other drugs. The research done by qualitative design, though documentary research, analyzing documents about the implantation process of RAPS in Piauí, with a script of semi-structured interview with institutional actors involved in this route. The results show several difficulties and challenges to overcome, specially about the conduction of process of management, centralizing and less participant, resulting in unfavorable opinion of the Health Ministry, about the regionalization and decentralization of RAPS in Piauí.

**Keywords:** Decentralization. Psychosocial Care Network. Mental Health Management.

## 1 INTRODUÇÃO

A regionalização da saúde está presente nas discussões no âmbito do SUS desde a Constituição de 1988, em seu Artigo 198º, que já estabelecia que a Saúde devesse ser composta por uma rede regionalizada, hierarquizada e integrada de ações e serviços (BRASIL, 1988). Depois de anos de debates e tentativas para dar seguimento e aprofundar o processo de consolidação das diretrizes organizativas do SUS em todo o território nacional, foi publicada a Portaria nº 4.279/2010 que trata sobre as diretrizes para organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) do SUS (BRASIL, 2010).

Apesar do lapso temporal entre a Lei Orgânica do SUS, Nº 8.080/1990 (BRASIL, 1990) e a Portaria que institui a RAS (Nº 4.279/2010), registraram-se diversos avanços na oferta e organização dos serviços de saúde no Brasil. Mesmo na esteira da ordem neoliberal, que marcou a condução política e econômica do país do início dos anos 1990 até os dias atuais, avançou-se na infraestrutura dos serviços, na gestão, na prestação de serviços, na organização e no financiamento, apesar de este último figurar como um dos maiores entraves para o andamento do sistema (MENDES, 2010). Nesse sentido, Paim (2010) argumenta que um dos maiores avanços no SUS se deu na obra de gestão descentralizada para estados e municípios. Para o autor, falar em descentralização em um país de dimensões continentais, com 5.570 municípios e inúmeras desigualdades regionais e sociais, já pode ser considerado um avanço.

No entanto, os desafios a serem superados são muitos, pois as barreiras ainda persistem: dificuldades no acesso e continuidade da atenção, problemas relacionados à organização dos serviços e à ausência de uma rede regionalizada e hierarquizada na oferta de cuidados; à falta de financiamento, de infraestrutura; problemas com os recursos humanos, além da formação pouco adequada para o trabalho no sistema; organização deficiente da atenção primária, resultando na baixa resolubilidade do sistema e descrédito; planejamento de ações sem considerar os determinantes sociais do processo saúde-doença e ainda de impasses da gerência e gestão (MENDES, 2010; PAIM, 2010).

Objetivando enfrentar esse quadro, surge a proposta de instituição das Redes de Atenção como ferramenta para assegurar a descentralização e regionalização das ações em Saúde no país (BRASIL, 2010). No ano seguinte à Portaria da RAS, foi publicado o Decreto Nº 7.508/2011, instituindo as Regiões de Atenção em Saúde como espaços geográficos contínuos e constituídos por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitados a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de

transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde. Para cada região foi definidos os limites geográficos de atuação, garantindo o acesso a um determinado contingente populacional, as ações dos serviços e as responsabilidades como, por exemplo, critérios de acessibilidade, entre outros. Para que uma região de saúde possa constituir-se precisa minimamente oferecer serviços em atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar, além de vigilância em saúde (BRASIL, 2011a).

Fica claro, portanto, que a regionalização efetiva a oportunidade do acesso à saúde para todos. No que se refere à Saúde Mental, o processo de regionalização também confere benefícios à área, o que ocorreu, principalmente, por meio do Decreto Nº 7.508/2011 que colocou a Saúde Mental na ordem do dia, ao fazer parte de forma mais efetiva da rede SUS em todos os níveis de atenção. Tal ação foi reforçada no mesmo ano com a Portaria Nº 3.088/2011, que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), constituindo um avançado marco regulatório para ampliar as oportunidades de acesso aos usuários da Saúde Mental. Ao propor que a atenção psicossocial esteja em sintonia com a atenção básica, figurando-a como ordenadora da RAPS no território, isso não apenas amplia o acesso para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS, como também articulam e integram as ações de cuidado com os demais pontos de atenção à saúde, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências (BRASIL, 2011b).

No processo de regionalização da saúde no Piauí, seguindo os preceitos regulatórios, organizados os 224 municípios em 11 Regiões de Saúde (Carnaubais, Chapada das Mangabeiras, Cocais, Entre Rios, Planície Litorânea, Serra da Capivara, Tabuleiros do Alto Parnaíba, Vale do Canindé, Vale do Rio Guaribas, Vale do Sambito e Vale dos Rios Piauí e Itaueiras), com a proposta de oferecer serviços em atenção primária (ESF e NASF), urgência e emergência (SAMU e Pronto Atendimento), atenção psicossocial (CAPS), atenção ambulatorial especializada e hospitalar.

No caso da Saúde Mental no Piauí, registra-se no estado o funcionamento de 54 CAPS, sendo 39 CAPS I, 7 CAPS II, 1 CAPS III, 4 CAPS AD, 2 CAPS AD III e 1 CAPS i. Entre os demais pontos da rede, conta-se ainda com 5 Serviços Residenciais Terapêuticos, 1 Hospital Psiquiátrico com 160 leitos; Ambulatórios em Saúde Mental; Atenção Primária (ESF, NASF e Consultório na rua), Serviço Hospitalar de Referência em Álcool e outras Drogas (SHR AD), além de 10 unidades integradas de saúde com ambulatório em Psiquiatria em Teresina. Tal cenário indica o avanço na oferta de serviços no campo psicossocial, se

comparado com o quadro de 10 anos atrás em que o Piauí figurava entre os piores estados em cobertura, no que concerne à saúde mental no país (BRASIL, 2015). Porém, o desafio não está apenas na abertura de serviços, mas em sua distribuição de forma a promover a equidade na oferta e no acesso aos serviços, cobrindo as localidades mais distantes e com carência de ações, justificando assim a importância da regionalização da RAPS.

Desse modo, faz-se pertinente destacar que o presente estudo é um recorte dos resultados da dissertação de Mestrado: “Regionalização da Política de Saúde Mental no Piauí: desafios para atenção psicossocial”, vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Piauí. No estudo em questão, o objetivo foi discutir o processo de implantação da RAPS no território da Planície Litorânea, à luz do processo de regionalização da Rede de Atenção Psicossocial no Piauí, em termos dos seus atores e percursos. Diferentemente da maioria dos estudos que centram seus interesses de pesquisa nas capitais e centros urbanos, a delimitação deste partiu do interesse de investigação sobre o processo de implantação da RAPS nos municípios do interior, precisamente no território da 1ª Regional de Saúde, localizado no extremo norte do estado do Piauí, conhecido como Planície Litorânea.

## **2. REFERENCIAL TEÓRICO**

### **2.1. Nos caminhos da Regionalização**

O Sistema Único de Saúde foi criado em um país com diversidades ao longo de sua extensão, como diferenças culturais, desigualdades sociais, regionais e políticas (GUERRA, 2015). Além disso, o SUS se utiliza dos princípios da integralidade, universalidade e equidade, bem como de diretrizes organizativas: descentralização, regionalização e hierarquização, que conferem racionalidade ao sistema como importante medida garantidora de direitos para toda a população brasileira (VASCONCELOS; PASCHE, 2006).

Enquanto diretriz organizativa, a regionalização do SUS é primordial para garantir aos usuários o acesso a serviços de qualidade onde quer que se encontrem, seja nos grandes centros urbanos, ou nas periferias das cidades, ou ainda nos municípios mais longínquos. Esta lógica de sistema recompõe uma escala adequada à organização dos serviços de saúde e, principalmente, agrega em um sistema cooperativo um conjunto de municípios, que, sozinhos, não podem garantir uma melhoria na eficiência e na qualidade da atenção. Por isso, a

regionalização amplia o acesso dos usuários ao serviço, além de reduzir custos sociais e impostos pelos deslocamentos para fora de suas regiões (SILVA; GOMES, 2014).

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

A própria literatura internacional aponta que as ações integradas em rede podem contribuir para a garantia de qualidade clínica, melhoria nos resultados sanitários e redução de gastos dos sistemas de atenção à saúde (MENDES, 2010). Na organização em rede, conforme indica Silva (2008), todos devem buscar a diminuição de poderes centralizados. Assim, os entes federados envolvidos coparticipam na construção de condições para operar serviços, possibilitar trânsitos e fluxos para a garantia da atenção de forma continuada, integral e resolutiva. Para isso, é necessário um suporte a essa relação interorganizacional onde se possam identificar quem são os participantes, quais os recursos envolvidos, as responsabilidades, a coordenação compartilhada, os objetivos específicos e comuns.

Na atenção primária, como um dos pontos (e talvez o principal) da RAPS, que inclusive, transversaliza ações com outras importantes redes (Cegonha, Atenção às Doenças e Condições Crônicas, Cuidado à Pessoa com Deficiência e de Atenção às Urgências e Emergências), há de se frisar a importância de se desinstitucionalizar práticas e saberes engendrados nos serviços, que não podem ou não estão capacitados para manejar casos de saúde mental. Há alguns pontos primordiais para se entender essa dificuldade da Atenção Primária em Saúde em lidar com a saúde mental: despreparo dos profissionais, em especial, para acolher as demandas; ausência na formação continuada e educação permanente deles; ênfase no modelo tradicional de atendimento; prioridade da política de saúde mental para lidar com os casos mais graves; além da ausência de tecnologias de cuidado (MACEDO, *et al.* 2015).

Assim, para esses autores, na RAPS é preciso superar a falsa centralidade do trabalho encastelado nos CAPS, e retomar a potência inventiva do trabalho em saúde mental em toda a sua extensão, ampliando a oferta de serviços e ações, inclusive com a rede intersetorial,

prezando por uma gestão compartilhada do cuidado em todo o território (MACEDO, *et al.* 2015).

Apesar do marco legal, por meio das importantes portarias e resoluções que dão garantia para a estruturação da RAPS em todo o país, é fundamental que esses instrumentos sejam incorporados pelos atores envolvidos no processo (gestores, trabalhadores e população usuária, bem como dos movimentos sociais e demais setores da sociedade civil), para de fato, se avançar na efetivação da regionalização da Política de Saúde Mental no Brasil, particularmente no Piauí.

### 3 METODOLOGIA

O estudo constituiu-se em uma Pesquisa Social, ancorado no método qualitativo, considerando o estudo das relações, representações e do conjunto de percepções e crenças pelas quais os seres humanos fazem de si mesmos, sentem e pensam. Desse modo, Minayo (2006) aponta o campo dos sentidos e do simbólico como partes integrantes da realidade social. Assim, a realização da pesquisa seguiu em duas etapas: análise documental e entrevista com os atores envolvidos no processo de regionalização da RAPS no Piauí.

Para Gil (1999), a utilização da análise documental consiste da leitura analítica de atas e documentos oficiais – ofícios, portarias e demais documentos institucionais, com finalidade de pesquisa. Nesse sentido, fez-se uso de documentos oficiais constantes nos arquivos da Gerência de Saúde Mental do Estado do Piauí e da 1ª Regional de Saúde de Parnaíba acerca do processo de implantação da RAPS.

Como segunda etapa, realizou entrevista semiestruturada para aprofundar a nossa compreensão sobre o objeto de investigação, a partir do olhar e do processo vivido pelos gestores e representante do controle social que participaram da implantação da RAPS no Piauí, tanto do âmbito estadual quanto nos municípios que integram a 1ª Regional de Saúde de Parnaíba, contando em sua rede de atenção obrigatoriamente com serviços de atenção básica (Estratégia Saúde da Família/ESF e Núcleo de Apoio às equipes Saúde da Família/NASF) e serviços de atenção psicossocial especializada (CAPS). Seguindo este critério, dos 11 municípios que compõem a 1ª Regional de Saúde somente quatro participaram do estudo: Parnaíba, Luís Correia, Buriti dos Lopes e Cocal. Para selecionarmos os participantes de cada município e da gestão estadual, optou-se pela amostra não probabilística, por se tratar de uma pesquisa qualitativa que não visa garantir representatividade por meio de quantificação, sendo ainda do tipo intencional, tendo em vista

que se selecionou um subgrupo a partir do critério de maior aproximação e envolvimento com a implantação da regionalização da RAPS na Planície Litorânea (PRODANOV; FREITAS, 2013). Ao todo participaram nove sujeitos de pesquisa nessa etapa da investigação, sendo dois representantes da Gerência Estadual de Saúde Mental e seis representantes das Secretarias Municipais de Saúde que compõem a Planície Litorânea e um representante da associação de usuários e familiares em saúde mental. Este número foi alcançado com base no resultado de balanço realizado pelos pesquisadores que conduziram o estudo, ao perceberem, no conjunto das informações obtidas, diferenças e semelhanças em termos do que se repetia nas entrevistas em torno do tema da regionalização da RAPS no Piauí (histórico, condições, entraves, negociações, avanços, desafios), indicando no discurso do grupo entrevistado a saturação da amostra em nove sujeitos de pesquisa. Por fim, como ferramenta auxiliar, foi feito uso de diários de campo, de modo a registrar percepções, impressões, reflexões a respeito da experiência vivenciada no trabalho de campo, ao longo de todas as etapas anteriormente descritas, com base em Triviños (2009).

O tratamento e análise de dados foram embasados na técnica de Análise de Conteúdo, que contou com momentos de pré-análise, classificação e agregação dos dados para definir as categorias de análise, a partir dos temas surgidos ao longo do material produzido na pesquisa, e por fim de interpretação. Quanto aos aspectos éticos, seguiram-se todos os preceitos estabelecidos na Resolução do CNS nº466/2012, resultando na aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Piauí, conforme CAAE 48767815.8.000.5214.

#### **4 RESULTADOS E DISCUSSÕES**

O trabalho documental realizado possibilitou o acesso aos seguintes documentos:

- 1) Plano de Ação da Rede de Atenção Psicossocial do estado do Piauí (2013-2015), que apresenta um panorama da Saúde e Saúde Mental no Piauí, no período que foi produzido em 2012, com suas primeiras iniciativas, até 2014; além disso, apresenta os serviços existentes e os pactuados para cada território de desenvolvimento do estado, tendo sido produzido com auxílio de gestores e profissionais de saúde do Piauí.
- 2) Portaria estadual nº 078/12, de 29 de agosto de 2012, que instituiu o primeiro grupo condutor da RAPS no estado.



- 3) Resolução CIB-PI nº095/2013, que resolve a aprovação da inclusão de dispositivos para a RAPS na Planície Litorânea.
- 4) Programação completa do I Encontro Regional da Rede de Atenção Psicossocial do Piauí, realizada em 11 de dezembro de 2013, que reuniu profissionais, gestores e usuários para discutir os rumos da RAPS no estado.
- 5) Programação do II Simpósio Álcool e outras Drogas na Contemporaneidade, realizado pela Secretaria de Estado da Saúde (SESAPI).
- 6) Resolução CIB-PI nº033/2014 sobre a aprovação da Unidade de Acolhimento Adulto Masculino, com gestão estadual, no município de Parnaíba.
- 7) Portaria GAB nº826/2015 de 09 de abril de 2015, que instituiu o segundo grupo condutor da RAPS no Piauí.
- 8) Resolução da CIR da Planície Litorânea nº001/2015, que rege a repactuação da rede para a Região.

Identificou-se, dessa forma, os seguintes atores que participaram mais ativamente da proposta do Plano de Ação Regional da Rede de Atenção Psicossocial: Gestores da Gerência Regional de Saúde Mental e da SESAPI, Representantes do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS – PI), Coordenadores de CIR, Representantes das regionais de saúde, Secretários municipais de saúde, Coordenadores da Atenção Básica dos municípios, Representantes de Hospitais Regionais e Profissionais de CAPS. Partindo dos dados encontrados, destacou-se dois momentos importantes para situarmos o processo de implantação da RAPS no Piauí e na Planície Litorânea: 1) As articulações iniciais para o processo de implantação da RAPS no estado, ocorridas em 2012 e 2) O parecer com a devolutiva do Ministério da Saúde sobre o Plano da RAPS do PI, em 2014.

#### **4.1 As articulações iniciais para a implantação da RAPS no Piauí**

No transcorrer do primeiro semestre de 2012, a Portaria da RAPS (Nº 3.080/2011) foi discutida com representantes da gestão dos municípios (secretários, coordenadores de CAPS, diretores de hospitais). Foram, inicialmente, realizadas visitas aos municípios interessados, a fim de pactuar serviços e seguir na construção do desenho da Rede, por meio das reuniões com a Comissão Intergestores Regional (CIR), anteriormente denominada Colegiado de

Gestão Regional (CGR).<sup>1</sup> Em seguida, foi formado um grupo condutor, de acordo com a Portaria estadual nº 078/12, de 29 de agosto de 2012, sendo constituído por dois representantes da Secretaria de Saúde do Piauí (SESAPI); dois representantes do CONASEMS-PI; dois representantes do Ministério da Saúde (apoio institucional); um representante das 11 Regiões de Saúde do Piauí e um representante da Fundação Municipal de Teresina.

Nesta perspectiva, o Plano de Ação de implantação da RAPS no Piauí foi composto considerando os itens estabelecidos pela Portaria Nº 3.088 de 23/12/2011: a) caracterização do estado, em termos de distribuição de serviços da RAPS nos territórios; b) desenho da rede; c) processo de implantação da rede; d) ampliação do acesso aos componentes da rede; e) encaminhamento do plano ao Ministério da Saúde.

Quanto à primeira etapa sobre a caracterização do estado, definiu-se que os 11 territórios de desenvolvimento deveriam contar com uma Rede composta por serviços e equipamentos variados, tais como: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); Centros de Convivência e Cultura, Unidade de Acolhimento (UAs) e leitos de atenção integral em saúde mental (em Hospitais Gerais). Porém, nem todos os territórios apresentavam a cobertura total de serviços da rede; pelo contrário, o que caracterizava os territórios do Piauí no início de 2012 eram basicamente, dois tipos de dispositivos localizados nos seguintes pontos de atenção: a) atenção básica: equipes da Estratégia de Saúde da Família (presentes em todos os municípios) e equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (presentes em somente alguns municípios); b) atenção psicossocial especializada: 43 Centros de Atenção Psicossocial (30 CAPS I, 7 CAPS II, 1 CAPS III, 1 CAPS i, 4 CAPS AD). Os demais equipamentos, como serviços residenciais terapêuticos, unidades de acolhimento, leitos em hospitais gerais e hospitais psiquiátricos estavam localizados basicamente na capital, com exceção da SRT, no município de União (PIAUI, 2014).

Embora, em 2012, o Piauí apresentasse bons índices de cobertura de CAPS (0,91) de acordo com Brasil (2012), outros componentes da rede eram inexistentes (Centros de Convivência, Consultório na Rua, CAPS AD III, dentre outros) ou, quando muito, conforme dito anteriormente estavam concentrados em Teresina. Sabe-se que cada dispositivo para ser

---

<sup>1</sup>O Colegiado de Gestão Regional (CGR), foi a denominação anterior do que atualmente, chama-se de Comissão Intergestores Regional (CIR), caracteriza-se por ser uma estrutura criada pelo Pacto pela Saúde objetivando qualificar a regionalização no SUS, de modo que garanta o exercício da ação cooperativa entre os gestores nas regiões de saúde, formando um espaço de governança em âmbito regional (BRASIL, 2006).

implantado depende do porte populacional da localidade ou da Região de Saúde da qual faz parte. Por isso, a dificuldade da maioria dos municípios do interior do Piauí em contar com determinados serviços de forma isolada.

Quanto à segunda etapa, que se refere ao desenho da rede, a proposta tomou como base a matriz diagnóstica dos municípios. A gestão local de cada município sinalizou o quantitativo populacional das Regiões de Saúde e os novos serviços a serem implantados, resultando, assim, na preparação do Plano de Ação Regional. Uma vez estabelecido o diagnóstico, em termos dos serviços existentes, foi planejada a pactuação dos seguintes serviços para o fortalecimento da RAPS, em cada território de saúde do Piauí:

Quadro 1 – Síntese dos serviços pactuados em cada ponto de atenção da RAPS no Piauí

Componentes da rede	Pontos de atenção	Serviços Pactuados	Quantidade
Atenção Primária em Saúde	Unidade de Saúde da Família (USF) Unidade Básica de Saúde (UBS) Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) Consultório de Rua Centro de Convivência	Centro de Convivência	3 CeCCo
Atenção Psicossocial Especializada	Ambulatórios de Saúde Mental CAPS I CAPS II CAPS III CAPS AD e ADIII CAPS i	CAPS I CAPS II CAPS III CAPS AD e ADIII CAPS i	52 CAPS
Atenção à Urgência e Emergência	Unidade de Pronto Atendimento e SAMU	Urgência Psicossocial	01
Atenção residencial de caráter transitório	Unidade de Acolhimento Adulto Unidade de Acolhimento-Infanto Juvenil Comunidade Terapêutica	UAA UA infanto-juvenil CT	14 UAA 11 UA infanto-juvenil 2CT
Atenção Hospitalar	Leitos em Hospital Geral Enfermaria Especializada	Leitos em Hosp. Geral	202 leitos
Estratégia de Desinstitucionalização	Serviço Residencial Terapêutico Programa de Volta para Casa	SRT	6 SRT
Reabilitação Psicossocial	Cooperativas e demais ações voltadas para inserção trabalho, escolarização e inserção social	Cooperativa Social	02
Total			293

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

O Plano, portanto, despertou inúmeras expectativas entre trabalhadores e, especialmente, para os gestores de todo o Piauí, com a promessa de implantação de 293 novos serviços, conseqüentemente a entrada de novos recursos e possibilidades de contratação de pessoal para a ampliação da rede de Saúde Mental em todo o estado.

Entretanto, ao analisar o Plano e as pactuações de cada território é possível levantar de imediato pelo menos dois questionamentos que se desdobram numa série de outros:

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

2) Observa-se que o critério populacional estabelecido pelas portarias de cada serviço, não está em acordo com o documentado apresentado quanto ao número de habitantes de determinadas localidades que justifique a implantação.

O primeiro equívoco é quanto ao número de habitantes de cada Região de Saúde que está em desacordo com o Censo de 2010, (IBGE, 2010) ou qualquer outra população estimada para os anos posteriores, até o Plano ser finalizado em 2014, incluindo propostas de pactuações até 2015.

Quadro 2 – População do Censo 2010, estimativas até 2015 das Regionais de Saúde do Piauí e demonstrativo populacional do Plano de Ação da RAPS, (PIAUI, 2014).

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

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

Quanto aos CAPS II pactuados, a Portaria N° 3.088/2011 estabelece que esse serviço possa ser implantado em municípios ou regiões com população acima de 70 mil habitantes. Entretanto, o Plano estabelece que, no caso do município de Pedro II, que conta com 37.496 habitantes, foi pactuada a qualificação do CAPS I existente naquele município para CAPS II. Tal decisão está em desacordo ao que estabelece a Portaria da RAPS.

Quanto aos CAPS AD pactuados, a Portaria N° 3.088/2011 estabelece que esse serviço pode ser implantado em municípios ou regiões com população acima de 70 mil habitantes. Entretanto, o Plano estabelece que, no caso do município de Demerval Lobão, que conta com 13.278 habitantes, foi pactuada a implantação de um CAPS AD com Lagoa (3.863 hab.), Barro Duro (6.607 hab.), Monsenhor Gil (10.333 hab.), Miguel Leão (1.253 hab.), Currealinhos (4.183 hab.), Agricolândia (5.098 hab.) e Passagem Franca (4.546 hab.), totalizando 49.161 habitantes. Neste caso, quantitativo inferior ao que estabelece a Portaria da RAPS. O mesmo equívoco ocorre em Oeiras, que conta com 35.640 habitantes, e também foi prevista a implantação de um CAPS AD.

Quanto aos CAPS I pactuados, a Portaria N° 3.088/2011 aponta a implantação em municípios ou regiões com população acima de 70 mil habitantes. O Plano estabelece que no caso do município de Demerval Lobão, que conta com 13.278 habitantes, foi pactuada a implantação de um CAPS I com Lagoa (3.863 hab.), Barro Duro (6.607 hab.), Monsenhor Gil (10.333 hab.), Miguel Leão (1.253 hab.), Currealinhos (4.183 hab.), Agricolândia (5.098 hab.) e Passagem Franca (4.546 hab.), totalizando 49.161 habitantes, quantitativo inferior ao previsto pela Portaria. O mesmo equívoco ocorre em Elesbão Veloso, que conta com população de 14.512 habitantes, e foi pactuado com Barra do Alcântara (3.852 hab.), Várzea Grande (4.336 hab.) e Francinópolis (5.235 hab.), totalizando 27.935 habitantes, quantitativo também inferior ao estabelecido pela Portaria. Por fim, o mesmo se repete em Pimenteiras, que conta com população de 11.733 habitantes, que foi pactuado com Assunção do Piauí (7.503 hab.) resultando no total de 19.236 habitantes.

Respectivamente aos Leitos Integrais em Saúde Mental, a Portaria N° 3.088/2011 estabelece 1 leito para 23 mil habitantes. Entretanto, o Plano estabelece, de forma equivocada, maior número de leitos do que cada Região de Saúde comportaria; e, em outras situações, ocorre o inverso, como é o caso de Chapada das Mangabeiras que poderia contar com maior número de leitos do que foi indicado na pactuação. No total foram pactuados 202 leitos no Plano de Ação, enquanto estariam previstos somente 130 leitos.

Quadro 3 – Comparativo entre os Leitos Previstos pela Portaria 148/2012 e no Plano de Ação do Piauí

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

\* Pactuação entre as duas Regiões

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

Quanto às Unidades de Acolhimento Adulto, a Portaria Nº 121/2012 estabelece que esse serviço pode ser implantado em municípios ou regiões com população acima de 200 mil habitantes. Entretanto, o Plano estabelece vários equívocos: 1) no caso do município de Bom Jesus, que conta com 22.629 habitantes, foi pactuado com todo o território da Chapada das Mangueiras (187.457 hab.) a implantação de uma U.A Adulta; 2) no caso de Água Branca, que conta com 16.451 habitantes, foi pactuado com a microrregião do Médio Parnaíba (130.790 hab.) a implantação de uma U.A Adulta; 3) no caso de Amarante, que conta com 17.135 habitantes, também foi pactuado com a microrregião do Médio Parnaíba (130.790 hab.) a implantação de uma U.A Adulta; 4) no caso de Monsenhor Gil, que conta com 10.333 habitantes, foi pactuado com Lagoa do Piauí (3.863 hab.), Curalinhos (4.183 hab.) e Miguel Leão (1.253 hab.), totalizando somente 19.632 habitantes a implantação de uma U.A Adulta; 5) no caso de União, que conta com 42.654 habitantes, foi pactuado com Miguel Alves (32.289 hab.), Lagoa Alegre (8.008 hab.) e José de Freitas (37.085 hab.), totalizando 120.036 habitantes a implantação de uma U.A Adulta e 7) no caso de Uruçuí, que conta com 20.149

habitantes, foi pactuado a implantação de uma U.A Adulta. Em todas as localidades citadas a população pactuada é inferior a 200 mil habitantes para implantação da U.A Adulta.

Quanto às Unidades de Acolhimento Infantojuvenil, a Portaria Nº 121/2012 estabelece que esse serviço pode ser implantado em municípios ou regiões com população acima de 100 mil habitantes. Entretanto, o Plano apresenta vários equívocos: 1) no caso do município de Miguel Alves, que conta com 32.219 habitantes, foi pactuado com Lagoa Alegre (8.008 hab.) e União (42.654 hab.), totalizando 82.881 habitantes, a implantação de uma U.A

Infantojuvenil; 2) no caso de Uruçuí, que conta com 20.149 habitantes, foi pactuado a implantação de uma U.A Infantojuvenil; 3) e Oeiras, que conta com 35.640 habitantes, foi pactuado a implantação de uma U.A Infantojuvenil. Em todas as localidades citadas a população pactuada é inferior a 200 mil habitantes para a implantação da U.A Infantojuvenil.

Quanto aos Centros de Convivência, a Portaria Nº 396/2005 estabelece que esse serviço pode ser implantado em municípios ou regiões com população acima de 200 mil habitantes. Entretanto, o Plano apresenta os seguintes equívocos: 1) Esperantina, que conta com 37.767 habitantes, foi pactuado com Luzilândia (24.721 hab.), Batalha (25.774 hab.) e Barras (44.850 hab.), totalizando 133.112 habitantes; e 2) Piri-piri, que conta com 61.814 habitantes, foi pactuado com Piracuruca (27.553 hab.), Capitão de Campos (10.953 hab.), Brasileira (7.966 hab.), Domingos Mourão (4.264 hab.), Lagoa de São Francisco (6.422 hab.), Milton Brandão (6.769 hab.), Pedro II (37.496 hab.), São João da Fronteira (5.608 hab.) e São José do Divino (5.148 hab.), totalizando 173.993 habitantes. Em ambos, a população pactuada é menor que 200 mil habitantes, o que impossibilita a implantação do serviço previsto.

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

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

- 01 CAPS I em Caraúbas, pactuado com os municípios de Caxingó e Murici dos Portelas;
- 01 CAPS i em Parnaíba, com abrangência de atendimento a todo o território;
- 01 Unidade de Acolhimento Infantojuvenil em Parnaíba para atendimento a todos os municípios do território;
- 01 Unidade de Acolhimento Adulto em Parnaíba, com abrangência de atendimento a todos os municípios do território;
- 01 Unidade de Acolhimento Adulto em Luís Correia;
- 01 Unidade de Acolhimento Infantojuvenil em Cocal, pactuado com municípios de Caxingó, Cocal dos Alves e Caraúbas;
- 01 Serviço Residencial Terapêutico em Parnaíba, com abrangência de atendimento a todos os municípios do território;
- 10 leitos de atenção psicossocial no Hospital Estadual Dirceu Arcoverde, localizado em Parnaíba, com abrangência de atendimento a todos os municípios do território;
- 04 leitos de atenção psicossocial em Luís Correia;
- 04 leitos de atenção psicossocial em Cocal, pactuado com os municípios de Caxingó, Cocal dos Alves e Caraúbas.

Com exceção do quantitativo de leitos pactuados, 18 em vez de 11 conforme previsto de acordo com os parâmetros da Portaria respectiva, e as três U.A. pactuadas em vez de somente uma, que é o que estaria de acordo com a Portaria, as demais pactuações estavam todas em conformidade com as normativas. Porém, novamente percebe-se a preocupação voltada apenas para implantação de serviços sem a prerrogativa do trabalho em rede.

Dando sequência à etapa de elaboração do Plano, foi realizado o I Encontro da Rede de Atenção Psicossocial do Estado do Piauí, em 2013, na tentativa de propor um fórum de discussão e debates de acordo com o que preconizava a Portaria 3.088/2011. Conforme relatos e o próprio material consultado sobre o evento, fica claro que o objetivo foi dar visibilidade ao Plano de Ação proposto e apresentar o desenho da Rede. O evento contou com Rev. FSA, Teresina PI, v. 13, n. 4, art. 12, p. 235-261, jul./ago. 2016 [www4.fsnet.com.br/revista](http://www4.fsnet.com.br/revista)



a presença de profissionais, gestores, autoridades do estado e do município, representantes do Ministério da Saúde, das instituições de ensino superior, usuários, entidades da sociedade civil, etc. A organização da programação do encontro foi seccionada em cada ponto de atenção, com a intenção de apresentar os serviços que os compõem e o que o Plano prometia. Fato que demonstra à dificuldade de se pensar a organização dos serviços na perspectiva de uma rede integrada para responder as necessidades em Saúde Mental da população.

No tópico seguinte, será apresentada a devolutiva do Ministério da Saúde sobre o Plano elaborado, bem como as problematizações sobre a forma, na qual, a RAPS no PI foi estruturada.

#### **4.2 A devolutiva do Ministério da Saúde sobre o Plano da RAPS do Piauí**

Sobre a devolutiva do Ministério da Saúde, os entrevistados relataram que foram indicadas inconsistências no desenho da rede, no tocante à implantação de alguns dispositivos pactuados, inclusive para a Planície Litorânea. As principais foram: análise do contexto de saúde e aspectos sócio demográficos com imprecisões; serviços previstos para serem implantados sem seguir a prerrogativa da normativa que pressupõe critério populacional para sua abertura (já apontado na análise que se procedeu no tópico anterior); falta de infraestrutura nos hospitais gerais das regiões para a ampliação de leitos de atenção psicossocial e não observância das normas do Ministério da Saúde quanto à criação de novos leitos – a autorização seria para liberação de verba de custeio somente para reforma e ajustes, e não para a construção; dentre outros.

Observando os documentos reunidos com base na Portaria N° 3.088/2011, em seu Artigo 13, que versa sobre a operacionalização da implantação da Rede de Atenção Psicossocial em quatro fases, identificou-se que o Plano de Ação do Piauí (2013-2015), nas duas primeiras fases que antecederam a aprovação na CIR e CIB daquilo que tinha sido pactuado, não seguiu o exigido pelo respectivo documento:

Fase 1: Desenho Regional da Rede de Atenção Psicossocial – a) O Plano apresenta dados sócio espaciais, geográficos, demográficos, atividade produtiva e econômica, além de informações sobre a renda da população e aspectos de saúde materno infantil, acompanhado da descrição dos serviços nos diversos níveis de atenção. Por outro lado, não aborda a situação de saúde das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, com dados primários e indicadores epidemiológicos. Ademais, apesar de apresentar os serviços existentes e a necessidade de

implantação, não dimensiona a demanda assistencial com base nos indicadores de saúde mental do estado e suas respectivas Regiões de Saúde; como também não faz referência a qualquer análise da situação da regulação, da avaliação e do controle, da vigilância epidemiológica, do apoio diagnóstico, do transporte, da auditoria e do controle externo, dentre outros; b) Apesar de o Plano apresentar as pactuações para compor o desenho da Rede, não indica as atribuições, as responsabilidades e o aporte de recursos necessários pela União, pelo Estado, e pelos Municípios envolvidos; c) Em relação à instituição do Fórum Rede de Atenção Psicossocial, que tem como finalidade a construção de espaços coletivos plurais e múltiplos para a participação cidadã na construção de um novo modelo de atenção à saúde mental, apenas foi realizado, o já citado, I Encontro da Rede de Atenção Psicossocial do Estado do Piauí que, na verdade, tratou de uma ação pontual, sem continuidade.

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

Na opinião de alguns dos entrevistados acerca da devolutiva do Ministério da Saúde, muitos secretários de saúde apenas visaram à abertura de dispositivos sem conhecer as normativas vigentes e a respectivas formas de custeio.

Digo que foi um Plano fictício porque eles tentaram dar uma passada maior que a perna; por isso que os municípios não abriram (ou irão abrir) os serviços. Eles não têm equipe, não têm recursos humanos suficientes, por exemplo. Isso ocorreu porque realmente desconheciam a portaria. Há muitas coisas que não seguiram porque não levaram em conta a realidade. Em função de não terem seguido as portarias e nem observado a questão populacional está sendo tudo refeito (E2).

Com base no percurso exposto, indicam-se as seguintes linhas de discussão: a) a RAPS no PI, no seu 1º Plano de Ação (2013-2015), resume-se a mera implantação de serviços sem considerar estratégias, que são de maior urgência, no que se refere a mudança dos processos de trabalho e organização dos serviços, bem como estratégias de regulação e acompanhamento, para a garantia do trabalho em rede em cada município e entre os

municípios de uma mesma Região de Saúde; b) desconhecimento, por parte dos gestores e trabalhadores, dos instrumentos e normativas para implantação da RAPS no PI; c) efeitos de um processo verticalizado, além da normatização e impasses com o financiamento; d) ausência de participação e controle social.

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

No entanto, os próprios entrevistados indicam que a discussão em torno da construção do desenho da Rede priorizou exclusivamente a implantação dos serviços, deixou de lado a importância da atenção básica. Não levaram em consideração também, os fatores humanos, sociais, históricos, em termos da organização dos processos de trabalho das equipes e dos serviços nos diferentes níveis de atenção, além dos aspectos de formação e a participação dos próprios usuários e familiares dentro deste processo como protagonistas. Conforme o Entrevistado 1: “A construção da rede não pensou no profissional, usuário, famílias. Alguns profissionais falavam que a solução para a RAPS é abrir dispositivo, mas vejo que não é só abrir serviço, temos que trabalhar toda a rede, desde a atenção básica” (E1).

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

Sobre o desconhecimento dos instrumentos e normativas, a reconstrução do processo de elaboração do Plano (2013-2015), a partir dos documentos e das entrevistas, favoreceu a percepção da fragilidade dos processos e instrumentos de gestão e coparticipação, especialmente entre os municípios pequenos, em termos não apenas do desconhecimento das normativas e acompanhamento das mudanças das resoluções e portarias no âmbito da Saúde por parte daqueles que estão à frente das Secretarias Municipais de Saúde, como também do maior interesse na implantação de novos serviços como forma de garantir a entrada de recursos e visibilidade política perante a população local. Ademais, estes municípios não

contaram com o efetivo acompanhamento e orientação devida por parte da instância Gerência Estadual de Saúde Mental da época, o que resultou nos equívocos e imprecisões já referidos.

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

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

Por outro lado, os entrevistados também comentaram que houve fragilidade no apoio e acompanhamento de todo o processo por parte do próprio Ministério da Saúde.

Apesar do esforço, faltou apoio do Ministério da Saúde, porque durante este processo tivemos sete apoiadores no período de dois anos. E isso foi um ponto negativo para a Gerência e Grupo condutor que foi a falta de um apoio mais sistematizado e próximo. Como não teve esse apoio, acho que poderíamos ter acertado mais. A troca muito grande de apoiador e a ausência resultaram nisso. Terminamos muito soltos, sem apoio, e talvez isso tenha nos levado a fazer coisas que no plano não era a mais acertada, a mais correta, até mesmo coisa de portaria, ou seja, da interpretação mesmo da portaria, coisa de dispositivo que achávamos que podia ser feito e depois acontecia a inconsistência (E2).

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

As dificuldades no âmbito da Saúde não são apenas técnico-gerenciais, mas também de financiamento. A burocratização e o financiamento público para a Saúde Mental são fatores relevantes na discussão atual. Segundo Gonçalves; Vieira e Delgado (2012), a maioria dos países gastam menos de 1% do orçamento da saúde em saúde mental, e desse modo o

financiamento se torna uma dificuldade para o trabalho na área. O Brasil, conforme apontam os autores, apresentou gasto em torno de 2,5% com a saúde mental entre 2001 e 2009. Se comparado com aos países europeus, cerca de 61,5% destes gastam mais do que 5% do orçamento da saúde, na saúde mental. Sabe-se que um dos maiores problemas para a efetivação da RAPS é o financiamento, porém é preciso ampliar a concepção a esse respeito para não se deixar ser ofuscado por este problema, sem perceber outro tão importante quanto. Nesse sentido, é fundamental observar onde o recurso é investido e se o investimento é custo-efetivo.

Garcia (2011) afirma que o Pacto pela Saúde até garante os incentivos para a expansão da rede, contudo fica como desafio o seu custeio. É neste ponto que são gerados inúmeros entraves nos processos de pactuação pois, não raro, os gestores locais acabam declinando frente ao processo de implantação de novos serviços em função de argumentarem que não têm provimento para as despesas de custeio.

Desse modo, muitos entrevistados fizeram referência à questão do financiamento como principal entrave do Ministério da Saúde para aprovação do Plano (2013-2015):

“A nível federal o entrave é o financiamento para abertura de dispositivos, ele não tem recurso, já estive na coordenação de saúde mental, e não tem recurso até 2016, até esse período não tem recurso pela crise financeira, todas estão travadas, a Rede Cegonha, a RAPS, etc.” (E6).

Ampliando o olhar para o modo como todo o processo de elaboração do Plano foi conduzido, fica claro que não houve qualquer discussão entre a Gerência Estadual de Saúde Mental e os gestores municipais, nos documentos pesquisados a esse respeito. Disso, resultam prejuízos nos processos de pactuação, pois não se tinha claros as responsabilidades e o aporte de recursos de cada ente envolvido no processo.

Sobre a participação do controle social ao longo da elaboração do Plano (2013-2015), é notória a ausência dos usuários e familiares em todo o processo; processo este, como se pudes perceber, claramente norteados pelo tempo e interesse da administração pública, sem espaço para o amplo debate, com seus consensos e dissensos, reconhecendo, a importância dos usuários e familiares da Saúde Mental no Piauí que, organizados em Associações, têm contribuído na crítica e na forma como percebem os serviços.

Após a devolutiva do Ministério da Saúde com a não aprovação do Plano (2013-2015), no caso da Planície Litorânea, que estaria previsto para haver a implantação de diversos serviços, resultou em grande decepção. Entre os serviços previstos no Plano, pode-se dizer que somente dois foram de fato implantados: U.A Adulto e Infantojuvenil pela Secretaria de Rev. FSA, Teresina PI, v. 13, n. 4, art. 12, p. 235-261, jul./ago. 2016

Assistência Social de Parnaíba e não pela Secretaria de Saúde, conforme previsto no documento. Quanto aos leitos integrais em saúde mental, previstos para serem implantados no Hospital Dirceu Arcoverde, no município de Parnaíba, após a notícia que não teria o repasse para sua implementação, mas tão somente para adequação, os gestores locais declinaram do que tinha sido pactuado.

Em reuniões mais recentes, ocorridas no ano de 2015, após negociações, foi possível repactuar na CIR da Planície Litorânea e, posteriormente, na CIB os leitos de atenção integral em saúde mental, agora destinado a um hospital privado, conveniado ao SUS. Do mesmo modo, ocorreu com os CAPS e a SRT “pactuados”, nenhum deles foi aberto. No caso dos demais hospitais havia como proposta a implantação de 4 leitos em Cocal e 4 em Luís Correia, mas não foi possível repactuar devido ambos contarem com menos de 50 leitos, o que foge ao preconizado, além da infraestrutura insuficiente.

Em suma, este foi o processo de estruturação do Plano de Ação (2013-2015) na perspectiva de fortalecer a Saúde Mental nos territórios de saúde de todo o estado. Entretanto, em função das inconsistências e equívocos ao longo do seu processo de construção, sinalizados inclusive na devolutiva do Ministério da Saúde aqui debatido, o documento não foi aprovado para seguir para as demais fases de contratualização dos Pontos de Atenção e qualificação dos componentes da rede. Fato este que gerou, sem dúvida, entrave de diversas ordens ao processo de regionalização da RAPS no Piauí conseqüentemente, o seu atraso, devido às questões gerenciais quase sempre atravessadas pela cultura personalista, pautada na manutenção de práticas centralizadoras, de fidelidade política, paternalista, ocasionadoras de dependência, entre outros. O resultado não pode ser outro: fragilização da rede de serviços primários e especializados, acompanhado das dificuldades institucionais, gerenciais, financeiras e políticas do setor (MACEDO; DIMENSTEIN, 2012).

Em 2015, com a mudança do Governo do Piauí, conseqüentemente da Gestão da SESAPI e a equipe da Gerência Estadual de Saúde Mental, foi iniciado novo processo de elaboração de um 2º Plano de Ação, reparando as inconsistências do Plano anterior, para nova pactuação dos pontos de atenção da RAPS.

A nova condução tem seguido os marcadores estabelecidos pela Portaria Nº 3.088/2015, instituindo um novo grupo condutor que passou a contar com novos participantes, inclusive com membros do controle social, neste caso, representantes dos usuários e trabalhadores (Associações de Saúde Mental do Piauí) e também da Universidade Federal do Piauí. Tal mudança sinaliza diferente do grupo condutor anterior, avanços no sentido de

incluir o olhar e experiência de outros atores, além de fortalecer o protagonismo dos usuários e familiares, bem como a integração serviço-gestão-instituições formadoras.

Acredito que vai melhorar ainda mais essa questão da RAPS, de acordo com a realidade, porque na gestão anterior, era feito assim: meio que algo fictício, era colocado que seriam abertos mais CAPS, e que realmente muitas vezes não tínhamos condição de abrir esses CAPS, em função do que estava posto pela realidade. Então percebo que com essa nova gestão tem como nos supervisionar melhor, tem como nos escutar (E1).

A partir da conformação deste novo grupo e da dinâmica de trabalho instaurada, os esforços são, conforme os relatos, seguir atentamente o estabelecido pela Portaria 3.088/2011 para poder avançar com êxito nas etapas estabelecidas pela normativa ministerial.

Quanto à Planície Litorânea, em 2015, ocorreram várias reuniões na CIR, com os municípios que a compõem, para pensarem as novas pactuações.

No dia 17 de março de 2015, na sede da 1ª Regional de Saúde, em Parnaíba, ocorreu uma reunião da CIR da Planície Litorânea, com a presença da nova gestão estadual da Saúde Mental e secretários de saúde da Planície Litorânea. Foram apontados: o processo de repactuação e os dispositivos que permaneceriam para serem implantados, presenciamos a leitura de cada um, bem como a eleição dos representantes da Planície Litorânea no novo grupo condutor (Diário de Campo de 17/03/2015).

Observando as normativas, com base na devolutiva do MS, considerando ainda o que era possível realizar, definiu-se na reunião da CIR da Planície Litorânea em 17/03/2015, registrada no documento de nº002/2015 de 07/05/2015 (aguardando somente a aprovação na CIB), a permanência dos seguintes dispositivos, fruto de repactuação: habilitação de 09 leitos de atenção psicossocial no Hospital Nossa Senhora de Fátima, localizado em Parnaíba, como referência para todos os municípios da Planície Litorânea, em virtude da falta de estrutura do Hospital Regional Dirceu Arcoverde; implantação de um Serviço Residencial Terapêutico tipo I, também como referência para os municípios da Planície Litorânea e implantação do Centro de Atenção Psicossocial Infantil- CAPS i no município de Parnaíba. Cabe frisar, que tais propostas estão previstas para serem implementadas em 2016/2017.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao que se pode constar quanto ao processo de estruturação da RAPS e sua regionalização no Piauí, o Plano de Ação Regional (2013-2015) que foi produzido e enviado ao Ministério da Saúde apresentou inconsistências diversas quanto à observância do critério

populacional para abertura de serviços, além do financiamento e impasses com os gestores dos municípios. O resultado foi a devolução do Plano para ajustes e adequações, devido à condução por parte da Gerência Estadual de Saúde Mental não ter realizado o debate sobre a RAPS de forma ampla e participativa com todos os setores e atores envolvidos.

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

Esse estudo pretendeu contribuir com a discussão da regionalização da Saúde Mental no Piauí tanto na perspectiva de alertar, de um lado, que equívocos não sejam repetidos, e do outro, que o debate sobre a regionalização da saúde mental não pode de forma alguma reduzir-se meramente à implantação de serviços. A institucionalização do processo de regionalização depende de instâncias de gestão dos processos saúde-doença-sofrimento-cuidado de cada território, a partir das equipes de trabalho, de modo a articular e envolver os serviços, inclusive intersetoriamente, para construir planos de continuidade do cuidado e gestão e coordenação de casos. Desse modo, aposta-se na regionalização como importante elemento organizativo do SUS e como ferramenta para superar a fragmentação da atenção em saúde, propondo articulação da rede, efetivando a produção de cuidado, garantindo a equidade e acessibilidade da população aos serviços. Para tanto, é fundamental o olhar para além da rede psicossocial especializada (rede CAPS), buscando organizar a atenção básica como porta de entrada e coordenadora na oferta de cuidados em saúde mental no território, a fim de tentar superar impasses em uma das mais perversas fragmentações no SUS, que é entre a atenção básica e a psicossocial. Por fim, advoga-se que esse giro metodológico e ético-político frente ao processo de implantação da regionalização da RAPS, ajudará a tornar a assistência em Saúde Mental do Piauí menos desigual.



## REFERÊNCIAS

- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: 1988.
- \_\_\_\_\_. **Diário Oficial da União. Lei Orgânica do SUS nº 8080/90**. Brasília: 1990.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Legislação sobre diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Portaria nº 4.279/2010. Brasília: 2010.
- \_\_\_\_\_. **Legislação a Rede de Atenção à Saúde**. Decreto de nº 7.508/2011. Brasília: 2011a.
- \_\_\_\_\_. **Legislação sobre a Rede de Atenção Psicossocial**. Portaria nº 3.088/2011. Brasília: 2011b.
- \_\_\_\_\_. **Saúde Mental em Dados**. Ano VII, Nº 11. Brasília, outubro de 2012.
- \_\_\_\_\_. **Saúde Mental em Dados**. Ano X, nº 12. Brasília, setembro de 2015.
- GARCIA, M. L. T. O Financiamento Federal da Saúde Mental após o Pacto da Saúde. **Libertas- Revista da Faculdade de Serviço Social**- Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora, v.11, n.2, 2011.
- GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 3 ed. 1999.
- GONÇALVES, R. W.; VIEIRA, F. S.; DELGADO, P. G. G. Política de Saúde Mental no Brasil: evolução do gasto federal entre 2001 e 2009. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 46, n. 1, p. 51-58, 2012.
- GUERRA, D. M. **Descentralização e Regionalização da Assistência à Saúde no Estado de São Paulo: Uma Análise do Índice de Dependência**. 209f. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, 2015.
- IBGE – **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**, Censo Demográfico de 2010a. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, dados referentes à população de municípios do Piauí. (IDHM). Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/uf.php?lang=&coduf=22&search=piaui>> Acesso em 28 de Jun. de 2015.
- MACEDO, J. P. *et al.* A RAPS na atenção em álcool e outras drogas: proposições para a integralidade do cuidado a partir da APS. In: ROSA, L. C. dos S. *et al.* **CRR Articulando a RAPS: a construção e novas práticas e saberes no Piauí**. Brasília: Verbis Editora, 2015. cap. 6, p. 137-167.
- \_\_\_\_\_; DIMENSTEIN, M. A reforma psiquiátrica em contextos periféricos: o Piauí em análise. **Memorandum**, 22, p. 138-164, 2012.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência e Saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v.5, n.15, p. 2297-2305, 2010.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec; 1997. p. 71-112.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. Ed. 9ª, São Paulo: Hucitec, 2006, 406p.

PIAUI, Secretaria de Saúde do Piauí (SESAPI), **Plano de Ação da Rede de Atenção Psicossocial do Estado do Piauí**, PI, Teresina, 2014.

PAIM, J. S. Reforma Sanitária Brasileira: avanços, limites e perspectivas. **Estado, Sociedade e Formação**, 2010.

PASSOS, E. *et al.* Autonomia e cogestão na prática em saúde mental: o dispositivo da gestão autônoma da medicação (GAM). **Aletheia**, Canoas, n.41, p. 24-38, 2013.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E.C. **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico**. 2ª Ed., Novo Hamburgo, RS: Associação Pró-Ensino Superior em Novo Hamburgo - ASPEUR, 2013.

REGIÃO E REDES: caminhos da universalização da saúde no Brasil. Disponível em: <[http://www.resbr.net.br/indicadores/view/index.php?uf=22&indicador=grupo\\_socio](http://www.resbr.net.br/indicadores/view/index.php?uf=22&indicador=grupo_socio)>. Acesso em 25 de jan. de 2016.

RIVERA, F. J. U.; ARTMANN, E. Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo. **Ciências e saúde coletiva**, v.4, n.2, p. 355-365, 1999.

SILVA, E. C. da; GOMES, M. H. de A. Regionalização da saúde na região do Grande ABC: os interesses em disputa. **Saúde e sociedade**. São Paulo, v.23, n.4, p. 1383-1396, 2014.

SILVA, S. F. da (org). **Redes de atenção à saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde**. Campinas, SP: IDISA: CONASEMS, 2008.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais**. A Pesquisa Qualitativa Em Educação. O Positivismo. A Fenomenologia. O Marxismo. 5 ed. 18 reimpr. São Paulo: Atlas, 2009, p.175.

VASCONCELOS, C. M. de; PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G. W. de S.; MINAYO, M. C. de S.; AKERMAN, M.; DRUMOND JÚNIOR, M.; CARVALHO, Y. M. de. **Tratado de saúde coletiva**. Rio de Janeiro: Hucitec; Fiocruz, tab, graf. (Saúde em debate, 170), 2006, p.531-562.

**Como Referenciar este Artigo, conforme ABNT:**

Macedo, J. P. S; Cardoso, F. M. C. A Regionalização da Rede de Atenção Psicossocial no Piauí: Caminhos e Percursos. **Rev. FSA**, Teresina, v.13, n.4, art.12, p.235-261, jul./ago. 2016.

<b>Contribuição dos Autores</b>	<b>J. P. S. Macedo</b>	<b>F. M. C. Cardoso</b>
1) concepção e planejamento.	X	X
2) análise e interpretação dos dados.	X	X
3) elaboração do rascunho ou na revisão crítica do conteúdo.	X	X
4) participação na aprovação da versão final do manuscrito.	X	X