

ASSISTÊNCIA EM SAÚDE MENTAL NO PIAUÍ: MECANISMOS ESTRUTURAIS PARA O CUIDADO ENTRE A RAZÃO E A DESRAZÃO

*Assistance on Mental Health in Piauí: structural mechanisms for care between
reason and unreason*

Lucíola Galvão Gondim Corrêa Feitosa¹

Maria do Rosário de Fátima e Silva²

Resumo

A assistência em Saúde Mental vem passando por intensa reestruturação a partir da lei 10.216/2001, o que impôs modificações a partir da consolidação da RAPS – Rede de Atenção Psicossocial através da portaria ministerial 3.088 de 23/12/2011. Assim interpôs-se como problema de pesquisa, saber qual é a estrutura atualmente disponível da RAPS no Piauí? A motivação para a realização desta pesquisa deu-se pelo desconhecimento de muitos profissionais da área de saúde mental sobre a disponibilização dos serviços e considerando o cumprimento da proporção de leitos destinados à atenção psicossocial em hospitais gerais cabendo uma maior publicidade da RAPS para suprimento de demandas que envolvem profissionais de saúde e as pessoas que convivem com transtorno mental e suas famílias. O estudo caracteriza-se como bibliográfico e documental do tipo exploratório, descritivo com abordagem qualitativa. A pesquisa foi realizada em documentos oficiais da GASM – Gerência de Atenção à Saúde Mental da Secretaria de Estado da Saúde do Piauí, na Gerência de Atenção Psicossocial da Fundação Municipal de Saúde e na Biblioteca Virtual em Saúde. Pôde-se apurar a intensa modificação estrutural na RAPS em constante ampliação no Piauí e que apesar das dificuldades tem suprido satisfatoriamente os ensejos daqueles que convivem com o transtorno mental.

Palavras-chave: RAPS. Políticas Públicas. Saúde Mental. Reforma Psiquiátrica

Abstract

The Mental Health Care is undergoing intense restructuring from Law 10.216/2001, which imposed changes from the consolidation of RAPS - Network for Psychosocial Care by ministerial decree 3.088 of 23/12/2011. So if interposed as research problem, to know what the structure currently available RAPS Piauí? The motivation for this research was given by the ignorance of many professionals in the field of mental health on the provision of services and compliance considering the proportion of beds reserved for psychosocial care in general hospitals fitting greater publicity for supply of RAPS demands involving health professionals and people living with mental illness and their families. The study is characterized as bibliographic and documentary exploratory, descriptive qualitative approach. The survey was conducted in official documents GASM - Department of Mental Health Care of the State Department of Health of Piauí, in the Management of Psychosocial Care of the Municipal Health Foundation and the Virtual Health Library It might ascertain the intense structural

¹ Doutoranda em Políticas Públicas/UFPI; Mestre em Políticas Públicas/UFPI. Enfermeira Supervisora da Hotelaria Hospitalar HU-UFPI-EBSERH; Docente Ensino Superior Facid DeVry. Consultora e Docente de Pós-Graduação em Medicina do Trabalho e Medicina do Tráfego IEFAP/PR e IEFAP/RS. Telefone: 86 3232 1715. E-mail: luciolagalvao2014@hotmail.com.

² Doutora em Serviço Social e Política Social/ PUC-USP. Docente do Quadro Permanente do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas/ UFPI. Centro de Ciências Humanas e Letras – CCHL. Campus Universitário Ministro Petrônio Portella. Bairro Ininga. Teresina – Piauí. Telefone: 86 3215 5808. E-mail: rosafat@uol.com.br.

modification RAPS in the constant expansion in Piauí and that despite difficulties has satisfactorily supplied appropriate opportunities of those living with mental illness.

Keywords: RAPS. Public Policies. Mental Health. Psychiatric Reform.

INTRODUÇÃO

A Lei 10.216/2001 balizou toda a reforma na Política de Saúde Mental no Brasil e desde sua implementação tem ocorrido um reordenamento nas diretrizes assistenciais relacionadas ao cuidado com o paciente que vive com transtorno mental e o seu projeto terapêutico de cuidado. Tais mudanças impuseram modificações estruturais na rede de atenção psicossocial de atendimento aos usuários e suas famílias especialmente a partir da instituição da RAPS – Rede de Atenção Psicossocial, através da Portaria Ministerial 3.088 de 23 de dezembro de 2011. Interpôs-se como problema de pesquisa, saber qual é a estrutura atualmente disponível da RAPS no Piauí? A motivação para a realização desta pesquisa deu-se pelo desconhecimento de muitos profissionais atuantes na área de Saúde Mental sobre a disponibilização dos serviços e considerando o cumprimento da proporção de leitos destinados à atenção psicossocial em hospitais gerais cabendo uma maior publicidade da RAPS para suprimento de demandas oriundas a tais questões que envolvem os profissionais de saúde e as pessoas que convivem com o transtorno mental e suas famílias.

O estudo caracterizou-se como bibliográfico e documental do tipo exploratório, descritivo com abordagem qualitativa. A pesquisa foi realizada em documentos oficiais da GASM – Gerência de Atenção à Saúde Mental da Secretaria de Estado da Saúde do Piauí, na Gerência de Atenção Psicossocial da Fundação Municipal de Saúde e no *world wide web* nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde a partir do idioma português e que datassem da promulgação da lei da reforma psiquiátrica em 2001 até os dias atuais.

Os serviços substitutivos assistenciais propostos pela Reforma Psiquiátrica ainda são insuficientes enquanto mecanismos de suporte social para favorecerem a convivência do portador de transtorno psíquico na sociedade, ademais diante da desinstitucionalização em massa potencialmente pretendida. Ocorre que em seu nascedouro, a reforma não surgiu associada a uma política de financiamento claro para a reconfiguração da rede assistencial em substituição ao modelo hospitalocêntrico, o que

demandou atrasos e retrocessos para sua consolidação enquanto medida efetiva no reajuste assistencial psiquiátrico.

O conjunto de instrumentos disponíveis ainda é insuficiente e beneficia sobremaneira os usuários que ainda possuem algum suporte social, seja familiar, seja por recursos próprios como aposentadoria/benefícios, ou aqueles pacientes com melhor capacidade de adaptação social face às peculiaridades de sua condição psíquica. A maioria dos transtornos mentais têm caráter crônico e degenerativo o que imporá aos usuários ao longo da vida, inúmeras idas e vindas, consoante sejam suas oscilações entre a razão e a desrazão. Para tal, serão necessários inúmeros serviços substitutivos de apoio nesta caminhada com recursos humanos e estruturais aptos a promoverem, tratem e recuperaram a saúde dos acometidos por transtornos mentais e suas famílias, ainda que de forma paliativa, sendo garantidos além dos direitos implícitos aos cidadãos, uma equipe multiprofissional especializada e estrutura física em que possam ser promovidas tais ações em prol da saúde destes cidadãos.

O processo da Reforma Psiquiátrica não deve, portanto, significar apenas rearranjos nas técnicas e instituições psiquiátricas, nem, tampouco, apenas desfazer o aparato e a cultura manicomial, mas, sobretudo, construir uma nova maneira de a sociedade lidar com a loucura. Isto, por sua vez, implica em reinventar não só a Psiquiatria, mas a própria sociedade em que vivemos. Pretender a transformação da Psiquiatria sem atacar os pontos de sustentação que a sociedade lhe oferece é cair na ilusão de que pela técnica se poderiam modificar realidades cuja natureza histórica deu origem a essas mesmas técnicas (BEZERRA JÚNIOR, 1993).

A institucionalização do hospício, no Brasil, antecede à própria emergência da Psiquiatria e o passo mais significativo em prol da mudança ocorreu a partir da promulgação em 06 de abril de 2001 da Lei 10.216, conhecida mais tarde como Lei da Reforma Psiquiátrica.

1. A Lei da Reforma Psiquiátrica e a assistência em Saúde Mental no Piauí

A Lei 10.216/2001 é composta por 13 artigos e apesar de sucinta ensejou vários desdobramentos e redirecionamentos da Assistência em Saúde Mental pelo país ao dispor sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais. No seu Art. 1º lembra que:

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, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

Ainda sobre os direitos, reforça no Art. 2º que:

Nos atendimentos em Saúde Mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. 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 (Lei 10.216/2001).

A Lei 10.216/2001 dispõe ainda em seu Art. 3º que é responsabilidade do Estado o desenvolvimento da Política de Saúde Mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

Quanto à internação, o Art. 4º impõe que a mesma, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes. Complementa ainda no § 1º que o tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio; no § 2º, que este mesmo tratamento dar-se-á em regime de internação e será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros; no § 3º, veda a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com Serv. Soc. & Saúde, Campinas, SP v. 13, n. 1 (17) p. 77-92 jan./jun. 2014 ISSN 1676-6806

características asilares, desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º (Lei 10.216/2001).

Ainda sobre a internação, dispõe no Art. 5º, que o paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, o mesmo será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob a responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurando-se assim a continuidade do tratamento, quando necessário (Lei 10.216/2001).

Nos casos em que ocorrer evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados como informa o Art. 10º pela direção do estabelecimento de Saúde Mental aos familiares, ou ao representante legal do paciente, bem como à autoridade sanitária responsável, no prazo máximo de vinte e quatro horas da data da ocorrência (Lei 10.216/2001).

Portanto coube-nos a partir de tais diretrizes proceder uma avaliação precisa da rede disponível em nosso Estado do Piauí para refletir-se sobre os locais adequados para o cuidado nos momentos de razão e desrazão que acompanham os pacientes que convivem com algum transtorno mental ao longo de toda a vida.

Ao avaliar uma política pública é preciso resgatar os pressupostos teóricos e políticos que referenciam as decisões para detectar suas contradições. A avaliação participativa neste sentido torna-se procedimento rico dado que sua realização é partilhada com os agentes e beneficiários envolvidos no programa ou na instituição, permitindo para além da avaliação uma apropriação dos resultados de forma reflexiva e socializada entre os diversos sujeitos da ação em movimento (SILVA; SILVA, 2005).

O processo de redemocratização do Brasil contribuiu para validar a avaliação de políticas públicas como uma necessidade de colocar os gestores públicos frente a um crescente patamar de responsabilidades com a chamada “coisa pública”, contribuindo para consolidar o debate democrático, na medida em que auxilia as tomadas de decisões sobre os fundamentos, diretrizes e os rumos da política; ao tempo em que favorece maior aproximação às mesmas pelos diversos sujeitos sociais envolvidos na sua execução, impulsionando a superação da opacidade própria aos períodos ditatoriais.

Portanto, avaliação passa a ser incorporada à gênese, ao desenvolvimento e aos resultados das políticas públicas no Brasil (ARCOVERDE, 2009).

Como parte do objeto de estudo da tese de doutoramento em políticas públicas importa enfatizar tal característica, sobretudo por considerar que a Lei 10.216/2001 veio redirecionar todo o modelo assistencial de tratamento dos portadores de transtornos mentais, modificando conceitos e cuidados até então considerados como rotina e única opção de tratamento, reforçando assim a necessidade de sua avaliação e reavaliação a partir das medidas de sua implementação a partir do ano de 2001, quando a nova legislação entrou em vigor no país.

Em relação ao objeto de estudo em questão, a avaliação de impactos pós Reforma Psiquiátrica pretende evidenciar as mudanças ocorridas após a homologação da Lei 10.216/2001, identificando a conformidade ou não com a referida lei.

Silva e Silva (2005) por sua vez lembra que toda política pública é uma forma de regulação ou intervenção na sociedade e articula diferentes sujeitos que apresentam interesses e expectativas diversas; como mecanismo de mudança social, é orientada para promover o bem-estar de segmentos sociais, principalmente os mais destituídos, devendo ser um mecanismo de distribuição de renda e equidade social.

A política pública desde a sua formação envolve mobilização e alocação de recursos, divisão de trabalho (tempo), uso de controles (poder), interação entre sujeitos; interesses diversos, adaptações; riscos e incertezas sobre processos e resultados; noção de sucesso e fracasso, destacando-se a relevância dos sujeitos sociais desse processo e suas racionalidades. Assim, o processo das políticas públicas é assumido, nos seus diferentes momentos, por uma diversidade de sujeitos que entram, saem ou permanecem no processo, sendo estes orientados por diferentes racionalidades e movidos por diferentes interesses, fazendo do desenvolvimento das políticas públicas um processo contraditório e não linear (SILVA; SILVA, 2005).

A diversidade de sujeitos sociais, com processos de formação profissional concluídos em momentos díspares como é o caso da equipe multiprofissional, confere dinamismo heterogêneo tanto na função de gestores quanto na função de executores em circunstâncias distintas nos diversos momentos de gestão da política pública brasileira de Saúde Mental e conduzem, necessariamente, a desencontros, embates e conflitos na medida em que vigoram diferentes interesses, competências e papéis, tornando difícil o estabelecimento de limites e de consenso, é necessária a compreensão e compatibilização de funções e papéis, sendo indispensável à construção de consenso em Serv. Soc. & Saúde, Campinas, SP v. 13, n. 1 (17) p. 77-92 jan./jun. 2014 ISSN 1676-6806

aspectos centrais desse processo, principalmente no que se refere à aceitação das prioridades estabelecidas no plano político como salienta Silva; Silva (2005).

Nesta direção importa salientar que as várias proposições previstas na Lei da Reforma Psiquiátrica merecem uma avaliação precisa sobre o que efetivamente fora concretizado e as motivações para a ocorrência contrária evidenciando cientificamente o cenário em Teresina, campo empírico de nosso estudo.

Refletir sobre a RAPS neste momento a partir dos delineamentos propostos com a Lei da Reforma Psiquiátrica torna-se singular por ensejar dirimir dúvidas e questionamentos de profissionais que muitas vezes pela dinamicidade da proposição da rede perdem-se entre o que já fora pactuado, em implantação e entre o ideal. O que se espera então, é que este artigo contribua com a publicização da rede em todos os seus componentes (atenção primária, atenção psicossocial especializada, atenção de urgência e emergência, atenção hospitalar e nas estratégias de desinstitucionalização), dada a importância desta rede no atendimento em saúde no Estado do Piauí contribuindo para uma formação profissional mais fortalecedora do SUS e da Reforma Psiquiátrica.

2. Rede de Atenção Psicossocial do Estado do Piauí - RAPS

A 10ª Edição da Saúde Mental em Dados, publicação oficial do Ministério da Saúde que contém a consolidação dos dados em Saúde Mental afirma que o ano de 2011 foi marcado por importantes alterações na lógica de funcionamento do SUS, com o estabelecimento da estratégia das Redes de Atenção à Saúde. Especificamente em relação à Política de Saúde Mental, a Rede de Atenção Psicossocial foi escolhida como uma das redes prioritárias. Com a Publicação da Portaria GM nº 3088, de 23 de dezembro de 2011, instituiu-se a **Rede de Atenção Psicossocial – RAPS** – para pessoas em sofrimento decorrente de transtorno mental, consumo de crack, álcool e outras drogas e/ou da ambiência (espaço interrelacional do sujeito com o local, as pessoas e coisas) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SAÚDE MENTAL EM DADOS 10, 2012).

O status de Rede prioritária proporcionou possibilidade de maior investimento financeiro – o que representou para 2012 a injeção de R\$ 200 milhões a mais para o custeio da rede existente – e a criação de novas modalidades de serviços. Destacou-se ainda o lançamento, em 7 de dezembro de 2011 do Plano “Crack, é Possível Vencer” – que complementou as ações do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack, lançado em Serv. Soc. & Saúde, Campinas, SP v. 13, n. 1 (17) p. 77-92 jan./jun. 2014 ISSN 1676-6806

2010 – com foco nos serviços da Rede de Atenção Psicossocial que fazem atendimento a pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Com o cadastramento de 122 novos CAPS (Centros de Atenção Psicossocial), entre eles 5 CAPSad 24h (Centro de Atenção Psicossocial para tratar pessoas em uso de álcool e drogas), a cobertura nacional em Saúde Mental chegou a 72% (considerando-se o parâmetro de 1 CAPS para cada 100.000 habitantes), com 1742 CAPS. A Rede de Atenção Psicossocial conta ainda com 625 Residências Terapêuticas, 3.961 beneficiários do Programa De Volta Para Casa, 92 Consultórios de Rua e 640 iniciativas de inclusão social pelo trabalho de pessoas com transtornos mentais em 2012. Permanecem os desafios com relação à expansão de serviços destinados a populações específicas, como crianças e adolescentes, usuários de álcool e outras drogas e serviços de atenção 24 horas (SAÚDE MENTAL EM DADOS, 2012).

No Piauí, o desenho e a pactuação da RAPS envolve 11 territórios, assim compreendidos: Plano da Rede de Atenção Psicossocial do Território dos Carnaubais; Plano da Rede de Atenção Psicossocial do Território da Chapada das Mangabeiras; Plano da Rede de Atenção Psicossocial do Território dos Cocais; Plano da Rede de Atenção Psicossocial do Território do Entre Rios; Plano da Rede de Atenção Psicossocial do Território da Planície Litorânea; Plano da Rede de Atenção Psicossocial do Território Serra da Capivara; Plano da Rede de Atenção Psicossocial do Território Vale dos Rios Piauí e Itaueira; Plano da Rede de Atenção Psicossocial dos Tabuleiros do Alto Parnaíba; Plano da Rede de Atenção Psicossocial do Território Vale do Canindé; Plano da Rede de Atenção Psicossocial do Território Vale do Rio Guaribas e o Plano da Rede de Atenção Psicossocial do Território Vale do Sambito (SESAPI, 2014).

A RAPS tem por objetivos promover cuidados em saúde especialmente para grupos mais vulneráveis (crianças, adolescentes, jovens, pessoas em situação de rua e populações indígenas); prevenir o consumo e a dependência de crack, álcool e outras drogas; reduzir danos provocados pelo consumo de crack, álcool e outras drogas; promover a reabilitação e a reinserção das pessoas com transtorno mental e incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas na sociedade, por meio do acesso ao trabalho, renda e moradia solidária; promover mecanismos de formação permanente aos profissionais de saúde; desenvolver ações intersetoriais de prevenção e redução de danos em parceria com organizações governamentais e da sociedade civil; produzir e ofertar informações sobre direitos das pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e seus familiares, medidas de prevenção e cuidado e os serviços disponíveis na rede; regular e organizar as demandas e os fluxos assistenciais de seus pontos de atenção; e

monitorar e avaliar a qualidade dos serviços por meio de indicadores de efetividade e resolubilidade da atenção (SESAPI, 2014).

No nível da Atenção Básica o Estado possui atualmente: 153 Academias da Saúde, 71 NASF tipo I, 58 NASF tipo II, 81 NASF tipo III, 943 Equipes de Saúde da Família, 91 Equipes de Saúde da Família PROVAB, 176 Equipes de Saúde da Família do programa Mais Médicos, 1.010 Equipes de Saúde Bucal Modalidade I, 55 Equipes de Saúde Bucal Modalidade II, 7.166 Agentes Comunitários, 01 Consultório de Rua Modalidade II, 03 Equipes de Atenção Domiciliar (01 EMAD tipo I e 02 EMAD tipo II), 03 Equipes de Apoio Multiprofissional (EMAP), 31 CEO (Centro Especializado em Odontologia) e 112 LRPD (Laboratório de Prótese Dentária).

Com a instituição da portaria 3.088 de 23 de Dezembro de 2011 pelo Ministério da Saúde, a Gerência de Atenção à Saúde Mental apoiada por técnicos do Ministério iniciou em 2012 as discussões sobre a portaria e definiu estratégias de trabalho para implantação/implementação da RAPS no Estado. No decorrer do primeiro semestre do referido ano iniciou-se as articulações com os municípios do Estado para a realização de reuniões ampliadas com secretários municipais de saúde, coordenadores de regionais de saúde, coordenadores de CAPS, diretores de hospitais e demais profissionais de saúde, bem como visitas em municípios estratégicos (Piripiri, Parnaíba, Picos e Floriano) com a participação de apoiadores do Ministério da Saúde para apresentar a Portaria e iniciar a proposta de implantação da RAPS (SESAPI, 2014).

No segundo semestre de 2012, foi instituído por Portaria estadual N° 078/12 de 29 de Agosto de 2012 o Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção Psicossocial – GCERAPS – do Estado do Piauí formado por representantes da Secretaria Estadual de Saúde – SES, do Conselho de Secretários Municipais de Saúde – COSEMS, Fundação Municipal de Saúde de Teresina – FMS, das Regionais de Saúde do Estado e representantes do Ministério da Saúde. O Grupo Condutor teve a função de mobilizar os gestores de saúde dos municípios do Estado, apresentar a proposta de implantação da Rede de Atenção Psicossocial tendo como parâmetro a Portaria 3.088 de 23 de Dezembro de 2011, apoiar à organização dos processos de trabalho voltados a implantação/implementação da rede; identificar e apoiar a solução de possíveis fragilidades e pontos críticos durante o processo de articulação com os gestores, monitoramento e avaliação do processo de implantação/implementação da rede, contratualização dos Pontos de Atenção da Rede necessários nos territórios que se

efetivou com as pactuações das **CIR** (Comissão Intergestora Regional) e **CIB** (Comissão Intergestora Bipartite) (SESAPI, 2014).

O Grupo Condutor da RAPS Estadual definiu os 11 Territórios de Desenvolvimento da Saúde, como regiões de saúde prioritárias para a implantação da Rede de Atenção Psicossocial do Piauí, a partir daí iniciaram-se as articulações através de reuniões nos territórios com representantes das Regionais de Saúde, Gestores Municipais de Saúde, Coordenadores de CAPS e Atenção Básica, Diretores de Hospitais e profissionais de Saúde no sentido de realizar levantamento de dados sobre os serviços existentes e a necessidade de acordo com a demanda e especificidade para posterior preenchimento da matriz diagnóstica de cada território. No processo inicial do Grupo Condutor foram formados Grupos Temáticos nos territórios com representantes das Regionais de Saúde, Secretarias Municipais de Saúde e Profissionais dos CAPS, com a função de articular, sensibilizar, promover e acompanhar a implantação/consolidação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) junto aos Gestores de Saúde em cada território.

Para execução da proposta dos Cenários Regionais do Piauí, o Estado foi dividido em 04 macrorregiões, considerando as características ambientais (litoral, meio-norte, semiárido e cerrado) que foram **subdivididos em 11 territórios de desenvolvimento**, considerando as vocações produtivas e as dinâmicas econômicas dos territórios. Por fim, os 11 territórios de desenvolvimento foram divididos em 26 conjuntos de municípios (aglomerados de municípios) definidos segundo os seguintes critérios: municípios com proximidade geográfica correspondente a um raio de 50 km; municípios que já estabelecem alguma forma de transações (comerciais, utilização do sistema de saúde, educação, feira, desmembrados, etc.); municípios próximos das cidades de referência dos territórios de desenvolvimento; existência de malha viária que facilite o deslocamento da população entre os municípios.

Segundo o Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (2004) do Ministério da Saúde, os CAPS devem funcionar, pelo menos, durante os cinco dias úteis da semana (2^a a 6^a feira) variando segundo suas especificidades a depender do tipo de CAPS instalado: **CAPS I** (Centro de Atenção Psicossocial I) – municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, funciona das 8 às 18 horas de segunda a sexta-feira; **CAPS II** (Centro de Atenção Psicossocial II) – municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes, funciona das 8 às 18 horas de segunda a sexta-feira, podendo ter um terceiro período, funcionando até 21 horas; **CAPS III** (Centro de Serv. Soc. & Saúde, Campinas, SP v. 13, n. 1 (17) p. 77-92 jan./jun. 2014 ISSN 1676-6806

Atenção Psicossocial III) – municípios com população acima de 200.000 habitantes e funcionamento 24 horas, diariamente, também nos feriados e finais de semana; **CAPSi** (Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil) – municípios com população acima de 200.000 habitantes, funciona de 8 às 18 horas de segunda a sexta-feira, podendo ter um terceiro período, funcionando até 21 horas; **CAPSad** (Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas) – municípios com população acima de 100.000 habitantes, funciona de 8 às 18 horas de segunda a sexta-feira, podendo ter um terceiro período, funcionando até 21 horas.

Atualmente a Rede de Atenção Psicossocial do Estado do Piauí está constituída por 40 CAPS I, 09 CAPS II, 01 CAPS III, 02 CAPS infanto-juvenil, 06 CAPS AD, 02 CAPS AD III Regional, 01 Hospital Regional Psiquiátrico, 10 Unidades Integradas de Saúde com ambulatório de Psiquiatria em Teresina, 01 Serviço Hospitalar de Referência AD Hospital do Mocambinho com 20 (vinte) leitos de Saúde Mental, 01 Consultório de Rua, 05 Serviços Residenciais Terapêuticos, 19 Beneficiários do Programa de Volta pra Casa (SESAPI, 2014).

2.1. Atenção Primária

O Piauí apresenta cobertura de Atenção Básica de 93,83%, considerando Estratégia Saúde da Família com cobertura de 95,65%. Situação atual da implantação do(s) Núcleo(s) de Apoio à Saúde da Família (NASF): 75 NASF tipo I implantados e 94 credenciados, 56 NASF tipo II implantados e 58 credenciados, 85 NASF III implantados e 96 credenciados, 127 Laboratórios Regionais de Prótese Dentária, 25 equipes de Atenção Domiciliar do Programa Melhor em Casa habilitadas e 07 implantadas (SESAPI, 2014).

As ações integradas à Atenção Primária junto aos CAPS incluem: supervisão em parceria com as Coordenações e Equipes de Atenção à Saúde da Família às equipes da Estratégia de Saúde da Família, Núcleo de Apoio a Saúde da Família no qual se constata dificuldades no acompanhamento e cuidado da população que demande atenção Psicossocial. Algumas equipes ainda trabalham na lógica do encaminhamento para o CAPS, onde muitas vezes tais demandas poderiam ser acompanhadas pela Atenção

Básica. Cabe salientar a necessidade de melhoria na articulação e no matriciamento com a atenção primária, a Gerência vem promovendo capacitações diversas através de oficinas, cursos, seminários, encontros envolvendo profissionais dos NASF e da ESF. Serv. Soc. & Saúde, Campinas, SP v. 13, n. 1 (17) p. 77-92 jan./jun. 2014 ISSN 1676-6806

Cabe ressaltar ainda que em Teresina existe um Consultório de Rua sob gestão municipal.

2.2. Atenção Psicossocial Especializada

Nos últimos anos a expansão e o aumento em nível quantitativo de CAPS demonstram um maior cuidado e atenção por parte dos gestores, contribuindo assim para a ampliação do acesso a esses dispositivos que demandam também melhorias qualitativas no que tange as ações de Saúde Mental desenvolvidas nos Centros para sua consolidação em seus territórios de abrangência.

Antes da instituição da Portaria 3.088 de 23 de dezembro de 2011, ou seja, até dezembro de 2010, o Piauí contava com um total de **39 CAPS** e com o objetivo de dar continuidade e ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral. Dessa forma sendo bom ressaltar que conforme informativo eletrônico, Saúde Mental em Dados 10, do Ministério da Saúde – Ano VII, nº 10, março de 2012, o Estado do Piauí que em 2010 ocupava o 9º (nono) e atualmente ocupa o 6º (sexto) lugar nacional no indicador de cobertura de CAPS/100.000 habitantes, considerado cobertura muito boa de acordo com os parâmetros do Ministério da Saúde.

De acordo com o Ministério da Saúde é considerada boa com relação à cobertura desse dispositivo no Estado conforme publicação “Saúde Mental em Dados número 10”. Embora tais dados demonstrem bons resultados ainda há fragilidades a serem superadas como questões de: Recursos Humanos, Gestão, Regulação, Manejo Terapêutico e Técnico, dentre outros.

2.3. Atenção de Urgência e Emergência

Nesse ponto de atenção ainda são grandes as dificuldades enfrentadas, o contexto histórico mostra que muitas pessoas em crise devido a transtornos mentais, ainda são encaminhadas para o Hospital Psiquiátrico Estadual Areolino de Abreu, porém, já é uma realidade que vem sendo transformada, a partir do acolhimento de Hospitais Gerais municipais em todo Estado disponibilizarem leitos (embora não habilitados pelo Ministério da Saúde), tanto para situações de crises em decorrência de transtornos quanto para situações de álcool e drogas (AD). Ainda nesse sentido destacamos a ação do Hospital do Mocambinho como Hospital Estadual de Referência

AD que atua na perspectiva de Redução de Danos, que possui capacidade de apenas 20 (vinte) leitos cadastrados.

Na realização de capacitações a Gerência Estadual de Atenção à Saúde Mental tem construído de modo contínuo e articulado com a Coordenação Estadual e Municipal do SAMU a participação dos profissionais que compõe esse dispositivo.

2.4. Atenção Hospitalar

Em relação à ampliação e aumento de leitos de atenção psicossocial em hospital geral, no Piauí ainda encontram-se dificuldades, embora 04 (quatro) hospitais no Estado tenham recebido incentivo financeiro do Programa “crack é possível vencer” para a implantação de leitos de Saúde Mental e estejam em processo de implantação, a grande maioria dos hospitais que pactuaram leitos ainda não receberam incentivos, o que poderá gerar morosidade no processo de implantação dos leitos para atender efetivamente demandas que justifiquem esse dispositivo.

2.5. Estratégias de Desinstitucionalização

A Secretaria de Estado da Saúde, através da Gerência Estadual de Atenção à Saúde Mental, vem dando significativos passos em direção a desinstitucionalização dos pacientes com históricos de internação de longa permanência em Hospital Psiquiátrico no Estado atualmente existem 05 Serviços Residenciais Terapêuticos, sendo 03 (três) de Gestão Estadual, 01 (uma) de Gestão do município de Teresina e 01 (uma) no município de União, onde existem 19 beneficiários do Programa de Volta pra Casa (PVC).

No ano de 2010 houve o fechamento do Hospital Particular Psiquiátrico Meduna, que tinha 200 leitos habilitados pelo SUS. Ressaltamos que são compromisso e prioridade da Gerência incentivar e apoiar a desinstitucionalização e reintegração social de usuários de Saúde Mental, tanto no âmbito do Hospital Estadual Psiquiátrico Areolino de Abreu, como a usuários do Hospital Estadual Penitenciário Major César que já cumpriram penas e permanecem internados, perderam vínculos familiares e precisam ser acolhidos por Serviços Residências Terapêuticas visando a ressocialização e a retomada de sua cidadania. Nesse sentido foram pactuados 03 (três) Serviços Residenciais Terapêuticos Estaduais de gestão municipal (Teresina) para atender pessoas com transtorno mental que já cumpriram pena e se encontram no Hospital Serv. Soc. & Saúde, Campinas, SP v. 13, n. 1 (17) p. 77-92 jan./jun. 2014 ISSN 1676-6806

Penitenciário Valter Alencar, aguardando encaminhamento para o Serviço Residencial Terapêutico.

A garantia dos leitos psiquiátricos em hospitais gerais, é outra prerrogativa da Reforma Psiquiátrica e que timidamente tem sido implementada tanto no Brasil quanto no Piauí. Outro tímido avanço tem sido percebido em nosso Estado no que tange aos Consultórios na Rua (terminologia atualizada em relação à anterior – Consultório de Rua).

Apesar dos avanços consignados em vários planos pela implementação do processo de Reforma Sanitária e Psiquiátrica no Brasil a formação profissional na área de Saúde Mental ainda se mantém predominantemente nos hospitais psiquiátricos, onde a crise, a agudização dos sintomas da doença predomina e exige uma intervenção de urgência ou emergência.

O modelo hospitalocêntrico sempre requereu a presença do Estado e nesse sentido, o direito ao abrigo já estava no cerne deste modelo, fazendo com que muitas pessoas fossem sequestradas pelo Estado, tendo anulado o seu direito de circular pela cidade. Assim, em troca de usufruir de um direito social que lhe era inerente, tinham de abdicar de um direito civil relacionado às liberdades básicas, fazendo-se colidir um direito e outro. Até recentemente expresso no próprio acesso a determinados benefícios sociais, como o Benefício de Prestação Continuada e o Programa de Volta pra Casa, em que se exigia dos beneficiários a interdição e tutela, abolidos recentemente (ROSA; FIGUEIREDO NETO; GUIMARÃES, 2010).

O hospital configurou-se historicamente como um espaço de cuidados e, sobretudo, de controle, exclusão e segregação do portador de transtorno mental. No cenário atual, merece reflexão e discussão pela passagem do modelo hospitalocêntrico ao modelo psicossocial previsto pela Reforma Psiquiátrica com a devida análise dos papéis assumidos pelos dispositivos assistenciais e interventivos originados dessa reforma política e assistencial (AMARANTE, 2007).

A Lei Federal 10.216/2001 redirecionou a assistência em Saúde Mental, privilegiando a oferta de tratamento em serviços de base comunitária, mas não instituiu mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios, ainda assim configura como o maior avanço legal para tal.

A referida lei mostrou-se assim, como um válido argumento para a desmistificação do portador de transtorno mental como um ser improdutivo e perigoso, passando a concebê-lo como um ser dotado de necessidade de inclusão e afirmação nas Serv. Soc. & Saúde, Campinas, SP v. 13, n. 1 (17) p. 77-92 jan./jun. 2014 ISSN 1676-6806

lutas dos Direitos Humanos contribuindo sobremaneira para a implementação de políticas públicas e de novas legislações que visaram reduzir o estigma existente (ROSA; FIGUEIREDO NETO; GUIMARÃES, 2010).

CONCLUSÃO

Ao perquirir os caminhos da assistência em Saúde Mental no Piauí através dos dispositivos estruturais para o cuidado entre a razão e a desrazão evidenciou-se a presença de um Plano da Rede de Atenção Psicossocial do Piauí em fase de finalização, a partir das Comissões Intergestoras Regionais que elaboraram e pactuaram seus Planos Regionais e Territoriais na Bipartite, corroborando com a proposta preconizada pelo Ministério da Saúde, tendo como meta até o final de 2015 a implantação de todos os dispositivos pactuados em suas instâncias, o que possibilitará considerável ampliação da atenção integral em Saúde Mental no Estado do Piauí.

Foi possível evidenciar a partir do material levantado que alguns dispositivos de 03 (três) Planos Regionais da RAPS já receberam recursos para implantação, e encontram-se em processo de tramitação para cadastramento. No que diz respeito à condução dos outros planos regionais destaca-se que as propostas dos dispositivos juntamente com a documentação devem ser informados no sistema eletrônico do Ministério da Saúde/FORMSUS, dando assim continuidade ao processo de implantação e implementação da RAPS Piauí. Houve avanço significativo nos últimos dois anos em meio à burocracia e falta de recursos financeiros e muitos dispositivos assistenciais encontram-se disponíveis para utilização das pessoas que convivem com o transtorno mental e suas famílias, muito embora reconheçamos que o acesso a estes não se dá de forma equânime. Cabe reforçar ainda a necessidade de maior divulgação destes serviços para que usuários e profissionais façam uso da RAPS e possam usufruir dos benefícios à Saúde Mental à que as mesmas se propõem.

Referências Bibliográficas

ARCOVERDE, A. C. B. Avaliação de Políticas Públicas: elemento estratégico de gestão da coisa pública. In: **Anais da IV Jornada Internacional de Políticas Públicas – Neoliberalismo e Lutas Sociais: Perspectivas para as Políticas Públicas**. São Luís, Maranhão, 2009.

AMARANTE, P. **Saúde Mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

BRASIL. **Lei nº 10.216**, 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, e dá outras providências.

_____. **Portaria nº 3088/GM**, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS no SUS e dá outras providências.

_____. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental em Dados - 10, Ano VII, nº 10, março de 2012**. Brasília: março de 2012. Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental. 28p. Disponível em: <www.saude.gov.br/bvs/saudemental>. Acesso em 30 de julho de 2013.

ROSA, L. C. S.; FIGUEIREDO NETO, M. V.; GUIMARÃES, L. D. A. Direitos Humanos e Saúde Mental: A compreensão da loucura e os direitos da pessoa com transtorno mental. In: FERREIRA, M. D. M. (Org.); LIMA, S. O. (Org.) **Direitos Humanos e Políticas Públicas: realidade e desafios no Piauí**. Teresina: EDUFPI; Rio de Janeiro: Booklink, p. 59-78. 2010. 300 p.

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

SILVA e SILVA, M. O. (Org.). Avaliação de políticas e programas sociais: aspectos conceituais e metodológicos. IN: SILVA, M. O. da S. e (coord.) **Avaliação de políticas e programas sociais: teoria e prática**. 2 ed. São Paulo: Veras, 2005.