



A reforma psiquiátrica em contextos periféricos: o Piauí em análise

Psychiatric reform in peripheral contexts: Piauí in analysis

João Paulo Macedo

Universidade Federal do Piauí

Magda Dimenstein

Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Brasil

Resumo

Para contribuir com o debate sobre a reforma psiquiátrica em localidades periféricas, objetiva-se conhecer a realidade piauiense, evidenciando os principais desafios que constituíram seu processo reformista e particularidades perante a realidade nacional e regional. Trata-se de um estudo qualitativo com base no levantamento documental e pesquisa participante para acompanhar as movimentações sociopolíticas mais recentes do contexto investigado. Como resultado, identificou-se que o Piauí foi marcado por significativo atraso quanto à implantação da rede psicossocial. Porém, rapidamente, o Estado alcançou boa cobertura de serviços devido à participação do Ministério Público como principal ator do processo reformista local. Se antes, o desafio era reverter à rede manicomial de serviços para a psicossocial; hoje, mais do que nunca, é urgente fazê-la operar sob tal perspectiva para compor ações de continuidade do cuidado e afirmação da cidadania, especialmente em contextos periféricos ou “mínusculos”, onde a cultura manicomial ainda se mantém forte ou absoluta.

Palavras-chaves: Reforma Psiquiátrica – História; Piauí; Atenção Psicossocial; Formulação de Políticas.

Abstract

To contribute with the debate about psychiatric reform in peripheral places, this work aims at knowing Piauí reality, highlighting the main challenges that built the reformist process and particularities before national and regional reality. It is a qualitative study based on documental research and oral memory (n=12), combined with participatory research to accompany the most recent sociopolitical movements in the investigated context. As a result, it was identified that Piauí was marked by significant delay on the implantation of the psychosocial net. Nevertheless, it rapidly reached good coverage due to participation of Public Ministration as main actor of local process. If before, the challenge was to reverse the asylum service net to the psychosocial; today, more than never, it is urgent to make it operate under this perspective to compose continuity actions on care and citizenship affirmation, especially in peripheral or “tiny”contexts, where asylum culture is still strong and absolute.

Keywords: Psychiatric Reform – History; Piauí; Psychosocial Attention; Policymaking.

Introdução

O Movimento de Reforma Psiquiátrica em curso no país há pelo menos 30 anos tem provocado inúmeros progressos quanto ao modo de se compreender e assistir as necessidades em saúde mental da população. Nesse meio tempo avançou-se nos planos



epistemológico, jurídico-político, técnico-assistencial e sociocultural da Reforma, apesar das dificuldades inerentes a este campo (Amarante, 2007; Bezerra Jr., 2007).¹

Quanto ao aspecto epistemológico, tivemos a ampliação dos pressupostos teóricos e conceituais que definem as compreensões sobre a loucura. Trabalhou-se na criação de novos referentes que qualificam a loucura como experiência da existência humana. Assim, trabalhou-se no deslocamento: da centralidade do saber médico-psiquiátrico (ou do poder do especialista) para a interdisciplinaridade de saberes; da noção de doença para a de produção da saúde; da ideia de isolamento como tratamento para circulação na cidade; do conceito de doença mental para existência-sofrimento; do julgamento de incapaz e tutelado para o de cidadão com foco na produção do cuidado e aumento do coeficiente de autonomia e participação comunitária (Costa-Rosa, 2000; Ramminger, 2006).

Tais compreensões surgidas no plano teórico e conceitual deram sustentação para que no âmbito político-jurídico fosse atualizado o tradicional aparato normativo que fixou as bases legais para uma relação excludente entre loucura/sociedade. Desde então diversas movimentações foram realizadas, culminando com o fortalecimento da luta antimanicomial enquanto movimento social, além da criação de leis e portarias ministeriais que figuraram como instrumentos de indução para a transformação do parque manicomial brasileiro numa rede de serviços de base comunitária e territorial. Outros dispositivos também foram criados para ampliar as ações no plano técnico-assistencial da reforma: espaços de sociabilidade, convivência, moradia, trabalho e/ou ocupação laboral. Esses espaços foram criados com a finalidade de contribuírem com a produção de outras possibilidades materiais de vida para os usuários e familiares assistidos pela Saúde Mental (Amarante, 2007; Bezerra Jr., 2007).

No plano sociocultural os avanços foram quanto ao amadurecimento político do próprio movimento antimanicomial num tipo “diferenciado” de participação, luta e ação política, cujo propósito extrapola a questão da saúde mental constituída apenas no campo sanitário (Dimenstein & Liberato, 2009). Transformar o imaginário social relacionado à loucura, por meio da articulação com outros setores da sociedade para que seja construída uma cultura da solidariedade e do cuidado, trata-se de uma postura que pode (e deve) ser efetuada por todo e qualquer cidadão, agência estatal e política pública, e não somente por técnicos e serviços especializados em Saúde Mental. Nesse aspecto, intenciona-se o desmonte dos manicômios que configuraram não apenas os nossos estabelecimentos de saúde, mas, principalmente, as relações que estruturam nossa sociedade e organizam nossas cidades, compondo, inclusive, nossas subjetividades (Amarante, 2007; Dimenstein & Liberato, 2009).

Posto isso, compreendemos a Reforma Psiquiátrica como um processo social complexo, considerando que foi constituído por um campo amplo, plural e heterogêneo de questões,

¹ Trabalho elaborado com base no terceiro eixo de análise da tese de doutorado do primeiro autor, e orientado pelo segundo. Agradecemos pelo apoio financeiro da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).



além de configurar-se como contraditório e conflituoso devido aos diversos interesses, objetivos e princípios que permeiam o cenário da saúde mental no país (Amarante, 2007). O maior exemplo da complexidade e contradição que permeia esse campo, talvez, esteja no fato de conviverem no país dois modelos de atenção em saúde mental: o asilar e o psicossocial.

Para Yasui e Costa-Rosa (2008), o modelo asilar ancora-se no entendimento de que a loucura é uma doença, portanto, pressupõe um processo doença-cura em que os determinantes orgânicos são seu principal agente causador. Além disso, os processos de trabalho envolvidos estão centrados na supressão do sintoma, através da hospitalização e da medicalização, ou seja, na objetificação do paciente, cujos saberes envolvidos encontram-se hierarquizados pelo protagonismo médico. Diferente deste, o modelo psicossocial considera os fatores políticos, culturais e biopsicossociais como determinantes do sofrimento psíquico, sendo que existe uma aposta nos meios básicos enquanto dispositivos de reintegração social além das psicoterapias e medicamentos. Portanto, investe-se na desinstitucionalização dos valores, verdades e práticas asilares, bem como na construção de redes sociais de cuidado e experimentação de novas possibilidades de vida e sociabilidades que escapem à produção em série daquelas vistas nos manicômios. Por fim, no modelo psicossocial, a ênfase da ação do cuidado estar no protagonismo e empoderamento dos usuários que, em conjunto com a comunidade, participam dos processos decisórios com ações de cidadanização.

Além da coexistência do modelo asilar e psicossocial, não podemos esquecer que a Reforma Psiquiátrica no Brasil é atravessada: 1) pelos efeitos do fortalecimento das políticas neoliberais que “acentua a crise do Estado e o desinvestimento de políticas sociais, particularmente, a saúde pública”; 2) pelo corporativismo médico para a aprovação do Projeto de Lei do Ato Médico (PL 7.703/06), proposta completamente contrária ao SUS e aos ideários da reforma sanitária e psiquiátrica; e 3) pelo *lobby* das empresas médicas e da indústria farmacêutica que pressionam os poderes legislativo e executivo para operarem ações de desregulamentação das políticas universais, conformando-as sobre a lógica dos interesses privados e de mercado (Vasconcelos, 2010, p. 10). Tais atravessamentos acabam por provocar a precarização e a fragilidade da estrutura e funcionamento da rede psicossocial de atenção, seja no sentido de tornar mais moroso a ampliação dos serviços e a criação de outros dispositivos assistenciais; seja no sentido de fazer com que a rede de serviços continue fragmentada e desarticulada, sem qualquer ação intersetorial, voltada apenas para o consumo de procedimentos e ações isoladas em saúde mental.

As demandas que têm surgido para o setor também são prova do complexo processo que configura a saúde mental na atualidade. É cada vez mais urgente a necessidade dos serviços, em conjunto com outros setores do SUS e demais políticas públicas, construírem respostas efetivas para: a) o problema do *crack* e a internação compulsória de dependentes químicos; b) a questão dos adolescentes (usuários de drogas) em conflito com a lei; c) a atenção à crise e urgência psiquiátrica; d) os casos de pacientes crônicos, população de rua ou



casos que envolvem o problema de transtornos psiquiátricos menores; e) a carência de ações para o público infantil, especialmente os casos de autismo ou mesmo em torno da questão da medicalização do sujeito escolar; f) o fortalecimento do cuidado e suporte familiar; g) o surgimento de sofrimento psíquico fruto do contexto de violência social e situações de catástrofes/desastres, etc.; por fim, h) a falta de assistência à saúde mental do trabalhador, notadamente do trabalhador da saúde (Vasconcelos, 2010).

Dentre vários outros elementos que indicam a complexidade da saúde mental, gostaríamos de enfatizar pelo menos um, que, em nossa opinião, torna ainda mais plural, heterogêneo e contraditório o processo de reforma psiquiátrica no Brasil, trata-se do movimento de expansão e interiorização da rede psicossocial em todo país. A prova disso é que dos 1.742 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em funcionamento, a maioria está implantada em municípios de 20.000 a 70.000 habitantes (47,2%) ou em municípios de 70.000 a 200.000 habitantes (26,5%) (Brasil, 2012). Quanto ao Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que têm a responsabilidade pelo suporte e o apoio em diversas linhas de cuidado na atenção básica, inclusive na saúde mental, das 1.733 equipes em funcionamento, cerca de 90% localizam-se nos municípios do interior do país. Além disso, ainda há os casos em que o próprio município, especialmente os de menor porte, organiza a assistência em saúde mental por meio de uma equipe mínima que realiza ações na atenção básica. Minas Gerais, por exemplo, conta com 300 equipes de saúde mental na atenção primária em saúde (Volpe, Silva, Carmo & Santos, 2010). Desse modo, a questão da descentralização dos serviços de saúde mental para regiões mais periféricas, especialmente para municípios de pequeno e médio portes em todo o país, é uma realidade. Trata-se, portanto, de um cenário que aprofunda o processo de Reforma Psiquiátrica para as regiões mais interioranas e periféricas do país.

As ideias quanto à descentralização das políticas de saúde e saúde mental surgiram com o movimento sanitário e de luta antimanicomial ocorrido nos anos 1980, meio ao processo de redemocratização do Brasil. A descentralização enquanto tema da agenda política da época considerava urgente a ideia de fortalecer os municípios tanto na oferta de serviços essenciais à população, quanto na participação dos cidadãos no controle sobre os governos locais. No entanto, foi nos anos 1990, com a descentralização política-administrativa, que os municípios passaram a experimentar maior autonomia financeira e poder de decisão para prover à população de serviços, além da responsabilidade de desenvolver dispositivos de participação política e controle social nas instâncias decisórias (Cotrim, 2006).

No caso do Sistema Único de Saúde (SUS), a diretriz da descentralização foi efetuada pela mudança no modelo de gestão em que os municípios passaram a assumir a coordenação e o gerenciamento da política de saúde em cada território (Oliveira, 2009). A IX Conferência Nacional de Saúde (1992) - que teve como tema central “Municipalização é o caminho” - e o

Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), por exemplo, desempenharam papel político importante em torno desse processo. Outros dispositivos que também contribuíram com a descentralização do SUS foram as Normas Operacionais Básicas/NOB (1991, 1993 e 1996), a Norma Operacional de Assistência à Saúde/NOAS (2001) e o Pacto da Saúde (2006), que funcionaram como ferramenta de indução, definindo formas de transferências de recursos, modalidades de pagamento e condições de gestão na oferta e definição do modelo de atenção de estados e municípios (Cotrim, 2006; Santos & Andrade, 2007).

Como resultado, alcançamos a municipalização de 97,6% dos serviços da atenção primária em saúde e 60% da atenção secundária em todo o país. Quanto às unidades de internação, a descentralização ficou por conta da estadualização, sendo que 56,12% dos serviços estão sob a responsabilidade das Secretarias Estaduais de Saúde (Oliveira, 2009). Apesar dos avanços, não são poucas as dificuldades que enfrentam os municípios quanto ao processo de descentralização do SUS: 1) problemas quanto ao financiamento e falta de definições claras quanto à participação de cada ente federado na provisão dos recursos; 2) fragilidade quanto à organização de uma rede mínima de serviços no próprio território para assegurar o acesso e a atenção à população; 3) obstáculos para gerir a política de saúde local ou de articular redes regionais de serviços devido à precariedade de sua estrutura administrativa; 4) transformação dos municípios e estados em meros gestores de projetos e programas federais; 5) transferência de responsabilidades para os municípios sem autonomia e poder de decisão; 6) burocratização das ações de descentralização dos serviços hospitalares (Wagner, 2006).

Por outro lado, não podemos esquecer 70% dos municípios brasileiros contam com população de até 20.000 habitantes, portanto, caracterizam-se como de pequeno porte. Além disso, são municípios marcados pela insuficiência administrativa e econômica em função da dependência das transferências fiscais do governo federal; logo, reféns das desigualdades históricas do país. Especificamente quanto à reorganização do sistema de saúde, é fato que o processo de descentralização prosseguiu de maneira heterogênea, inclusive redundando em desigualdades na oferta de serviços, devido à diversidade do contexto político e sanitário das cidades e regiões de todo o país (Oliveira, 2009).

Quanto a Saúde Mental, o debate sobre a descentralização e regionalização da atenção ganhou força no plano nacional a partir da III Conferência de Saúde Mental (2001). Nesta, além de responsabilizar as três esferas de governo quanto ao desenvolvimento, gestão e financiamento da política, o propósito era fortalecer a participação dos municípios na construção de uma rede integral de serviços priorizando ações territoriais e de base comunitária. Tal qual ocorrido com a organização dos serviços de saúde em geral, o processo de descentralização da saúde mental também progrediu de maneira heterogênea devido às condições políticas e sanitárias de cada localidade. O processo de construção da rede

psicossocial ora avançou em localidades longínquas e periféricas, ora se deu nas áreas de maior concentração populacional em grandes centros urbanos.

Em 2002, apenas um ano depois da aprovação da Lei 10.216 (Brasil, 2002), as regiões Sul e Sudeste figuravam como as localidades de melhor cobertura CAPS do país, 29% e 26% respectivamente. Atualmente, tal cenário foi alterado com o aprofundamento da expansão e regionalização da rede psicossocial, resultando numa distribuição mais equânime da cobertura CAPS em todo o país, apesar da fragilidade em algumas regiões: Sul (88%), Nordeste (83%), Sudeste (58%), Centro-Oeste (49%) e Norte (42%) (Brasil, 2012).

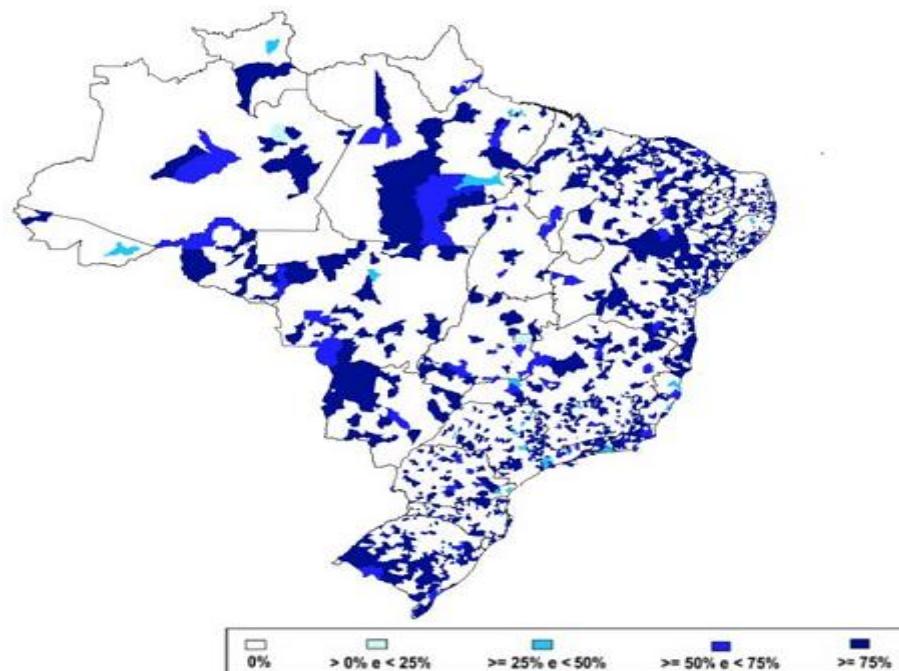


Figura 1: Mapa Cobertura CAPS/2011 (BRASIL, 2012).

O atual mapa da cobertura CAPS revela o quanto se avançou na expansão do acesso aos serviços de base territorial e comunitário em saúde mental no país. Nesse aspecto, analisando a distribuição dos serviços, a reforma psiquiátrica se complexificou bem mais, considerando, como bem expressou Bezerra Jr. (2007), que num país “de dimensões continentais e enorme diversidade cultural, não é possível construir um modelo assistencial que sirva igualmente para as megalópoles e as pequenas cidades do interior” (p. 244).

Tal problematização tem sido uma preocupação da própria literatura especializada, que ao mesmo tempo em que indica experiências exitosas da reforma psiquiátrica nas principais capitais, centros urbanos e regiões metropolitanas do país, ressalva que municípios de menor porte, inclusive aqueles localizados nas regiões mais periféricas, também têm sido paradigmáticos no processo de reforma psiquiátrica no Brasil. Este é o caso

de Alegrete-RS (Ferrari & Mulazzani, 1997), Bagé-RS (Rocha, Rocha & Magalhães, 1995) e outros localizados no Rio Grande do Sul (Consoli, Hirdes & Costa, 2009; Fagundes, 2010); municípios do interior paulista (Luzio & L'Abbate, 2009) ou do interior mineiro, como por exemplo, Andradas-MG (Antunes & Queiroz, 2007), Prados-MG e Barbacena-MG (Passos, 2009); ou ainda pertencentes ao Nordeste brasileiro, como por exemplo, Aracaju-SE (Oliveira & Passos, 2007), Camaragibe-PE (Casé, 2001), Campina Grande-PB (Andrade, Medeiros & Patriota, 2010; Kinker, Cirilo, Campos, Robortela & Medeiros Jr., 2010), Caicó-RN e a região do Seridó-Potiguar (Dias, Araújo, Freitas & Biegas, 2010a; Dias, Ferigato & Biegas, 2010b), Quixadá-CE (Sampaio & Barroso, 2001), Sobral-CE (Pereira & Andrade, 2001), e outros (Rosa, 2006) que fazem referência, de alguma maneira, sobre os desafios de avançar nesse campo em localidades periféricas.

Apesar da expansão e interiorização dos CAPS em todo país, no geral, a atenção efetuada nos municípios de pequeno e médio portes têm se dado com a inclusão de equipes de saúde mental na atenção básica do SUS, ou mesmo reforçada com a presença do NASF em suas localidades. Na análise de Luzio e L'Abbate (2009) em dois municípios do interior de São Paulo, por exemplo, um de pequeno e outro de médio porte, constatou-se que mesmo com a implantação de novos serviços ou equipes de saúde mental, tal feito não contribuiu de forma significativa para que os municípios assumissem os princípios e diretrizes do projeto da reforma psiquiátrica. Isso por que os municípios estão bem mais preocupados em assumir a “responsabilidade de cuidar de seus usuários (...) reproduzindo apenas o modelo psiquiátrico hegemônico” (p. 106). Antunes e Queiroz (2007), por sua vez, ao analisarem um município de pequeno porte de Minas Gerais, que conta com um CAPS integrando a rede de saúde local, expuseram que apesar dos profissionais entrevistados reconhecerem a complexidade da questão da saúde mental e do adoecer psíquico, ainda continuam a recorrer à hegemonia do saber médico, configurando seus processos de trabalho a partir da relação queixa-conduta, cuja principal ação é a medicamentosa. Realidade semelhante foi observada no Rio Grande do Sul e na Paraíba, que apesar de constarem como os Estados com melhor cobertura psicosocial do país, muitos dos seus municípios contam com uma atenção em saúde mental reduzida somente ao uso da medicação. No caso de crise e urgência psiquiátrica, esses mesmos municípios recorrem a tradicional prática de internação em hospitais psiquiátricos dos centros mais desenvolvidos do seu Estado (Consoli e outros, 2009; Fagundes, 2010).

No caso de municípios “minúsculos”, àqueles que sequer têm o número de habitantes suficientes para instalar um serviço CAPS (menor que 20.000 hab.), Boarini (2009) é contundente ao referir que nestas localidades “é declarada a inexistência da atenção à saúde mental na perspectiva extra-hospitalar”; e mais, que “os princípios da reforma psiquiátrica são estranhos entre si” na maioria dessas realidades (p. 43-44). A autora ainda menciona que, muitas vezes, profissionais e gestores dos municípios de pequeno porte não têm claro que a

saúde mental deve constar como uma das linhas guia da ação de cuidado a serem desenvolvidas na atenção básica. Ademais, as condições sociais em que vivem as famílias, a falta de suporte institucional das prefeituras para oferecer serviços de qualidade e ações de cidadania; a força da cultura manicomial local que demanda a tradicional prática da supressão dos sintomas, seja via medicalização, seja via internação; além da carência de trabalhos geradores de autonomia e empoderamento dos usuários e familiares, portanto, pouco implicados com a reabilitação psicossocial dos pacientes, todas elas são questões que tornam mais difícil o trabalho nos municípios periféricos (Luzio & L'Abbate, 2009).

Manter a política de saúde mental nas localidades periféricas sob tal perspectiva significa, para Boarini (2009), apenas reafirmar um modelo assistencialista de atenção que, na contramão do SUS e da reforma psiquiátrica, fragiliza ainda mais as poucas respostas que os serviços dão ao usuário e as necessidades em saúde mental da população. O mais crítico é que esse tipo de realidade não é vivenciado somente por municípios de pequeno porte, mas nas grandes capitais, por exemplo, Manaus-AM (Colombaroli e outros, 2010).

Para contribuirmos com o debate sobre o processo de Reforma Psiquiátrica em localidades periféricas, objetivamos com esse estudo apresentar as movimentações reformistas do contexto piauiense e suas particularidades perante a realidade nacional e regional. Tal propósito se justifica pelo entendimento de que semelhante a outras realidades do país, o contexto piauiense concentra alguns acontecimentos que sinaliza bem os desafios atuais da tentativa de consolidação da Política Nacional de Saúde Mental em muitas localidades do país. Na verdade, por sua característica periférica, muito embora conte com algumas cidades influentes na região do meio-norte brasileiro e adjacências, o Piauí reúne um misto de questões no tocante a saúde mental, que ora se aproxima dos desafios dos principais Estados e capitais do país, ora dos chamados municípios “minúsculos”.

Sobre os primeiros, enumeramos: a) baixa capacidade técnico-assistencial e de empreendimento de ação política por parte dos trabalhadores quanto à reversão do paradigma asilar para o psicossocial, bem como na efetivação da Estratégia de Atenção Psicossocial no cotidiano dos serviços; b) dificuldades de financiamento e de gestão da política de saúde; c) presença marcante e direcionadora do poder psiquiátrico na conformação da política de saúde mental local; d) além da forte cultura manicomial instalada no tecido social devido à força da estrutura asilar do Estado (Yasui & Costa-Rosa, 2008; Vasconcelos, 2010). Quanto ao outro grupo de desafios, há aqueles que são específicos da realidade local em função do Piauí constar como um dos Estados de menor capacidade financeira da federação, como, por exemplo, dificuldades quanto à captação de recursos, além de apresentar baixa capacidade gerencial e níveis incipientes de desempenho institucional, inclusive para a execução dos projetos e programas do governo federal. Tal realidade é responsável pela fragilização da rede de serviços primários e especializados em saúde pública que, acompanhada das dificuldades institucionais, gerenciais, financeiras e



políticas do setor, acarretou significativo atraso do movimento de reversão da rede manicomial para a psicossocial na realidade piauiense.

Para dar cabo a esta investigação, objetivamos de forma mais específica: a) identificar os principais aspectos que configuraram as ações da reforma psiquiátrica do Piauí; b) analisar o processo de reforma psiquiátrica local a partir das dimensões técnico-assistencial, político-jurídico e sociocultural, evidenciando os principais desafios constituídos; c) identificar as principais movimentações político-profissionais que integraram as arenas de luta e constituíram a política de saúde mental em curso no Piauí.

Método

Trata-se de um estudo de base qualitativa, apoiada no levantamento documental e pesquisa participante. No primeiro momento, relacionamos o histórico dos principais espaços de debate/discussão e demais arenas de luta política em torno do processo de Reforma Psiquiátrica no Estado; além disso, identificamos os principais atores institucionais envolvidos e colhemos registros documentais e alguns depoimentos, pertinentes à história da Saúde Mental no Piauí. A escolha justifica-se pelo entendimento de que para garantir a realização de “eventos” nesse campo, normalmente, faz-se necessário uma série de articulações de ordem pessoal, profissional, associativa e institucional. Seguido disto, ainda há o fato de que tanto nos momentos preparatórios quanto propriamente na realização dos eventos, esses espaços se constituem em verdadeiras “arenas” de debate e confronto de opiniões entre os grupos que compõem o coletivo social em torno da reforma psiquiátrica. Tais movimentações fazem desse cenário um interessante palco de confluência de forças, jogos de interesses, filiações, acordos, e reavaliação de posturas e estratégias dos atores envolvidos nesse contexto. Ademais, é comum após cada evento emergir novos atores, que, muitas vezes, produzem novas ações e estratégias para avançar ou dificultar o movimento de reforma psiquiátrica em curso no país.

Deste modo, tomamos como análise os relatórios de gestão, atas de reunião, projetos, folders, relatórios e anais da realização dos eventos a partir de fontes primárias e secundárias, além do depoimento dos principais atores institucionais, através dos seus representantes: Gerência Estadual de Saúde Mental do Piauí (n=5); 11º Conselho Regional de Psicologia - Seção Piauí (n=3); Associação Psiquiátrica do Piauí - APP e a extinta Associação de Saúde Mental Comunitária do Piauí - ASMC-PI (n=2); Associação dos Portadores de Transtorno Mental, Familiares e Pessoas interessadas na Saúde Mental do Piauí - Âncora (n=2). Como ferramenta de registro, estruturamos um protocolo de coleta de dados para organizar as informações levantadas por meio dos registros documentais e orais, descrevendo cada evento por: 1) data de acontecimento; 2) cenário e movimentações sociopolíticas; 3) pontos de tensão; 4) desdobramentos; 5) atores envolvidos.



No segundo momento, acompanhamos de forma direta as movimentações sociopolíticas (debates, fóruns de discussão e/ou de proposição) a partir dos eventos comemorativos do Dia Nacional de Luta Antimanicomial (18 de Maio) e do Dia Mundial da Saúde Mental (10 de Outubro) ocorridos no biênio 2009/2010 em Teresina-PI, além das etapas municipal e estadual da IV Conferência Nacional de Saúde Mental realizada em 2010. E de forma indireta, acompanhamos as ações do Grupo de Trabalho em Saúde Mental constituído para acompanhar e dar respostas sobre a problemática do fechamento de um grande hospital psiquiátrico privado localizado na capital. Como ferramenta de investigação deste momento utilizou-se a observação participante e o registro de diário de campo.

Quanto ao tratamento dos dados, trabalhamos com análise de conteúdo temática com base em Minayo (2000), tendo como procedimentos: categorização, inferência e interpretação dos dados, relacionando-os com o debate sobre a desinstitucionalização psiquiátrica e o paradigma psicossocial (Amarante, 2007; Costa-Rosa, 2000; Yasui, 2010; Rosa, 2004, 2006; Vasconcelos, 2010). Os resultados foram organizados a partir de seis importantes eventos deflagradores de movimentações em torno dos aspectos assistencial, jurídico-político e sociopolítico do processo reformista local, são eles: a) instituição do PSMC-PI (1980); b) realização do Plano de Saúde Mental de Teresina (1990); c) propostas dos projetos de lei estadual e municipal de saúde mental; d) estruturação da rede psicossocial do Piauí; e) movimentações sociopolíticas locais e as etapas municipal e estadual da IV CNSM; f) fechamento do Sanatório Meduna.

Resultados

De acordo com os dados levantados, a Reforma Psiquiátrica do Piauí pode ser dividida em dois grandes momentos: antes e depois de 2001. O primeiro, caracterizado como "Movimento de Reforma da Assistência Psiquiátrica", trata-se de um longo período que iniciou ainda nos anos 1940 e perdurou até a aprovação da Lei 10.216 em 2001. Ao longo desses 60 anos, a reforma piauiense foi entremeada de idas e vindas, cujo principal objetivo foi o aperfeiçoamento da estrutura asilar do Estado, notadamente centrado nos dois hospitais psiquiátricos da capital, um público - Hospital Areolino de Abreu (HAA) e o outro privado - Sanatório Meduna (SM), consequentemente o fortalecimento da cultura manicomial local.

Entre os anos 1940 e 1970, o debate sobre a assistência psiquiátrica no Piauí ficou centrado basicamente na estruturação e aperfeiçoamento administrativo-assistencial dos dois pilares da estrutura manicomial do Estado: HAA e o SM. Além disso, tal debate teve um caráter personalista, pois foi conduzido sob o poder de influência dos principais nomes da psiquiatria local. Na década seguinte, o debate sobre a assistência psiquiátrica passou a ser conduzido por atores institucionais, centralmente pela Associação de Saúde Mental Comunitária do Piauí (ASMC-PI) que seguia as orientações e preceitos da filiada local (APP)



da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP). As ações que caracterizaram a década de 1980 também estiveram voltadas para melhoria da estrutura física e administrativo-financeira dos hospitais psiquiátricos, aumentando sua capacidade de internação e atendimento ambulatorial. Porém, foi na mesma década que surgiu a proposta de ampliar o campo de ação-profissional e poder psiquiátrico para fora dos muros dos hospitais com serviços ambulatoriais em todo o Estado. No campo político foram empreendidos esforços por parte dos psiquiatras para afastar qualquer tentativa de chegada do discurso e o ideário antimanicomial, que ganhou maior força nos anos 1980/90 no plano nacional, às terras piauienses. A estratégia dos psiquiatras locais para inocular o poder de contestação do movimento de luta antimanicomial em relação ao mandato social da psiquiatria foi rebatizá-lo sob o discurso de melhoria da assistência psiquiátrica, portanto, de “humanização” do hospital. Com esse propósito não só foi preservado o mandato social da psiquiatria como foi fortalecido a centralidade da força e hegemonia da estrutura asilar do Piauí.

O segundo momento iniciou com o surgimento da força antimanicomial no Estado, que promoveu a entrada do debate da Luta Antimanicomial nos principais espaços de discussão e demais arenas políticas em torno do “movimento de reforma psiquiátrica” local. Tal acontecimento acirrou os embates entre os atores sociais envolvidos, e mesmo com as dificuldades para a abertura de novos serviços no Estado, houve significativos avanços quanto a reversão da rede asilar de serviços para a psicossocial. A maior prova foi que em 2002 o Piauí figurava entre os Estados de pior cobertura CAPS do país, atingindo apenas 3% da população (Brasil, 2003) e atualmente alcançamos a quinta posição, entre os Estados de melhor cobertura do país, com 91% da população coberta em saúde mental (Brasil, 2012).

Para compreendermos melhor sobre as movimentações reformistas no contexto local e suas particularidades, além de justificar tal periodização, aprofundaremos os principais aspectos que caracterizaram a implantação da política de saúde mental a partir dos eventos/acontecimentos que marcaram a história da reforma psiquiátrica do Piauí.

1. Programa de Saúde Mental Comunitária - PSMC-PI

O PSMC-PI foi um modelo de gerenciamento da assistência psiquiatria no Estado que perdurou por toda a década de 1980. Trata-se da primeira Política de Saúde Mental do Piauí e sua implantação só foi possível por que ao longo dos anos 1980 (e antes disso, desde 1940) os psiquiatras conquistaram de forma paulatina seu espaço junto à classe política e a sociedade piauiense em geral, com ações que intensificaram a hegemonia da força e poder psiquiátrico na condução do movimento de “reforma psiquiátrica” local.

Criado sob os moldes da experiência americana da “psiquiatria preventiva” de Gerald



Caplan,² com o PSMC-PI os psiquiatras piauienses fortaleceram os hospitais psiquiátricos e ampliaram a assistência para áreas periféricas da capital, além de regionalizarem os serviços ambulatoriais de psiquiatria para os municípios do interior. Por um lado, o referido programa descentralizou a assistência psiquiátrica localizada exclusivamente na capital e ampliou o acesso à população com a estruturação de núcleos regionais situado nas principais cidades do Estado (Parnaíba, Campo Maior, Floriano e Picos), além de viabilizar a contratação de mais profissionais, especialmente psiquiatras e psicólogos. Por outro lado, a experiência piauiense repetiu as mesmas imprecisões ocorridas pela psiquiatria americana que, apesar de criar novos serviços e aumentar o número de pessoas assistidas, ampliou o campo de ação do psiquiatra do hospital para a comunidade, estendendo o conceito de doença para o de desvio, mal-estar social e desajustamento. Tal operação acabou por patologizar/medicalizar os problemas sociais, produzindo novas demandas para o hospital (Desviat, 1999).

Os hospitais psiquiátricos piauienses sequer foram colocados em questão com o Programa de Saúde Mental Comunitária, muito menos o mandato social da psiquiatria. Pelo contrário, as ações dos psiquiatras resultaram no fortalecimento da estrutura e do parque manicomial do Estado, bem como passaram a interferir sobre a opinião pública (trabalhadores, familiares e sociedade em geral), resfriando, no âmbito local, todo o debate crítico-político vivido no plano nacional sobre a desinstitucionalização e luta “Por uma sociedade sem manicômios”.

2. Plano de Saúde Mental de Teresina

Trata-se da primeira política de saúde mental da capital que perdurou por toda a década de 1990. Foi estruturado com base no modelo de gerenciamento da assistência psiquiatria firmado pelo PSMC-PI no sentido de revitalizá-lo. Os bastidores para a construção do referido plano remonta o embate entre dois grupos, aparentemente opostos, porém, surgidos de dentro do Hospital Areolino de Abreu, com finalidades semelhantes quanto à condução das movimentações políticas em torno da direção da Saúde Mental na capital. O primeiro grupo, ligado ao Governo do Estado, defendia unicamente o fortalecimento dos hospitais psiquiátricos com a ampliação da sua capacidade de internação e atendimento; enquanto o segundo, ligado aos representantes do antigo PSMC que, sem espaço político na gestão estadual, abrigaram-se na gestão municipal defendendo o fortalecimento dos hospitais e o projeto de ampliar os raios de ação da categoria com a ambulatorização da psiquiatria, pelo menos, na capital.

² Principal teórico da “psiquiatria preventiva” que buscava meios alternativos (assistencial e gerencial-financeiro) às instituições psiquiátricas, já que era evidente a falência do modelo hospitalar. As bases teóricas desta escola foram explicitadas no livro “Princípios de Psiquiatria Preventiva (1964)” onde expôs que todas as doenças mentais poderiam ser prevenidas, desde que detectadas precocemente (Desviat, 1999).



É importante ressaltar que o referido plano municipal ocorreu meio ao processo de “desospitalização saneadora” do Ministério da Saúde, que nesta época imprimiu uma rigorosa política de redução de leitos com poucos subsídios para financiar a assistência extra-hospitalar (Vasconcelos, 2008). Desse modo, em vez de ampliação dos leitos como pretendido por ambos os grupos, a equipe que conduziu a execução do referido plano conseguiu resistir à força do poder psiquiátrico e estruturou nove serviços ambulatoriais em saúde mental, composto por equipes multidisciplinares, em centros e unidades de saúde nos bairros periféricos da capital. Além disso, a exemplo do que ocorria no plano nacional, foi implantado em 1994, pelo município, o Núcleo de Apoio Psicossocial (NAPS) dirigido especificamente para o atendimento ambulatorial de funcionários do município com problemas relacionados a álcool e drogas. Porém, alguns anos depois, esse serviço logo foi desativado por falta de incentivos e a pouca procura pela população-alvo ou da sociedade teresinense em geral.

Na segunda metade dos anos 1990, o movimento de redução de leitos é intensificado no Estado pelo Ministério da Saúde, que põe em exercício a portaria de reclassificação dos hospitalares psiquiátricos, reduzindo de 817 para 580 o total de leitos na capital (Passamani, 2005). Portanto, um corte financeiro e assistencial drástico para uma realidade unicamente centrada no modelo hospitalar. Como tentativa de resolver a crise no setor, diferente do plano nacional que se investia na abertura de serviços extra-hospitalares e de base territorial, no Piauí houve o fortalecimento das ações hospitalares com serviços de semi-internação, através da instalação do Instituto de Psiquiatria Infanto-Juvenil (1997) dentro dos muros do Hospital Areolino de Abreu, e a abertura dos Hospitais-dia em Picos e Parnaíba, cada um com 30 leitos (Rosa, 2004).

Tal ação colocou a Saúde Mental do Piauí na contramão das ações ocorridas no âmbito nacional, cuja prioridade era a organização de serviços abertos e territoriais tipo CAPS/NAPS, além da redução de leitos em hospitais psiquiátricos e a abertura de leitos psicossociais em hospitais gerais.

3. Projeto de Lei Estadual e Municipal de Saúde Mental

No plano jurídico-político, a saúde mental piauiense foi marcada no final de 1990 por dois eventos: um na esfera do legislativo estadual; outro na esfera municipal. Desta vez, houve o surgimento de novos atores, apesar da habilidade dos defensores do hospital na corrida para a manutenção da centralidade da sua força e poder psiquiátrico na condução da política local.

A despeito dos intensos debates e movimentações sociopolíticas ocorridas no plano nacional sobre o projeto de Lei Paulo Delgado, inclusive com aprovações de similares em vários Estados e municípios brasileiros, no Piauí tal discussão só foi iniciada em 1997 quando



matéria semelhante foi apresentada no legislativo estadual pelo Dep. Olavo Rebelo (PT). Entretanto, a discussão do projeto de lei estadual foi postergada por seu relator, o então médico e Dep. Kleber Eulálio (PMDB), até o tempo necessário para ser elaborado um substituto por um dos representantes da Associação Piauiense de Psiquiatria. Assim feito, o projeto reformulado foi apresentado àquela casa pelo médico e Dep. Wilson Martins (PSDB)³ (Rosa, 2004). A partir de então o plano legislativo passou a ser o novo espaço de investimento político dos psiquiatras piauienses.

Com os dois projetos de lei tramitando no cenário reformista local, abrem-se novos tempos de embates e disputas com a realização de eventos, ora proposto pelo Dep. Olavo Rebelo, ora pelos psiquiatras do Hospital Areolino de Abreu aliados ao Dep. Wilson Martins para a construção de uma lei estadual para a saúde mental no Piauí. Os debates ocorreram basicamente em torno do tema fechamento ou manutenção do hospital psiquiátrico. A discussão alcançou a participação em massa dos psiquiatras da cidade, sendo tímida a participação de outros profissionais desse segmento (Rosa, 2004). Os motivos para tanto era que os trabalhadores estavam bem mais interessados na melhoria da estrutura dos serviços existentes para que lhes fossem garantido o melhor espaço para o exercício de seus atos profissionais.

Ao final das discussões no legislativo estadual ficou evidenciado a força dos psiquiatras pela manutenção do hospital, acompanhado da ampliação dos serviços ambulatoriais e abertura de leitos em hospitais gerais. No entanto, em função da indefinição de um consenso quanto aos leitos nos hospitais gerais, o projeto não mais foi discutido e acabou esquecido na Assembleia Legislativa do Estado (Rosa, 2004).

No ano de 1999, surge uma nova cena no plano legislativo local, porém no âmbito municipal. O vereador Anselmo Dias (PCdoB) propõe um projeto de Lei para Teresina, sob os moldes do projeto do Dep. Paulo Delgado, em que postulava a expansão dos serviços ambulatoriais, bem como a abertura de serviços substitutivos ao hospital na capital. Pela primeira vez no meio legal, normativo ou mesmo sociopolítico, a expressão “serviços substitutivos” é pronunciada no Piauí como alternativa de mudança do modelo da assistência psiquiátrica oferecido na cidade. Rapidamente os psiquiatras se organizaram e realizaram fortes investidas entre os profissionais dos hospitais psiquiátricos propalando que caso o projeto de lei em questão fosse aprovado, isso geraria o fechamento do hospital e comprometeria os empregos de todos os técnicos (Rosa, 2004).

Naturalmente o plenário daquela casa legislativa contou com a presença massiva de profissionais do setor, tendo o debate circulado em torno das expressões “alternativo”, “complementar” ou “substitutivo”, quanto à função dos serviços extra-hospitalares que a matéria previa. Além disso, o debate fez ouvir os profissionais de Saúde Mental presentes no plenário, que optaram pela proposta de serviços complementares em detrimento da

³ Wilson Martins é o atual governador do Estado pelo PSB (2011-2014).



concepção “serviços substitutivos”. A justificativa: o medo da perda dos seus empregos. Dada às dificuldades para se chegar a um consenso, a vereadora Flora Izabel (PT) aliou-se ao propositor do projeto e, juntos, elaboraram uma matéria substitutiva que foi aprovada com o texto final concebendo o CAPS como serviço complementar ao hospital (Lei Municipal N°. 2.987 de 17.05.2001) (Guimarães, Rosa & Evelim, 2008). Decisão que acabou conservando a hegemonia do hospital e dos psiquiatras nas decisões sobre o rumo da Política de Saúde Mental do Estado.

Como forma de resistir ao jogo de forças instaurado no plano jurídico-político, os defensores da luta antimanicomial no Estado buscaram conhecer de perto a realidade dos CAPS no Ceará, para um maior aprofundamento sobre as propostas da Reforma Psiquiátrica e sobre o funcionamento do modelo psicossocial. Por outro lado, a movimentação dos psiquiatras piauienses não ficou restrita apenas ao cenário local, chegou inclusive a ter incursões no plano nacional quando o Senador Lucídio Portella (PPB-PI), irmão de Eustáchio Portella - respeitado psiquiatra e professor livre-docente do IPUB/UFRJ, propôs matéria substitutiva abrandando a radicalidade da proposta do Dep. Paulo Delgado (PT-MG), sendo aprovado em sua versão final como a Lei 10.216/2001 (Brasil, 2002).

Assim sendo, chama atenção à capacidade de articulação e sagacidade dos defensores do hospital meio aos eventos no legislativo estadual e municipal em termos de se anteciparem aos acontecimentos, configurando o processo reformista em curso de acordo com seus interesses. Foi assim no início da década de 1980 com as primeiras reivindicações para a realização do PSMC-PI, e também por toda a década de 1990 com as movimentações para fixar um tipo de reforma, que, no Piauí, ficou conhecida como “reforma da assistência psiquiatra” com a manutenção do hospital, logo com a hegemonia do poder médico.

4. Estruturação da rede psicossocial do Piauí

Na contramão do cenário nacional, em função da forte política de diminuição de leitos do Ministério da Saúde, o Piauí manteve seu parque manicomial sem muita alteração com a oferta de 438 leitos e sem qualquer ação territorial até o ano 2003. Na verdade, as primeiras experiências reformistas no Estado, entendida como “reforma da assistência psiquiátrica”, partiram de dentro do próprio hospital, não no sentido de transformá-lo, mas sim de fortalecê-lo. Tanto o foi que as experiências embrionárias de criação dos primeiros serviços “complementares” ocorreram dentro do próprio espaço físico do Hospital Areolino de Abreu. Assim o foi com o CAPS ad em 2002, que funcionou inicialmente numa ala do hospital voltada para o tratamento de alcoolistas, apesar de não ter sido aprovado no MS, consequentemente, cadastrado no SUS; e com o CAPS i, que não apenas nasceu dentro do hospital em 2002, com algumas mudanças realizadas no pavilhão do Instituto de Psiquiatria Infanto-Juvenil, como lá funciona ainda hoje depois de ter sido cadastrado no SUS em 2005.



A Residência Terapêutica (SRT) também foi um serviço que teve início no hospital, porém, sob o esforço dos atores da luta antimanicomial no Estado, desde o início foi um laboratório de reabilitação psicossocial e logo passou a funcionar fora dos muros do hospital com a instalação de quatro módulos, sendo três na capital, e o outro, na cidade de União.

Dada a hegemonia do hospital psiquiátrico na determinação da política de saúde mental e condução dos debates sobre a reforma psiquiátrica no Estado, o que se viu no cenário local foi o descompasso com os acontecimentos de desinstitucionalização ocorridos no plano nacional, consequentemente, o debate pouco qualificado sobre o tema entre os profissionais e a opinião pública piauiense em geral. Enquanto no Nordeste o movimento de luta antimanicomial se intensificava nas principais capitais da região ainda nos anos 1990, com a realização de eventos, encontros, congressos, fóruns, e demais atividades de mobilização, o Piauí pouco se movimentou nesse sentido no mesmo período (Rosa, 2006). A maior prova foi o entendimento de que o CAPS não era um serviço substitutivo ao hospital, mas somente complementar. Outra prova foi o fato dos trabalhadores ou gestores, inclusive os psicólogos – ator importante da Luta Antimanicomial no âmbito nacional -, passarem a defender a melhoria das estruturas já existentes invés da abertura de novos serviços.

Sob este cenário, o resultado não poderia ser outro senão a inexistência de serviços e o pouco interesse, até o ano de 2004, quanto à estruturação da rede psicossocial em território piauiense alinhada aos princípios da reforma psiquiátrica brasileira. Neste caso, o que se viu no contexto local foi um processo tardio em que os primeiros serviços surgiram no Estado 17 anos depois do primeiro CAPS do país (Rosa, 2006). Apesar do significativo atraso, em curto espaço de tempo foram implantados muitos serviços, sendo que o Piauí alcançou rapidamente boa cobertura (quinta posição nacional), devido às intensas (e tensas) negociações entre a Gerência Estadual de Saúde Mental e os gestores municipais. Esse não foi um processo simples, pois se deu quase que completamente intermediado pelo Ministério Público Estadual (MPE-PI), através de sucessivos Termos de Ajuste de Conduta (TAC) entre as partes.

Nesse aspecto, semelhante ao ocorrido em outras realidades, a Reforma Psiquiátrica no Piauí foi entremeada por posições, embates, conflitos e obstáculos, que só começaram a serem transpostos quando o poder psiquiátrico local foi questionado pelo poder jurídico representado pelo MPE-PI a partir de 2004.⁴ Se no passado a psiquiatria e o direito foram cúmplices para garantir o enclausuramento da loucura, conforme apontou Castel (1978), no Piauí houve o tensionamento entre essas duas instâncias agregadoras de relações de poder.

No entanto, diferente da capital que as ações de desinstitucionalização foram pouco exitosas, como resultado houve apenas a abertura do CAPS ad (2004) de responsabilidade do

⁴ Nota-se que o questionamento não foi técnico, mas em relação a estruturação da mecânica institucional, que é organizada pelo poder psiquiátrico e que não reconhece os pacientes como sujeitos de direito. Desse modo, a ação do MPE-PI preservou o ato médico dos psiquiatras para não polemizar o processo.



município, e o credenciamento do CAPS i de responsabilidade do Estado no SUS (2005), no interior tivemos a abertura de sete serviços nos mesmo período. Tal fato justifica-se por a cultura manicomial ter mais força nos locais em que grandes hospitais psiquiátricos imperaram na região (Dias e outros, 2010b).

Sobre o avanço da implantação da rede de atenção psicossocial no interior do Estado, é importante ponderar alguns fatores:

a) O histórico de desassistência em saúde mental no interior devido à centralidade de serviços na capital facilitou o diálogo com os municípios para a estruturação da rede psicossocial do Estado. A única política visando uma rede de cobertura regionalizada foi o Programa de Saúde Mental Comunitária nos anos 1980. No entanto, a base do trabalho dos núcleos criados pelo referido programa era basicamente ambulatorial, ficando as situações de crise e urgência psiquiátrica sob a tradicional prática da “ambulancioterapia” e seus deslocamentos para a capital. Evidente que tal situação ficou ainda mais precária com a desativação do PSMC. E mesmo com o funcionamento dos dois hospitais-dia (Picos e Parnaíba) em meados de 1990, o poder de resposta destes serviços ficou restrito a demanda reprimida de suas localidades, ficando os demais municípios desassistidos.

b) O fato da implantação dos CAPS significar para os gestores a entrada de mais recursos financeiros para o município, além da visibilidade política que eles passariam a ter com a conquista de mais um serviço para a população de sua localidade; estes foram argumentos fortes para sensibilizar os municípios para a abertura dos serviços.

c) O trabalho de pactuação entre a Gerência Estadual e 12 municípios, intermediado pelo Ministério Público, possibilitou a expansão da rede de serviços extra-hospitalares. O pacto também visava sensibilizar os gestores para o desafio da resolutividade dos serviços para evitar o envio de pacientes em ambulâncias para longas internações na capital.

d) A saída dos primeiros egressos dos cursos de psicologia localizados na capital para o mercado profissional foi outro fator que contribuiu para a implantação dos serviços. Tais profissionais visualizaram a abertura dos CAPS no interior do Estado como uma oportunidade de emprego, sendo que muitos psicólogos foram, inclusive, os autores dos projetos que originaram os respectivos serviços.

Por meio dessas ações, o processo de reforma local iniciou pelo interior e atualmente conta com 44 CAPS em todo o Estado. Conforme informações da Gerência Estadual existem mais 10 serviços para serem abertos, que estão em fase final de implantação, e outros cinco em fase de elaboração dos projetos para o envio para o Ministério da Saúde. A rede psicossocial do Estado ainda conta com outros dois importantes dispositivos em saúde mental, que são as Residenciais Terapêuticas (n=4) - responsável para a desinstitucionalização de pacientes psiquiátricos de longa permanência; e equipes de Consultório de Rua (n=1) - responsável pela promoção e prevenção de cuidados primários



em saúde de pessoas que vivem em situação de rua. Sobre a “rede” de atenção à crise, além do Hospital Areolino de Abreu que conta com 160 leitos, a capital conta com mais 30 leitos psicossociais distribuídos em três hospitais gerais localizados em bairros periféricos da cidade; e o interior conta com outros 21 leitos. Ademais, a Gerência Estadual está negociando a abertura de mais 10 leitos para a capital, e outros para os oito hospitais regionais ligados a Secretaria Estadual de Saúde. Por fim, como ações de enfrentamento ao uso abusivo do álcool e outras drogas, especialmente no combate ao *crack*, a gestão estadual abrirá um Centro de Referência Feminino em Tratamento e Recuperação AD, além de três CAPS AD III nas cidades de Teresina, Floriano e Parnaíba.

Quanto ao movimento de reforma na capital, esta só foi possível depois de várias negociações entre o Ministério Público e o gestor municipal para abertura dos serviços psicossociais. Inicialmente foi assinado um Pacto de gestão em 2005, para que fossem abertos quatro CAPS II. No entanto, foram abertos somente dois CAPS II descumprindo assim o acordo. Posteriormente, houve nova negociação por meio do Termo de Ajuste de Conduta (TAC) assinado em 2008, para que os dois CAPS II restantes fossem colocados em funcionamento. Porém, tal fato só aconteceu em 2010, depois das pressões exercidas pelo Ministério Público em cumprimento do TAC/2009, com a iminência de fechamento do Sanatório Meduna. O município respondeu parcialmente ao Termo com a abertura de mais dois CAPS II e um CAPS III.

Deste modo, observa-se que mesmo com o surgimento do Ministério Público como o principal ator do processo reformista local, não podemos desconsiderar a força do poder psiquiátrico e da cultura manicomial piauiense em torno dos rumos da política de saúde mental em curso no Estado.

5. Movimentações sociopolíticas locais e as etapas municipal e estadual da IV CNSM

Não são poucos os estudos que afirmam que entre as dimensões da reforma psiquiátrica brasileira a que menos logrou êxitos foi a sociocultural (Bezerra Jr., 2007; Yasui, 2010, etc.), mesmo considerando as mobilizações e ampliação da agenda política do setor na última década (Vasconcelos, 2010). Se no âmbito nacional registra-se o descompasso dessa dimensão em relação às demais, no plano local as ações ou movimentações político-profissionais em torno da bandeira da Luta Antimanicomial foram quase inexistentes.

Conforme já comentado, ao longo de toda década de 1980 e 1990 quem comandou qualquer movimentação sociopolítica em relação à Saúde Mental no Piauí foram os psiquiatras partidários das ideias “anti-reforma”. Somente em 2002 é que surge a força antimanicomial no Estado, fomentada pela participação de Nilo Neto - usuário e militante do Movimento Nacional de Luta Antimanicomial (MNLA) pelo Estado de Santa Catarina, num evento de psiquiatria organizado pela Associação Piauiense de Psiquiatria (APP). No próprio



evento foi questionado a não participação dos usuários na programação, e entre uma atividade ou outra houve reuniões paralelas para discutir sobre o MNLA e pensar formas de iniciar a luta antimanicomial no Estado.

Alguns usuários e trabalhadores que se encontravam no evento da APP faziam parte da Associação de Portadores de Transtorno Mental, Familiares e Pessoas interessadas em Saúde Mental do Piauí - Âncora. E ao entrarem em contato com as ideias e debates apresentados por Nilo Neto, os usuários e trabalhadores que lá estavam logo foram contagiados pelo ideário do MNLA, sendo que no ano seguinte comemorou-se pela primeira vez o "18 de Maio" no Estado, acontecimento este que alinhou o movimento de "reforma psiquiátrica" local ao da Luta Antimanicomial. A partir daí deu-se início o movimento de tensionamento por parte da Âncora contra a estratégia do poder psiquiátrico local de produzir falseamentos e cooptações dos discursos antimanicomiais com base na cultura manicomial do Estado.

Mesmo com o surgimento deste importante ator da reforma piauiense que foi a Âncora, as reivindicações pautadas pela associação não conseguiram agregar aliados, especialmente os trabalhadores dos serviços, no sentido de se posicionarem de forma contrária ao poder psiquiátrico que imperava na capital. As etapas municipais e estaduais da III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM) realizada em 2001 foram prova disso. Em Teresina, por exemplo, apesar das pressões, a etapa municipal da Conferência não foi realizada; enquanto que a etapa Estadual, apesar de realizada, as propostas aprovadas na plenária não saíram do papel. Quanto às etapas locais da IV CNSM realizada em 2010, mesmo com certo amadurecimento técnico-assistencial no setor, não houve qualquer mobilização por parte das equipes, usuários e/ou familiares no sentido de qualificarem o debate para sua participação na Conferência. Na prática, o que se observou foi, de um lado, a participação tímida por parte dos usuários fazendo denúncias e reclames devido aos anos de desrespeito, violência institucional, tutela e silenciamentos; do outro, apesar de algumas participações mais propositivas por parte de determinados atores historicamente envolvidos com o processo reformista local, a grande maioria dos trabalhadores não se apresentou para o debate na plenária ou mesmo na discussão das propostas nos grupos de trabalho.

6. Fechamento do Sanatório Meduna

Desde o início dos anos 2000, o Meduna passava por dificuldades na manutenção de sua capacidade financeira, administrativa e gerencial, consequentemente, na oferta mínima de uma assistência de qualidade à população. A política de redução de leitos do Ministério de Saúde acarretou na diminuição de 517 leitos para 200 leitos somente no Meduna. Isso foi o suficiente para gerar um colapso na capacidade de funcionamento do hospital. Ademais, o interesse do setor imobiliário na compra, se não total, pelo menos parcial dos 20 hectares do



terreno que o Meduna ocupava em área privilegiada da capital, foi outro fator que contribuiu para o interesse do fechamento do mesmo por parte da família (Oliveira, 2011).

Decidido pelo fechamento, a direção do hospital oficializou o comunicado ao Ministério Público em 2009, e este, por sua vez, instaurou uma comissão que constatou a precariedade do funcionamento: estrutura física deteriorada, aspecto de abandono, camas sem colchões, cheiro de amônia, banheiros com vazamento e infiltrando para as enfermarias, refeitórios às moscas, enfim, pacientes abandonados (Oliveira, 2011). Diante desse quadro foram realizadas reuniões e audiências com os gestores municipal e estadual para garantir assistência à saúde dos 200 internos. Mas a grande questão para a comissão era em relação à rede psicossocial da capital que não tinha como dar o suporte necessário àqueles pacientes. A saída encontrada pelo Ministério Público foi firmar o primeiro Termo de Ajuste de Conduta em 2009, entre o Estado e município, no sentido de garantir o fornecimento de gêneros alimentícios, medicamentos, materiais médico-hospitalar e de limpeza, colchões, roupas de cama e para os pacientes; e realizar avaliação situacional e diagnóstica de cada paciente, identificando sua história e necessidades para a condução de cada caso. Especificamente com a direção do Meduna, o TAC em questão previa o cumprimento do prazo legal de 120 dias para o fechamento, além de garantir ações diárias para manutenção dos cuidados necessários aos pacientes. Em seguida foram organizadas audiências públicas para a discussão ampla do caso, inclusive com a presença dos interessados: Gestores municipal e estadual de Saúde, Ministério Público, Legislativo municipal, proprietários do Sanatório Meduna, diretores do Hospital Areolino de Abreu, representantes da Associação Piauiense de Psiquiatria, trabalhadores da saúde mental, representantes da associação de usuários, imprensa, etc.

Em função do acontecimento “Fechamento do Meduna”, os psiquiatras que defendiam o modelo hospitalocêntrico logo mobilizaram outros profissionais com o discurso do desemprego, que se geraria com tal feito. O argumento que se conviveria na cidade com pacientes abandonados nas ruas, entregues à própria sorte em seu adoecimento, podendo fazer algum mal a si ou aos outros, também foi utilizado. Apesar de forte e apelativo, tais argumentos em torno da desassistência, da periculosidade e do desemprego não foram suficientes para impedir o fechamento do hospital. Os psiquiatras da ala “anti-reforma” e o próprio gestor municipal, que há décadas tratava a saúde mental com completa revelia quando o assunto era a abertura de novos serviços, mesmo sobre pressão do Ministério Público, não contavam com o fato dos proprietários do Meduna não quererem mais o seu funcionamento. Diante deste fato, a comissão composta pelo MPE-PI – também sintonizada com o argumento de não gerar desassistência aos internos do Meduna, porém sobre outros princípios éticos e políticos -, propôs como alternativa a abertura de mais serviços substitutivos, fortalecendo a rede psicossocial da capital.

Feito a referida avaliação situacional e diagnóstica dos pacientes do Meduna, a comissão concluiu que se tratava de casos com histórias de dependência de álcool e drogas,



com intercorrências clínicas e inabilitades sociais. Ademais, era necessário encontrar formas de regular as internações psiquiátricas do Hospital Areolino de Abreu, com leitos 72h para atuar no momento mais crítico das crises. A ideia não era evitar as internações e gerar mais desgastes com os psiquiatras e o seu ato médico, mas apenas evitar os casos desnecessários. Por meio desta estratégia reguladora, cada caso seria analisado e composto um projeto terapêutico a ser pactuado com os serviços substitutivos e leitos integrais em hospital gerais, para garantir a continuidade do cuidado no território e evitar a prática de longas internações.

Posto isso, foram firmados, por meio de um segundo Termo de Ajuste de Conduta em 2010, os seguintes compromissos: manutenção dos subsídios ao Meduna pelo Estado e município; implantação de um CAPS ad, um CAPS i, um CAPS III e duas SRT, além da instituição da Gerência Municipal de Saúde Mental - responsabilidade do município; abrir o Serviço de Referência Álcool e Drogas no Hospital do Mocambinho (bairro de Teresina) com 10 leitos disponíveis, e abertura de outros 20 leitos em hospitais gerais para pacientes com dependência química - responsabilidade do Estado; instituir enfermaria de atenção à crise no HAA (regulação das internações) - responsabilidade do Estado; por fim, abertura de um CAPS ad na cidade de Floriano - responsabilidade do Estado. Os avanços, de fato, ocorreram. A rede psicossocial da capital foi fortalecida, conforme acordado com o MPE-PI, restando ainda abrir outro CAPS i e duas SRT na capital.

Para Oliveira (2011), tudo aconteceu sem qualquer desassistência, como também sem que o Sanatório Meduna se fizesse necessário à construção da rede psicossocial da capital e do Estado. O hospital ficou restrito a 20 leitos, e em meados de 2010 foi descredenciado do SUS, sendo cancelado o seu cadastro no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde como hospital psiquiátrico.

Algumas reflexões para concluir...

Apresentamos o processo de reforma psiquiátrica piauiense, com base nos avanços e desafios técnico-assistenciais, político-jurídico e sociocultural que constituíram a política de saúde mental local, tendo como principal objetivo contribuirmos para o debate sobre o movimento reformista em realidades periféricas do país.

Em resumo, a reforma psiquiátrica no Piauí iniciou muito tarde se comparada a outras realidades, pois foi falseada e cooptada pela força e poder psiquiátrico, aliado a forte cultura manicomial local. Além do mais, os psiquiatras (e demais atores manicomiais) do Estado se mostraram bastantes habilidosos no campo político; isto por que, mesmo com o fortalecimento da rede psicossocial no Estado, eles conseguiram impor determinadas manobras para modelarem por qual discurso/concepções/práticas deveria caracterizar o tipo de reforma psiquiátrica firmada no Estado. Tal quadro foi agravado com o reflexo de um processo que não foi disparado e não teve sustentação dos tradicionais atores envolvidos

com a causa: trabalhadores, usuários e familiares. Na verdade, não houve força política dos trabalhadores e sociedade civil, e muito menos retaguarda política e institucional no âmbito local para avançar nesse campo. Portanto, caso não fosse o surgimento do Ministério Público como o mais importante ator da reforma psiquiátrica no Piauí, não teríamos efetivamente avançado tão rapidamente na estruturação da atual rede psicossocial do Estado.

Outro agravante é que no plano técnico-assistencial, avançamos com a abertura de muitos serviços, no entanto contamos com pouca sustentação técnica e política por parte dos profissionais e gestores quanto ao movimento de reversão do modelo asilar para o psicossocial de atenção. Isso por conta do pouco envolvimento desses atores com o sentido histórico do movimento de reforma psiquiátrica e suas bandeiras de luta, especialmente por se tratar de profissionais que não vivenciam diretamente tal contexto, seja por serem jovens e recém-formados, seja pela pouca experiência na área ou o fato de não serem simpatizantes do movimento (Vasconcelos, 2010).

Quanto aos membros dos Conselhos Estadual e Municipal de Saúde, estes mostraram não ter qualquer implicação com o ideário da Reforma Psiquiátrica. Tanto nas plenárias sobre o fechamento do Meduna quanto nas etapas da IVCNSM, os conselheiros partiram em defesa de propostas vinculadas ao modelo manicomial, demonstrando que não são parceiros da Luta e estão totalmente desapropriados sobre o tema e agenda política do processo de Reforma. Por outro lado, a Âncora tem realizado um importante trabalho de formação política e desenvolvimento cultural dos usuários com ações “Ponto de Cultura”, além disso, seus membros têm fomentado o surgimento de outras associações no interior do Estado (União, Água Branca e Parnaíba) para renovar e fortalecer a participação e o controle social. Talvez o próximo passo das Associações seja o de avançar, interferindo de maneira mais firme nos espaços decisórios da política local, com questões pautadas especificamente pelos usuários.

Diante de tais questões, os desafios e obstáculos a serem enfrentados na realidade investigada não são poucos. Eis os efeitos de um processo reformista recente, dinâmico e pouco maduro, sem muita sustentação profissional, gerencial e política para efetivar no âmbito dos serviços – como também fora deles –, a perspectiva da desinstitucionalização e atenção psicossocial, logo, a construção de um novo lugar social para a loucura nos municípios piauienses.

No entanto, considerando as aproximações e diferenças entre o contexto investigado e os acontecimentos ocorridos no plano nacional, bem como em relação aos contextos mais específicos discutidos na literatura especializada, arriscamos a afirmar que muitos municípios de médio e pequeno porte, ou mesmo de grande porte localizados em áreas mais periféricas do país, lidam com dificuldades semelhantes às enumeradas anteriormente. E se, antes, o desafio era estruturar uma rede de serviços de atenção psicossocial em todo o país; hoje, mais do que nunca, é urgente fazê-la operar sob tal perspectiva, inclusive,



intersetorialmente, voltada para a continuidade do cuidado e afirmação da cidadania, especialmente em contextos periféricos ou “minúsculos”, onde a cultura manicomial ainda se mantém forte ou absoluta.

A situação se agrava nas localidades em que há uma estrutura maior de serviços, porém, na prática, estes não constituem uma rede de atenção articulada na perspectiva da gestão do cuidado, que acolhe as necessidades dos usuários. Pelo contrário, o que há, muitas vezes, são três sistemas: (1) rede básica - unidades/centros de saúde/NASF; (2) rede psicossocial - ambulatórios/CAPS; e (3) rede de atenção à crise - hospital, que atuam de forma independente, com pouca articulação entre si e com os demais equipamentos urbanos e sociais do município.

Sendo assim, a situação torna-se crítica nos casos em que as localidades não têm perfil para serviços especializados, em função do seu porte populacional, considerando que 70% dos municípios brasileiros convivem com este dilema. A saída para tanto não é outra senão organizar redes integradas de atenção, com dispositivos claros de regulação e corresponsabilização do cuidado, que operem de forma regionalizada. Porém, para avançar neste feito precisamos junto com o processo de reversão do parque manicomial para o psicossocial, reverter também a lógica tradicional de operar os modos de gestão da política pública. No Piauí, por exemplo, os modos de realizar a gestão da política de saúde mental nunca ocorreram de forma pactuada, muito menos participativa, no sentido de compor coletivos gestores e mesas de negociação permanente, por meio de dispositivos de pactuação regionalizada, integrando municípios de pequeno porte a polos regionais, formando redes mais complexas de atenção psicossocial. Tal feito requer ainda o acompanhamento supervisionado dos serviços, inclusive com dispositivos de supervisão clínico-institucional, para que possa ser incentivada a realização de ações no território de origem e, se necessário, acesso a uma atenção de maior complexidade num município-polo próximo. Sem espaços de gestão participativa e compartilhada, aberta para as problematizações advindas dos espaços instituintes da micropolítica do cotidiano do trabalho, que comporta, inclusive, os profissionais organizarem o seu processo produtivo a partir das necessidades da população e do serviço, fica difícil avançar a política de saúde mental em municípios periféricos.

Os acontecimentos que marcaram o processo reformista piauiense demonstraram que é preciso desinstitucionalizar espaços “privatizantes” de gestão e seus modos de proceder em proveito do interesse de alguns poucos. Portanto, abre-se neste campo, um entendimento de que a gestão se reinventa no espaço público a partir da negociação, afirmado a diferença, o tateio, a experimentação, e não o experimento de modelos prontos e concêntricos de relações de poder.

Nesse aspecto, precisamos pactuar ações a partir de “um espaço institucionalizado de avaliação e reavaliação” permanente sobre os efeitos e resultados alcançados (Dias e outros, 2010a, p. 85). Talvez assim, a noção de rede possa ser garantida, focando não apenas nos seus



nós e centros, mas acompanhando, monitorando e regulando seus fluxos para garantir a gestão do cuidado em saúde mental. Daí a necessidade deste espaço, que no primeiro momento reclamamos institucionalizado, inclusive para legitimar e garantir que as mesas de pactuações sejam efetivadas; mas, por outro lado, que também permita confrontar-se com o instituinte, produzindo novas institucionalizações para avançarmos bem mais nesse processo, com a abertura de novos serviços e dispositivos, a partir do que a realidade de cada localidade do país, periférica ou não, ou de pequeno, médio ou grande porte, sinaliza.

Referências

- Amarante, P. (2007). *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Andrade, M. T. M., Medeiros, E. F. & Patriota, L. M. (2010). A reforma psiquiátrica na prática e a prática da reforma psiquiátrica: um estudo a partir das percepções dos profissionais do CAPSI de Campina Grande – PB. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, (2)4-5, 47-59. Recuperado em 08 de dezembro, 2011, de <http://periodicos.incubadora.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/1103/1263>
- Antunes, S. M. M. O. & Queiroz, M. S. (2007). A configuração da reforma psiquiátrica em contexto local no Brasil: uma análise qualitativa. *Cadernos de Saúde Pública*, (23)1, 207-215. Recuperado em 08 de dezembro, 2011, de <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n1/21.pdf>
- Bezerra Jr., B. C. (2007). Desafios da reforma psiquiátrica no Brasil. *Physis. Revista de Saúde Coletiva*, 17(2), 243-250. Recuperado em 08 de dezembro, 2011, de <http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n2/v17n2a02.pdf>
- Boarini, M. L. (2009). A (desconhecida) reforma psiquiátrica em municípios aquém de pequeno porte. *Psicologia em Revista*, (1)15, 28-50. Recuperado em 08 de dezembro, 2011, de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/per/v15n1/v15n1a03.pdf>
- Brasil. Ministério da Saúde. (2002). *Legislação em saúde mental 1990-2002* (3a ed.). Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2012). *Saúde mental em dados 10*, 7(10). Recuperado em 28 de maio, 2012, de <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/mentaldados10.pdf>
- Casé, V. (2001). Saúde mental e sua interface com o programa saúde da família: quantos anos de experiência em Camaragibe. Em A. Lancetti (Org.). *Saúde mental e saúde da família* (pp. 121-136). São Paulo: Hucitec.
- Castel, R. (1978). *A ordem psiquiátrica: a idade de outro do alienismo*. Rio de Janeiro: Edições Graal.
- Colombarolli, M. S., Alves, A. C. A., Soares, A. C., Souza, J. C. P., Silva, M. V. V. & Katsurayama, M. (2010). Desafios e progressos da reforma psiquiátrica no Amazonas:



as perspectivas baseadas no primeiro CAPS de Manaus. *Revista de Psicologia: Teoria e Prática*, 12(3), 22-33. Recuperado em 08 de dezembro, 2011, de <http://www3.mackenzie.br/editora/index.php/ptp/article/view/2887/2721>

Consoli, G., Hirdes, A. & Costa, J. S. (2009). Saúde Mental nos municípios do Alto Uruguai, RS, Brasil: um diagnóstico da reforma psiquiátrica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1), 117-128. Recuperado em 08 de dezembro, 2011, de <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n1/a17v14n1.pdf>

Costa-Rosa, A. (2000). O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. Em P. Amarante (Org.). *Ensaios-subjetividade, saúde mental e sociedade* (pp. 141-168). Rio de Janeiro: Fiocruz.

Cotrim, R. C. (2006). *A descentralização federativa, regras institucionais e desempenho municipal da saúde no Brasil: um estudo comparativo*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fiocruz, Rio de Janeiro, RJ.

Desviat, M (1999). *A reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Dias, M. K., Araújo, L. U. A. A., Freitas, E. & Biegas, M. O. C. (2010a). Formação de redes intermunicipais substitutivas em saúde mental: a experiência do Seridó Potiguar. Em F. B. Campos & A. Lancetti. *Saúde Loucura 9* (pp. 73-90). São Paulo: Hucitec.

Dias, M. K.; Ferigato, S. & Biegas, M. O. C. (2010b). A cultura manicomial além do hospital: o estudo dos cárceres privados em Caicó (RN). Em F. B. Campos & A. Lancetti (Org.). *Saúde Loucura 9* (pp. 49-72). São Paulo: Hucitec.

Dimenstein, M. & Libertado, M. T. C. (2009). Desinstitucionalizar é ultrapassar fronteiras sanitárias: o desafio da intersetorialidade e do trabalho em rede. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 1(1), 1-10. Recuperado em 08 de dezembro, 2011, de http://www.esp.rs.gov.br/img2/21_Magda_dimenstein.pdf

Fagundes, S. (2010). Os municípios e a desinstitucionalização em saúde mental coletiva. Em F. B. Campos & A. Lancetti (Org.). *Saúde Loucura 9* (pp. 203-232). São Paulo: Hucitec.

Ferrari, M. J. & Mulazzani, M. F. (1997). Ressignificando a história: de técnicos e políticos. *Saúde Mental Coletiva* 3(3), 19-26.

Guimarães, L., Rosa, L. & Evelin, M. (Orgs.). (2008). *(Con)textos em saúde mental: saberes, práticas e histórias de vidas*. Teresina: EDUFPI.

Kinker, F., Cirilo, L., Campos, F. B., Robortela, S. & Medeiros Jr., G. (2010). Desconstruindo mentalidades. Em F. B. Campos & A. Lancetti (Org.). *Saúde Loucura 9* (pp. 11-48). São Paulo: Hucitec.



Luzio, C. A. & L'Abbate, S. (2009). A atenção em saúde mental em municípios de pequeno e médio portes: ressonâncias da reforma psiquiátrica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1), 105-116. Recuperado em 08 de dezembro, 2011, de <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n1/a16v14n1.pdf>

Minayo, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde* (7a ed.). São Paulo: Hucitec. 2000.

Oliveira, Edineia A. (2009). *A política de saúde mental em municípios de pequeno porte do Espírito Santo: entre mínimas equipes e múltiplos projetos*. Dissertação de Mestrado, Mestrado em Política Social, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES.

Oliveira, E. (2011). *A incrível história de Von Meduna e a filha do sol do equador*. Teresina: Edição do autor.

Oliveira, J. A. M. & Passos, E. (2007). A implicação de serviços de saúde mental no processo de desinstitucionalização da loucura em Sergipe. *Vivência*, 32, 259-275.

Passamani, M. C. (2005). *Reforma da assistência psiquiátrica: representações sociais construídas pelos gestores e trabalhadores de saúde mental*. Dissertação de Mestrado, Curso de Mestrado em Ciências e Saúde, Universidade Federal do Piauí, Teresina, PI.

Passos, I. C. F. (2009). *Loucura e sociedade: discursos, práticas e significações sociais*. Belo Horizonte: Argvmentvm.

Pereira, A. A. & Andrade, L. O. M. (2001). Rede integral de atenção à saúde mental de Sobral, Ceará. Em A. Lancetti (Org.). *Saúde mental e saúde da família* (pp. 167-197). São Paulo: Hucitec

Ramminger, T. (2006). *Trabalhadores de saúde mental: reforma psiquiátrica, saúde do trabalhador e modos de subjetivação nos serviços de saúde mental*. Santa Cruz do Sul, RS: Edunisc.

Rocha, U., Rocha, A. & Magalhães, C. (1995). A trajetória bageense no contexto da saúde mental coletiva. *Saúde Mental Coletiva*, 2(2), 29-36.

Rosa, L. C. S. (2004). Retrospectiva dos impactos da reforma psiquiátrica no Piauí. Em L. C. S. Rosa (Org.). *Panorama da assistência psiquiátrica no Piauí* (pp.13-41). Teresina: Edufpi.

Rosa, L. C. S. (2006). *O nordeste na reforma psiquiátrica*. Teresina: Edufpi.

Sampaio, J. J. C. & Barroso, C. M. C. (2001). Centros de atenção psicossocial e equipes de saúde da família: diretrizes e experiências no Ceará. Em A. Lannetti (Org.). *Saúde mental e saúde da família* (pp. 199-220). São Paulo: Hucitec.

Santos, L. & Andrade, L. O. M. (2007). *SUS: o espaço da gestão inovada e dos consensos interfederativos*. São Paulo: Prisma Printer.



Vasconcelos, E. M. (2008). Reforma psiquiátrica no Brasil: periodização histórica e principais desafios na conjuntura atual. Em E. M. Vasconcelos (Org.). *Abordagens psicossociais: vol. II – Reforma psiquiátrica e saúde mental na ótica da cultura e das lutas populares* (pp. 27-55). São Paulo: Hucitec.

Vasconcelos, E. M. (2010). Desafios políticos no campo da saúde mental na atual conjuntura: uma contribuição ao debate da IV Conferência Nacional. Em E. M. Vasconcelos. (Org.). *Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira* (pp.17-74). São Paulo: Hucitec.

Volpe, F. M., Silva, E. M., Carmo, L. S. & Santos, T. N. (2010). Perfil da clientela atendida em um serviço público de urgência psiquiátrica no município de Belo Horizonte, Brasil, no período de 2002 a 2007. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 59(3), 203-209. Recuperado em 08 de dezembro, 2011, de <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v59n3/a06v59n3.pdf>

Wagner, G. (2006). Efeitos paradoxais da descentralização no Sistema Único de Saúde no Brasil. Em S. Fleury (Org.). *Democracia, descentralização e desenvolvimento: Brasil e Espanha* (pp. 417-442). Rio de Janeiro: FGV.

Yasui, S. & Costa-Rosa, A. (2008). A estratégia atenção psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de saúde mental. *Saúde em Debate*, 32(78-80), 27-37.

Yasui, S. (2010). *Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Nota sobre os Autores

João Paulo Macedo - Doutor em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte e docente do Depto. de Psicologia da Universidade Federal do Piauí. Endereço: UFPI - Parnaíba, Depto. de Psicologia. Av. São Sebastião, 2819. São Benedito. CEP 64202-020. Parnaíba, PI, Brasil. E-mail: jpmacedo@ufpi.edu.br

Magda Dimenstein - Doutora em Saúde Mental pelo Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro e Professora Titular do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Endereço: UFRN - CCHLA, Depto. de Psicologia, Campus Universitário, Lagoa Nova. CEP 59078-970. Natal/RN, Brasil. Email: magda@ufrnet.br

Data de recebimento: 11/12/2011

Data de aceite: 24/05/2012