

## **A interiorização das políticas em saúde mental: Um relato de experiência sobre a implantação da RAPS no interior do Pernambuco**

The process of bringing public Mental Health policies to the interior on the state: An experience report on the implementations of RAPS in the interior of Pernambuco

El proceso de acercamiento de las políticas públicas de Salud Mental al interior del estado: Un relato de experiencia sobre la implementación de RAPS en el interior de Pernambuco

Recebido: 10/10/2023 | Revisado: 18/10/2023 | Aceitado: 19/10/2023 | Publicado: 22/10/2023

**Wanessa Alessandra Braga Chagas**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6672-8243>  
Secretaria Municipal de Saúde de Paratama, Brasil  
E-mail: [wanessa.alessandra@yahoo.com.br](mailto:wanessa.alessandra@yahoo.com.br)

**Kátia Goretti Veloso Lins**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0941-5371>  
Hospital Regional Dom Moura, Brasil  
E-mail: [katlins13@msn.com](mailto:katlins13@msn.com)

### **Resumo**

Neste artigo é proposto um relato de experiência sobre a interiorização das políticas públicas nacionais em Saúde Mental no estado de Pernambuco, especificamente na quinta região de saúde durante os anos de 2014 e 2018. Com o objetivo de historicizar o percurso para uma análise teórica e prática, foram observados contribuições, desafios e entraves na articulação entre os representantes das três instâncias de governo, principalmente nos municípios, tornando algumas informações relevantes sobre a implantação da rede regional em Saúde Mental aos trabalhadores. As vivências e reflexões críticas despontam para observações que questionam as políticas de saúde engessadas e centralizadas nas pessoas que ocupam a gestão municipal de saúde em detrimento das demandas do território ou nas informações das equipes de saúde. Também é possível compreender durante este processo que a interiorização das políticas de Saúde Mental avançou, porém não significou interiorizar as práticas antimanicomiais preconizadas pela Reforma Psiquiátrica. É possível concluir também que, entre conflitos, tensionamentos e discussões dos modelos de atenção, o sujeito em sofrimento precisa ser o foco das temáticas de implementação de redes em uma construção interdisciplinar do “entre vários” preservando a dimensão ética na política pública.

**Palavras-chave:** Saúde mental; Políticas de saúde; Gestão em saúde; Regionalização da saúde.

### **Abstract**

This article proposes an experience report on the process of bringing public Mental Health policies to the interior on the state of Pernambuco, specifically in the fifth health region during 2014 and 2018. With the objective of historicizing the path for a theoretical and practical analysis, contributions, challenges and obstacles in the articulation between the representatives of the three levels of government, especially in the municipalities, were observed, making some information relevant about the implementation of the regional network in Mental Health to the workers. The experiences and critical reflections emerge for observations that question the plastered and centralized health policies in the people who occupy the municipal health management to the detriment of the demands of the territory or in the information of the health teams. It is also possible to understand during this process of bringing of public Mental Health policies advanced, but did not mean bringing process of the anti-asylum practices recommended by the Psychiatric Reform. It is also possible to conclude that, among conflicts, tensions and discussions of care models, the suffering subject needs to be the focus of the themes of network implementation in an interdisciplinary construction of the "among several" preserving the ethical dimension in public policy.

**Keywords:** Mental health; Health polices; Health management; Regionalization of health.

### **Resumen**

Este artículo propone un informe de experiencia sobre la internalización de las políticas públicas nacionales en Salud Mental en el estado de Pernambuco, específicamente en la quinta región de salud durante los años 2014 y 2018. Con el objetivo de historizar el camino para un análisis teórico y práctico, se observaron aportes, desafíos y obstáculos en la articulación entre los representantes de los tres niveles de gobierno, especialmente en los municipios, haciendo que algunas informaciones fueran relevantes sobre la implementación de la red regional en Salud Mental para los trabajadores. Las experiencias y reflexiones críticas emergen para observaciones que cuestionan las políticas de salud enyesadas y centralizadas en las personas que ocupan la gestión municipal de salud en detrimento de las

demandas del territorio o en la información de los equipos de salud. También es posible comprender durante este proceso que la internalización de las políticas de Salud Mental avanzó, pero no significó internalizar las prácticas anti-asilo recomendadas por la Reforma Psiquiátrica. También es posible concluir que, entre conflictos, tensiones y discusiones sobre los modelos de cuidado, el sujeto sufriente necesita ser el centro de los temas de implementación de la red en una construcción interdisciplinario del "entre varios" preservando la dimensión ética en las políticas públicas.

**Palabras clave:** Salud mental; Políticas de salud; Gestión en salud; Regionalización de la salud.

## 1. Introdução

O percurso histórico da Reforma Psiquiátrica no Brasil tem ganho diferentes e importantes contornos desde a visita de Franco Basaglia ao Brasil em 1979 (com seu significante-chave “desinstitucionalização”) até os dias de hoje. Um dos indicadores foram os avanços nas implementações dos equipamentos estratégicos e substitutivos ao hospital psiquiátrico – os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS (Amarante, 1994).

A Portaria GM /MS nº 3088 /2011 é uma das ferramentas da macropolítica que ratifica o conceito de rede e sobre o lugar do CAPS na rede plural como um dos variados pontos de atenção que compõem a assistência em Saúde Mental. Também esta portaria inclui e reafirma a Atenção Básica (AB) na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), assim como o Decreto nº 7.508 /2011 que regulamenta a Lei nº 8080 /1990 em vários assuntos, inclusive sobre os diferentes acessos às diferentes redes de saúde – entre elas, a RAPS.

No Estado de Pernambuco durante os anos de 2014 a 2018 os trabalhadores de Saúde Mental da 5ª regional (V GERES – Agreste Meridional) presenciaram a movimentação de técnicos e gestores das três instâncias governamentais da capital ao interior. Consequentemente, ações como discussões com gestores de saúde locais e seus trabalhadores, o desenho e redesenho da RAPS regional, as pactuações microrregionais, incluindo a desinstitucionalização e alocação de serviços e verbas foram estabelecidas e fortalecidas, culminando na ampliação da rede regional com os CAPS e as Residências terapêuticas (SRT). Antes, eram ambas em 02 unidades cada na regional de 21 municípios e, após as pactuações da RAPS regional, passaram a ser de 13 unidades CAPS tipo I; 01 CAPS 24h municipal; 03 SRT's e 06 leitos integrais no Hospital Regional Dom Moura (HRDM), 04 leitos integrais nos municípios de Bom Conselho e Águas Belas, além do fechamento do Hospital Psiquiátrico Santa Providência em novembro de 2016.

Porém, com a preocupação do Estado e do Ministério da Saúde (MS) em intensificar a implantação dos serviços substitutivos nos municípios para além da capital e com a interiorização da desinstitucionalização pelo fechamento de um hospital psiquiátrico, muito sobre as práticas em Saúde Mental - principalmente a *práxis* (Campos *et al.*, 2013) foi deixada para segundo plano. Muito se acredita que, sem CAPS não há práticas de Saúde Mental aliadas à Reforma Psiquiátrica.

Em nossa experiência, esta *práxis* é feita entre vários de foram territorial (Di Ciaccia, 2005; Laurent, 2010; Rinaldi, 2005; Stevens, 2010). Tanto a construção da rede como a prática antimanicomial implicam em diálogos e dialéticas entre referências técnicas e equipes de trabalhadores que conhecem as demandas do território anterior a chegada dos CAPS, e acima de tudo, articulações dessas equipes disponíveis com os usuários que precisam dessa assistência juntamente com a gestão, onde esta última compartilharia tomadas de decisões e cuidados.

Nessa experiência, é possível observar que interiorizar as políticas públicas de Saúde Mental não é garantia de interiorização das práticas antimanicomiais, a qual inauguraram o campo como é hoje em sua inovação proposto por Basaglia. Portanto, a estratégia pensada para integrar práticas de Saúde Mental alinhadas à Reforma Psiquiátrica concomitante a implantação dos serviços foi na articulação com processos de educação permanente aos profissionais, o que trouxe outras implicações e reflexões sobre qual é a assistência que se quer aos usuários (Amaral *et al.*, 2021).

## 1.2 A Reforma Psiquiátrica no Brasil

O cenário histórico e político que aconteceu durante a Reforma Sanitária não aprofunda o que aconteceu particularmente com a história da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Ambas têm aspectos marcantes como o caráter social e político nas transformações de saúde, mas tiveram caminhos diferentes: o percurso político da Reforma Sanitária antecedeu as práticas inovadoras, ao contrário da Reforma Psiquiátrica, que primeiro inovou no campo para depois alcançar legitimidade política (Furtado & Onocko-Campos, 2005).

Ou seja, se observarmos as duas primeiras experiências pioneiras brasileiras – em São Paulo com o CAPS Prof. Luís da Rocha Cerqueira em 1987 e a experiência de Santos pelo NAPS em 1989 – e a data do primeiro instrumento legal que oficializou a Reforma Psiquiátrica no Brasil como política de Saúde Mental (lei Paulo Delgado de 2001) podemos concluir que, anterior aos rumos da política pública, em Saúde Mental, a *práxis* já era uma realidade.

Desde o primeiro hospital psiquiátrico no Brasil até os anos 50 o modelo hospitalocêntrico foi predominante na área de saúde como um todo, sendo questionado entre as décadas de 50 e 60 devido as finalidades de repressão, enclausuramento e violência no que era chamado de tratamento moral (Sampaio & Júnior, 2021; Nobre, 1998). Durante os anos 80, em meio a essas transformações teóricas e novo cenário político, adotaram-se medidas estatais que visassem organizar o setor público de forma coletiva e comunitária às vistas da promoção de saúde como reforma do social – o Sistema Único de Saúde (SUS) (Paim, 2009).

Nesse contexto de mudanças, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), criado no início dos anos 80, foi o arranjo que se destacou nas lutas políticas com a proposta de emergir o louco como protagonista social a começar pelo seu próprio tratamento (Amarante, 1994). Foi com os trabalhadores, e logo depois com os próprios usuários do sistema junto com seus familiares, que houve um tensionamento entre os tratamentos existentes e o que precisava mudar.

Enquanto as medidas legais não se estabeleciam, a implementação da Reforma foi acontecendo pelos dispositivos com a ideia de substituir os hospitais psiquiátricos, além da superação dos mecanismos de segregação, violência e exclusão, que caracterizou a assistência psiquiátrica no Brasil (Sampaio & Júnior, 2021) tornando o advento das práticas do modelo psicossocial uma realidade.

Em 2001, houve a aprovação da Lei nº 10.216 ou Lei Paulo Delgado, a qual o MS consolidou essa substituição por equipamentos psicossociais e territoriais como uma política nacional. Igualmente, deu-se início à formulação de uma política integrada de atenção ao uso abusivo de substâncias no que se refere ao consumo prejudicial de crack, álcool e outras drogas pelo SUS. Posteriormente, a portaria da Rede de Atenção Psicossocial-RAPS (nº 3088 de 2011) oficializou o trabalho em rede na Saúde Mental, englobando não apenas os diferentes equipamentos da média complexidade como também a Atenção Básica - AB e equipamentos de urgência e emergência (Brasil, 2019).

Dessa forma, as Políticas de Saúde Mental, em seu esforço político, teórico e prático, passaram por significativas transformações: de um modelo centrado na referência hospitalar para um modelo de atenção diversificada, territorial, centrada no sujeito em sofrimento, suporte aos familiares e estratégias comunitárias-psicossociais (Amarante, 1994; Amarante & Nunes, 2018; Sampaio & Júnior, 2021). Mesmo assim, esse referencial ainda se encontra parcialmente refletido no conjunto da atenção do SUS, que ainda mantém vínculos com a área hospitalar e com a intervenção pontual na doença (Amaral *et al.*, 2021) e não no político-clínico-social (Chagas *et al.*, 2018), ou ainda, a dificuldade de implantação das políticas públicas no interior do país.

Amarante (2003) ressalta quatro dimensões básicas a serem atingidas e transformadas pela Reforma:

- 1) teórico-conceitual, no qual almeja mudanças nos saberes e sua produção;
- 2) técnico-assistencial, que envolve o local de tratamento, concepções das equipes e a gestão;
- 3) jurídico-político, abrange o âmbito das leis e a dimensão das relações humanas;

- 4) sociocultural envolve o campo do senso comum, do imaginário popular que representa e influencia as relações com o louco. Essa dimensão sugere ações comunitárias e principalmente com a família, construindo concepções inclusivas.

Dessa forma, observa-se o quanto se avançou o campo da Saúde Mental. Da prática ao jurídico, essas dimensões do modelo psicossocial envolveram uma *práxis* que ressalta o protagonismo daquele que sofre através de um olhar sob variadas teorias humanizadas (Amarante, 1995; Campos *et al.*, 2013). Dentro dessa lógica, fora do modelo hegemônico hospitalar, o encontro entre vários (Di Ciaccia, 2005) perpassa a ideia de interdisciplinariedade como estratégia em Saúde Coletiva, apesar de sua difícil efetivação (Val *et al.*, 2017).

Se continuarmos nesse olhar multi, perceberemos o território como espaço de atuação efetivando o campo da Saúde Mental entre tantos diferentes – famílias, trabalhadores, educadores, vizinhos, amigos, usuários, gestores – todos na aposta para o estabelecimento de laços de um território vivo e processual (Figueiredo & Alberti, 2006; Merhy, 1997; Chagas *et al.*, 2018). Tendo em conta essa dinâmica que marcam os sujeitos, sejam usuários, gestores e/ou trabalhadores, a rede em implementação precisa considerar a lógica e a ética deste território em sua composição.

Porém, a experiência de interiorizar essas políticas aqui descritas mostra que precisamos estar atentos ao que Amarante (1994) ressaltou sobre “remendos novos em panos velhos” e que podem se repetir nas práticas do CAPS, principalmente quando sua história de implementação pretende atingir outros interesses (Carvalho, 2021).

## 2. Metodologia

O trabalho apresentado é baseado no relato de experiência de trabalhadoras de Saúde Mental que vivenciaram a construção e a parcial operacionalização dos dispositivos pactuados durante os anos de 2014 a 2018 na 5ª Regional de Saúde do estado de Pernambuco.

O âmbito da psicologia e das ciências da saúde e sociais na pós modernidade têm se dedicado a compreender e pesquisar as ações humanas como algo que se desenvolvem irredutíveis às fórmulas (Daltro & Faria, 2019). Se o contexto de pesquisa é o campo das relações, interações e ações, o pesquisador está implicado na temática e no campo que estuda.

Dessa forma, o Relato de Experiência “é uma modalidade de cultivo de conhecimento no território da pesquisa qualitativa, concebida na reinscrição e na elaboração ativada através de trabalhos da memória, em que o sujeito cognoscente implicado foi afetado e construiu seus direcionamentos de pesquisa ao longo de diferentes tempos” (Daltro & Faria, 2019, p. 229). Nesses direcionamentos, o pesquisador trabalha com os processos do evento vivido e lembrado em associação com a teoria que embasa a produção do conhecimento.

Dentro das várias contribuições do relato de experiência, Minayo (2004) destaca a variabilidade teórica, a valorização da descrição, interpretação e compreensão dos fenômenos circunscrito em um período histórico; para a pesquisadora, o campo de estudo torna-se polissêmico, processual, existencial e cultural. “O conhecimento é construído contemplando a complexidade e a dimensão multifatorial” (Daltro & Faria, 2019, p. 229), sem reducionismos da simples dualidade cartesiana que também reduz os resultados da pesquisa.

O próprio lugar do pesquisador nesse método rompe com esses pressupostos cartesianos, descentralizando a razão como dominante e detentora das produções humanas e ampliando a pesquisa do campo relacional. “Devido à simultaneidade pensar/sentir, o pensar surge enquanto combinação, e não o determinante que orienta o curso” (Daltro & Faria, 2019, p. 227).

Discute-se sobre a validade dos relatos de experiência. Para González-Rey (2002), é equivocado atribuir o termo “validade” aos estudos de natureza qualitativa, por não serem instrumentos métricos e calibráveis, e sim manifestações empíricas de relações complexas. O autor introduz o conceito de “legitimidade” em lugar de validade. Para ele, a legitimidade

de um conhecimento é possível quando se avança na construção teórica do que se estuda, a partir de novas construções de sentido sem perder a integridade. “O valor do conhecimento será julgado pela sua capacidade de construção do estudado, integrando, aspectos qualitativos e críticos das construções teóricas que tenham significado em relação à realidade estudada”.

Portanto, a metodologia aqui aplicada atinge ao objetivo de estudos e compreensão sobre como foram os processos que se delinearão na composição e efetivação de uma rede microrregional de um interior nordestino. O relato da experiência não foi limitado a descrição dos principais processos dos eventos, mas foram ressaltados pontos de intersecção entre reflexão e teoria em um entrelaçamento que confere legitimidade na produção do conhecimento.

Torna-se uma pesquisa qualitativa narrativa que promove e reflete a implicação de todos os envolvidos de forma que, a própria narrativa torna-se uma ação política que tem efeitos no coletivo sem a pretensão de encontrar algo pronto, mas um encontro da teoria estudada e a abertura de algo novo (Onocko-Campos, 2013). Uma aposta nas contingências, principalmente neste campo da Saúde Mental.

### **3. Resultados e Discussão: Interiorizando Políticas ou Práticas em Saúde Mental? A experiência**

Durante o ano de 2014, a Gerência de Atenção em Saúde Mental (GASAM) - departamento da Secretaria Estadual de Saúde do Pernambuco (SES) - iniciou uma transformação histórica, política e social na construção e implementação da rede em Saúde Mental na 5ª Região de Saúde – Agreste Meridional (V GERES tendo como sede a cidade de Garanhuns).

Percebemos a importância da interiorização das políticas como um alcance dos direitos, mas também considerando a importância de desvincular esses acessos da capital (Prado, 2016).

As reuniões contavam com alguns atores envolvidos para consolidar este trabalho: secretários municipais de saúde, trabalhadores da rede juntamente com a GASAM e V GERES. Com a consolidação do Grupo Condutor Regional da RAPS (GC-RAPS) em 2014, a chegada dos recursos financeiros (incentivos) e as expectativas da habilitação dos serviços inaugurados esse trabalho de implementação da rede microrregional foi ganhando força e fazendo parte do cotidiano das redes municipais de saúde.

Porém, apesar da responsabilização municipal e estadual para ampliar a rede regional – composta de 21 municípios e apenas 02 CAPS municipais e 02 residências terapêuticas - destacamos pontos de desafios que chamou a atenção das autoras. Um dos primeiros pontos de desafio durante esse processo de construção da rede foi as mudanças nos cenários micropolíticos locais e, conseqüentemente, manter o desenho da rede regional pactuada. Com a saída e entrada de novos gestores, o desenho era questionado, retomando a discussão à estaca zero. Se os atores políticos que estão inseridos neste trajeto não têm clareza de que as decisões gestoras têm conseqüências a longo prazo, encontramos problemáticas como a observada: pactuações da RAPS regional já definidas nas três instâncias sendo questionadas em sua validade

Vale salientar que, ao longo desses anos, apenas um secretário de saúde municipal permaneceu de 2014 a 2018, e conseqüentemente os novos gestores requereram novos acordos, atrasando os encaminhamentos para a efetivação da rede.

As mudanças dos representantes sociais e políticos provocavam discussões para alterações nas pactuações anteriores a eles; porém, não podemos avaliar avanços quando damos um passo para frente e um para trás. Se a cada questão dessas figuras políticas significava variações nos acordos, então estamos nos referindo a pactuação de governos e não de Estado (Paim, 2009); pactuações com finalidades limitadas e não coletivas. Quando os interesses dos governantes que ocupam os cargos políticos são priorizados, como observamos nesse relato, as necessidades do território (além das diretrizes do SUS) não são os norteadores dos acordos (Carvalho, 2021). E, claro, as necessidades de saúde de uma população não mudaram com tanta frequência quanto mudaram essas figuras políticas durante o período supracitado.

Durante os primeiros anos que se seguiram (2014-2016), os trabalhadores que conseguiram acompanhar esse período de consolidação da RAPS regional, do início ao fim, priorizavam nas pactuações o conceito geográfico de

acessibilidade para balizar a construção do desenho, como qual município poderia sediar leitos integrais considerando recursos humanos e epidemiológicos entre outros fatores.

Enquanto isso, o discurso dos secretários da época apresentava outros conteúdos, priorizando articulações personalizadas como as afinidades partidárias ou a não acolhida de uma cidade menor por ser uma cidade maior. Outro ponto de desafio se delineou: os pilares básicos que direcionam o SUS como acessibilidade, descentralização, equidade e solidariedade, resgatados pelos trabalhadores, não eram princípios bases dos gestores, preocupados com questões financeiras ou com aporte populacional.

Assim, interiorizar as políticas em Saúde Mental contou tanto com os gestores e suas preferências - financeiras, políticas de “p” pequeno e de assistencialismo (Carvalho, 2021), quanto com os trabalhadores e suas preocupações com uma rede estratégica e exercendo sua função. Conjuntamente com esta forma de organização da rede, delineou-se o fechamento do Hospital Psiquiátrico da Santa Providência em novembro de 2016, o que nos foi possível perceber mais um entrave: os desgastes em decorrência desse fechamento, tanto na comunidade regional quanto nos colegiados de saúde devido as imposições e dúvidas dos gerentes para o não fechamento.

Ficava evidente que os principais envolvidos e beneficiados pela implementação da rede não compreendiam a desinstitucionalização e seu processo político, clínico e social alinhado à Reforma (Amarante, 1994). Como Amarante (2003) acentuou, o processo antimanicomial atravessa campos conceituais e políticos, mas também atravessa a assistência, a gestão dessa assistência e o imaginário social. Foi possível constatar que, na construção e realização desse desenho microrregional, as dimensões da Reforma Psiquiátrica trazidas por Amarante como a assistencial e política-jurídica foram trabalhadas.

Através destes pontos levantados, observamos que a questão da interiorização das políticas públicas não envolvia automaticamente a interiorização da bagagem prática antimanicomial.

Interiorizar as políticas públicas trouxeram desgastes na tentativa de estabelecer as relações micro - que envolviam o desejo dos trabalhadores e os poderes da gestão - e isto compôs o desenho da RAPS regional possível.

Contudo, podemos destacar que havia profissionais que se encontravam no bojo desta ação de construção da rede regional e que tiveram experiências anteriores em Saúde Mental alinhados ao modelo psicossocial; estes, conseguiram inserir em seus processos de trabalhos essas experiências nesses novos dispositivos, se assim obtivessem a autonomia do gestor de saúde.

A experiência de construção da rede foi balizada por lógicas diferentes considerando também o planejamento estratégico (Giovanella & Amarante, 1994; Matus, 1982; Testa, 1987). O diagnóstico situacional da regional foi o primeiro passo de reconhecimento da implantação da política pública. Como já trouxemos anteriormente, o mapa político da RAPS em 2014 contemplava diretrizes do SUS como acessibilidade, e esbarrou com as exigências e preferências das gestões locais.

Dessa forma, o planejamento da RAPS desta regional seguiu uma trajetória de variados acordos, sempre no esforço de contemplar as diretrizes do SUS e algumas vertentes sobre planejamento estratégico (Giovanella & Amarante, 1994). De acordo com os teóricos sobre planejamento em saúde (Matus, 1982; Testa, 1987), é imprescindível as figuras de poder, como o gestor. Sem este ator, o diálogo para implantação da RAPS regional encontraria obstáculos. Assim, o desenho da RAPS regional foi pactuada durante o ano de 2014 e repactuada em 2016.

Durante e após a finalização do desenho microrregional em Saúde Mental, houve a preocupação da área técnica do Estado na qualificação dessas equipes municipais, mas nem tanto dos gestores dos municípios. Foram organizados pela V Regional, GC-RAPS e trabalhadores de saúde municipais os “Fóruns de Trabalhadores” nos anos de 2015, 2016 e 2017 com o objetivo de discutir com as equipes dos CAPS, AB, hospital, SAMU buscando compreender conceitos-chaves como a atenção à crise, redução de danos, ações de reabilitação psicossocial, articulações intersetoriais, fluxo assistencial, protagonismo em território entre outras atividades que compõe as práticas antimanicomiais no SUS.

Estes Fóruns foram a estratégia pensada para oferecer suporte nessas composições da *práxis* das novas equipes pela via da Educação Permanente. Esses espaços de debate aconteceram duas vezes no ano, com a permanência dos Colegiados Regionais mensais até 2017 - que também contemplavam espaços de reflexão e de decisão.

Em contato nos Fóruns com as coordenações de CAPS da regional e de seus trabalhos, observou-se que algumas dessas equipes repetiam a lógica ambulatorial, com pouquíssima articulação com a Atenção Básica (seja de acionamento ou de matriciamento) ou com outros equipamentos de saúde ou, ainda, com a rede de sócio assistencial. Dessa forma, mesmo existindo espaços de Educação Permanente que cultivavam eixos temáticos de trabalhos em Saúde Mental a partir da Reforma Psiquiátrica como campo de inovação, a interiorização das práticas antimanicomiais deu-se de forma isolada, tímida e dependendo de como cada coordenação e equipe escolhiam trabalhar, além da ausência de autonomia às coordenações de Saúde Mental (quando estas figuras de articulação existiam).

Observamos que o cenário que foi se delineando na efetivação parcial da RAPS regional se deu na contramão do que Furtado e Onocko (2009) analisaram sobre o percurso da Saúde Mental brasileira: foram as pactuações políticas que disponibilizaram o percurso das práticas, e não o contrário. Apesar de observarmos que interiorizar políticas não significa interiorizar práticas do modelo psicossocial, foi através do percurso político que muitas equipes em Saúde Mental tiveram contato sobre as dimensões da Reforma Psiquiátrica.

Durante os Colegiados, observamos outra marca gritante nessas práticas dos novos dispositivos: a centralidade médica no tratamento dos usuários do serviço, e conseqüentemente na medicalização. As práticas antimanicomiais descentralizam o especialista sem a perda de sua identidade profissional, o que não era observado tanto pelas equipes multiprofissionais como pelos próprios usuários do CAPS.

Observamos aqui a predominância do modelo biomédico, a qual a visão psicossocial aparece enquanto um complemento no cuidado, comprometendo novamente a uma prática que considere o entre vários no fazer clínico e social. Também se revela como a equipe concebe esse sujeito que sofre: seria a partir de uma clínica da tutela (Montezuma, 2001), onde quem sabe sobre o usuário é o profissional, ou uma clínica da escuta, a qual a ética do próprio sujeito que sofre é se descobrir e se reinventar?

O que foi observado durante o ano de 2018 foi a existência de práticas hospitalocêntricas no manejo das crises; persistência na centralidade médica nos projetos terapêuticos; uso excessivo de medicamentos; dificuldades no matriciamento e articulação de rede; ausência de demais serviços e instituições da RAPS pactuada; equipes multiprofissionais sem qualificação continuada; a psicopatologização de problemas sociais e a manutenção do cuidado de forma institucionalizada, desarticulada do desejo e do contexto social e territorial do usuário.

Esses pontos trazem a compreensão possível de que essas práticas são formas de aprisionamento e silenciamento de usuários, que os afastam do exercício de protagonismo do louco na sociedade tão preconizado pela Reforma Psiquiátrica (Amarante, 2003; Amarante & Nunes, 2018; Rotelli, 1990; Basaglia, 1985).

Observamos que alguns arranjos estratégicos foram pensados pelas referências técnicas do estado, arranjos esses valorizados na Saúde Coletiva e que facilitam o contato entre profissionais de diferentes áreas: as reuniões dos Colegiados, o estímulo para o matriciamento e a Educação Permanente pelo Fóruns para esse encontro do entre vários interdisciplinares (Di Ciaccia, 2005; Val *et al.*, 2017). Em nenhum dos serviços CAPS, durante esses 4 anos de experiência, citou a supervisão como um desses arranjos de suporte ao trabalho das equipes – apenas um serviço CAPS teve esse momento com um professor da Universidade de Pernambuco (UPE), mas apenas uma vez.

Também, vale ressaltar sobre o fechamento do Hospital Psiquiátrico Providência em 2016, a importância de compreender que o processo de desospitalização é diferente de desinstitucionalização (Basaglia, 1985); este último, implica em profundas transformações nas relações sociais e no universo imaginário que demanda novas formas de pensar sobre os

cuidados em Saúde Mental. Compreendemos que mudanças culturais requerem reflexões, produção de saberes, tempo e persistência na sensibilização do projeto coletivo, a qual o CAPS é o fio condutor na rede de saúde e na comunidade. Algo que implica uma construção continuada e um investimento em vários aspectos da sociedade - o que não foi observado durante o período supracitado.

Os entraves aqui ressaltados, durante esses quatro anos (2014-2018), não foram as únicas composições nesta experiência. Foi possível vivenciar e perceber, ao sermos atores e expectadores das cenas que compuseram a história de interiorização das políticas públicas em Saúde Mental da V Geres, as marcas na história profissional de cada um dos envolvidos (nos vários sentidos da palavra), serviços em Saúde Mental que puderam transformar vidas e revisitar conceitos sobre a loucura, sem contar sobre como uma gestão compartilhada (quando ele é real) pode proporcionar construções rumo a um serviço em rede e acessível.

Os profissionais implicados nesse processo de implementação da RAPS regional foram afetados e se transformaram nessas experiências, sendo possível olhar para o hoje e saber que a existência de mais equipamentos de saúde é uma vitória das políticas públicas. Mas não basta existir *mais* CAPS: a equipe precisa permitir que as vivências e convivências entre os usuários dos serviços, suas famílias e comunidade lhe afetem (Chagas *et al.*, 2108). É na escuta deste outro em seus processos de adoecimento e de saúde, na aproximação-acolhimento-continuidade do cuidado que algo acontece.

Nesse caminho, a operacionalização de uma rede real levou mais de três anos, e até 2018 ainda estava incompleta: obstáculos da gestão municipal (Matus, 1982; Testa, 1987; Carvalho, 2021) foram um dos principais problemas encontrados. Em primeira instância, as deliberações da área técnica do Ministério da Saúde (alinhada com a efetivação da política pública) e o departamento responsável pela liberação de financiamentos (que se circunscreve pelo discurso capitalista) não são áreas articuladas, muito pelo contrário, funcionam isoladamente e, esta última instância, de forma burocrática (Guedes & Silva, 2023). Atualmente, não é segredo que essas dificuldades relacionadas ao financiamento engessado tanto prejudica a igualdade no acesso à assistência em saúde quanto gera dificuldades à população que dela precisa (Guedes & Silva, 2023).

Além desta gestão ministerial macropolítica para liberação dos recursos, a qual pouco se negociava e muito se exigia, ainda tivemos que lidar novamente com dificuldades mais concretas nas gestões municipais. Pelas experiências dos municípios que implementaram o serviço CAPS, ficava estabelecido um conflito pois, ao gestor interessava um equipamento específico para as demandas em Saúde Mental, mas mantê-lo até a liberação do custeio mensal era um problema. Porém, quando o incentivo financeiro era recebido pelo município, o Ministério da Saúde exigia que, após o recebimento deste incentivo, havia um prazo para implantação do CAPS – geralmente 3 meses. Mas esse mesmo prazo não existia para o custeio mensal (repassa fundo a fundo entre MS e municípios) destinado a equipamentos habilitados.

A média de tempo de habilitação de serviços CAPS na regional durante o período supracitado era de dois anos. Isto significava dizer que a máquina pública municipal era quem mantinha o CAPS financiado, sabendo que era retrocesso público inaugurar um serviço, ter uma demanda, e fechá-lo um tempo depois. A gestão municipal não tinha outra saída, a não ser manter o equipamento. As consequências ficavam para a equipe: trabalhar com o mínimo de estrutura, lidar com as faltas de insumos, racionalizar suprimentos, equipe mínima, renegociações salariais. E tudo isto escoava nos atendimentos (im)possíveis do serviço ao usuário e sua família.

A outra saída que outros gestores exploraram foi não inaugurar o serviço, mesmo com o fechamento do hospital psiquiátrico e mesmo com os incentivos financeiros recebidos. Até 2018, havia municípios na regional que tinham recebido o incentivo para implantar o CAPS e não o fizeram. O Estado se mostrava uma figura tímida na cobrança das implantações, alegando a autonomia dos municípios. Assistimos muitas reuniões do Colegiado Intergestores Regionais-CIR, os quais os prazos de implantação eram negociados e renegociados. E a não existência do CAPS não significa que não existem as histórias de pessoas em sofrimento e que estas não estejam emergentes de cuidado.

Como ficava a assistência dessas pessoas, suas famílias e comunidade, já que não existia uma equipe específica de Saúde Mental?

Uma das soluções que a GASAM forneceu, solução justa e legal conforme decreto nº 7.508, contemplou a Atenção Básica como porta de entrada em saúde e esta assistência em saúde mental ser resolutive nessa complexidade. O usuário é da rede e, portanto, na ausência do dispositivo de apoio, o que existe é o serviço de referência, além dos ambulatórios e hospitais gerais. Mas em nossa experiência durante 2017 e 2018, pouco se funcionou desta forma: em muitos casos, seja pelo modelo biomédico vigente nos processos de trabalho no interior desta regional, seja pela ausência do CAPS, seja pela angústia dos familiares, o atendimento à crise eram realizados no Hospital Regional Dom Moura - Garanhuns. O agravante nesse hospital regional era a inexistência de uma regulação de leitos para o acolhimento e permanência no leito integral (que acabava absorvendo atendimento à crise sem ocorrência clínica), ficando a cargo do médico plantonista hospitalar o acionamento do leito em saúde mental.

Outra dificuldade também vivenciada no Hospital Regional Dom Moura era a resistência de profissionais ao atendimento integral do usuário em sofrimento psíquico, restringindo a prática apenas da medicalização sintomática emergente. Muitas reflexões pela Educação Permanente durante o ano de 2017 foram realizadas e inclusive construídas equipes de referência voluntária para a sensibilização dos profissionais da unidade hospitalar; no entanto, como toda ação de educação em saúde, era uma ação que precisaria ser permanente e contínua, algo que não foi possível por um longo prazo.

Em 2018, com o distanciamento progressivo da GASAM, deliberando responsabilidades à sede regional (que também lida com falta de pessoal) e ao Grupo Condutor Regional da RAPS (constituído por trabalhadores municipais voluntários em Saúde Mental na V Regional), assistimos de ambos o marasmo e inércia desses atores políticos para que as ações em Saúde Mental acontecessem. Pela lógica da caridade, o Grupo Condutor perdeu força; a GASAM e GERES ficaram “sem pernas” para garantir presença junto aos municípios e coordenações municipais. As coordenações se viram desamparadas no que era antes planejamento e ação (Testa, 1987).

Com tantos entraves, assistimos não só a barreiras na implementação de CAPS tipo I dos municípios incentivados, mas também almejar a implantação 100% da rede, o que nos leva seguintes indagações em 2018:

Como fica o manejo da crise nos finais de semana na ausência de CAPS 24h de acolhida regional? Como lidar com a principal realidade desta regional – casos de uso problemático do álcool – a qual encontram-se em vulnerabilidade social sem a existência de Unidades de Acolhimento? Como acolher os casos graves de abstinência se os leitos integrais existentes são ocupados pelos casos de crise psicótica? Leito integrais dependentes de uma assinatura médica? Poderia o hospital regional articular e responsabilizar a rede municipal de saúde? A crise é de quem?

Isso sem ressaltarmos os casos de crianças e adolescentes: como alternativa, as equipes de CAPS tipo I receberam da GASAM a resposta que devem acolher esses casos. Na ausência da complexidade do CAPS i, utiliza-se o que há na rede como referência em Saúde Mental; nas vivências que observamos até 2018, psicose infantil e autismo exigem uma equipe muito específica (multiprofissional) e muito preparada. Como preparar os CAPS tipo I a acolher estes casos?

Como lidar com a Saúde Mental do Trabalhador sobrecarregado em suas atribuições? Na urgência de garantir o acesso não estaríamos atropelando alguma coisa que a clínica e a *práxis* alertam?

Em nossa experiência, o CAPS tipo I em funcionamento tem se aproximado cada vez mais de casos que demandam outros dispositivos, que sequer temos a expectativa de sua implantação. A política chegou, mas a prática ainda precisa de muito suporte.

#### 4. Considerações Finais

O tema da interiorização das políticas públicas em Saúde Mental ganhou força na região citada dentre os anos de 2014 a 2018: a quantidade de equipamentos implementados foi grande, apesar de outros serviços estratégicos ainda não terem sido estimulados ou priorizados nas políticas ou ações em saúde, como os CAPS 24h (só existe um na região e de gestão municipal). Durante o ano de 2018 não houve propulsão a mais equipamentos e a sede regional do estado lidou sozinha com a tarefa de assessorar os municípios.

Ou seja, muito se avançou na política pública e muito precisa ainda ser feito em termos políticos. E o principal: interiorizar políticas públicas não significa interiorizar práticas em Saúde Mental. Ambas são ações que exigem estratégias de planejamentos diferentes (Matus, 1982; Testa, 1987), bem como o investimento em Educação Permanente constantemente.

Políticas e práticas, ou melhor, a *práxis* em Saúde Mental é do humano (Campos *et al.*, 2013), desde que os atores envolvidos (da gestão a assistência) compreendam esta lógica. Se não, acontecerá o que nos foi alertado por Basaglia: “novas roupagens em velhos modelos” (Amarante, 1995; Rotelli, 1990).

Como discorrido neste artigo, a dificuldade de implementação da rede regional lidou com desafios como assegurar que os serviços de saúde da rede regionalizada tivessem os princípios do SUS considerados plenamente, além do subfinanciamento (Paim, 2009; Carvalho, 2021). Ainda, até 2018, existiam municípios que não implementaram os equipamentos solicitados, comprometendo a regional de solicitar novos dispositivos e, assim, concretizar a rede regional pactuada.

Para além desse relato, propomos que gestoras, gestores, trabalhadoras e trabalhadores que entrem em contato com este artigo também permitam-se afetar pela experiência relatada, assim como também fomos afetados, o que proporcionou que o vivido se tornasse escrita. No entre vários (Di Ciaccia, 2005) que pudemos observar aqui – a tríade gestão, trabalhador e território, são arestas de um campo para sua concretização fundada nos princípios do SUS. Matus (1982) e Testa (1987) asseguram que sem o gestor não há pactuações de planejamento. Aqui, enfatizamos que, sem essa tríade, poderíamos perguntar: planejar para quem? Foi nesse entre vários tenso que os princípios do SUS perseveraram. Como observamos nos primórdios da Reforma Psiquiátrica no Brasil pelo movimento dos trabalhadores de Saúde Mental

Nesses tensionamentos necessários, foi possível produzir um discurso cooperativo entre diversos saberes e atores sociais, sem hegemonia ou reducionismos (Val *et al.*, 2017). A importância desses discursos circular em entre vários atores vem da importância de não se produzir lugares suposto-poder – observável nas práticas centralizadoras de gestores que retêm as tomadas de decisão - mas na busca de construir elementos que constituam o território possível ao outro.

Enfim, repensando a trajetória histórico-político-social é importante pensar sobre a Saúde Mental: seus usos em sua história estão associadas à ordem pública (Miller, 2010). Ordem pública ligada à ideia de saber se o sujeito estaria em condições ou não de circular livremente nos espaços públicos como proposto no tratamento moral. Mas, “há um sujeito no doente” (Miller, 2010). E onde há sujeito, há alguma forma de se colocar no mundo, seja nesses lugares coletivos, seja adoecendo. Qual o lugar da loucura nos serviços? Onde o sujeito em sofrimento está inserido na sociedade? A loucura foi contemplada em toda sua complexidade na construção da rede aqui narrada? Esse continua sendo um desafio para todos os envolvidos na execução da política pública em Saúde Mental, que requer a transversalidade de outras políticas de forma a acompanhar dignamente o usuário em sua integralidade.

Nesta lógica pensante de Miller (2010), fica o convite para qualquer trabalhador de Saúde Mental sobre o louco: mesmo existindo dificuldades na rede a ser implantada, que o outro em sofrimento seja o centro das discussões na sua forma dele de existir. Os usuários são o foco. Que a rede a ser pensada priorize este sujeito em sua singularidade e o veja como um ser de laço social, sem esquecer que o vínculo supera qualquer lógica de poderes (Merhy, 1997; Carvalho, 2021; Guedes & Silva, 2023).

A construção e implementação de uma rede não encerra uma única versão (ou do gestor ou dos trabalhadores), ou em uma única verdade, mas se mantém em um processo contínuo de construção que pode ser real para o sujeito que dela precise em certo momento de sua existência (Val *et al.*, 2017). A dimensão ética na construção da rede persevera na escuta dos sujeitos para podermos avançarmos nas ações em saúde e nas transformações no território (Fernandes, 2013; Amaral *et al.*, 2021).

Concluimos que este artigo pode contribuir a outros trabalhos futuros como reflexões científicas e até mesmo no planejamento e efetivação de redes em saúde em construção, desconstrução ou em reconstrução: salientamos aqui a tríade básica nesse processo (gestores – trabalhadores – usuários) implicada nesse processo de pulverização do poder, no encontro entre vários que tanto diversifica a rede e representa o território, além das questões éticas serem consideradas para a *práxis* humanizada e singular.

## Agradecimentos

Agradecemos a todos que direta ou indiretamente contribuíram para a realização e sucesso deste artigo.

## Referências

- Amaral, C. E. M., Treichel, C. A. S., Francisco, P. M. S. B. & Onocko-Campos, R. T. (2021). Assistência a saúde mental no Brasil: estudo multifacetado em quatro grandes cidades. *Cadernos de Saúde Públicas*, 37(3). <https://doi.org/10.1590/0102-311X00043420>
- Amarante, P. (1994). Loucura, Cultura e Subjetividade: conceitos e estratégias, percursos e atores da reforma psiquiátrica brasileira. *Saúde e Democracia – A Luta do CEBES*, 163-185.
- Amarante, P. (1995). Revisitando os paradigmas do saber psiquiátrico: tecendo o percurso do movimento da reforma psiquiátrica. *Loucos pela vida*. Ed. Panorama ENSP, 21-55.
- Amarante, P. (2003) A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica. *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial*. NAU, 45-53.
- Amarante, P. & Nunes, M. O. (2018). A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciência & Saúde Coletiva*. 23(6), 2067-2074.
- Basaglia, F. (1985) *A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico*. Ed. Graal.
- Brasil. (2006). *Entendendo o SUS*. <http://www.saude.gov.br>
- Campos, G. W. S., Onocko-Campos, R. T. & Del Barrio, L. R. (2013). Políticas e práticas em saúde mental: as evidências em questão. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18 (10), 2797-2805.
- Carvalho, G. P. (2021). Desigualdades regionais e o papel dos recursos federais no SUS: fatores políticos condicionam a alocação de recursos? *Ciência e Saúde Coletiva*. 26. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.2.31192019>
- Chagas, W. A. B. C., Lins, L. F., Lira, P. & Silva, T. (2017). Fundamentos epistemológicos na prática em saúde mental. *Revista Diálogos*, 1(17), 144-159.
- Daltro, M. R. & Faria, A. A. (2019). Relato de experiência: Uma narrativa científica na pós-modernidade. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 19(1), 223-237.
- Di Ciaccia, A. (2005). A prática entre vários. *Psicanálise, Clínica e Instituição*. Rios Ambiciosos, 34-54.
- Fernandes, V. A. (2013). Contribuições da ética da psicanálise para a política pública de saúde. *A Peste*, 5 (2), 67-79.
- Alberti, S. & Figueiredo, A. C. (2006). *Psicanálise e saúde mental: uma aposta*. Companhia de Freud, 2006.
- Furtado, J. P. e Onocko-Campos, R. (2005). A transposição das políticas de saúde mental no Brasil para a prática no novos serviços. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 8 (1), 109-122.
- Giovannella, L. & Amarante, P. (1994). O enfoque estratégico do planejamento em saúde e saúde mental. *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Editora Fiocruz, 113-147.
- González-rey, F. L. (2002). *Pesquisa qualitativa em psicologia: caminhos e desafios*. Pioneira Thomson Learning.
- Guedes, T. A. & Silva, F. S. (2023). Gestão de saúde pública no Brasil à luz da teoria da burocracia: escassez de médicos especialistas e desigualdade regional de acesso. *Boletim de Conjuntura (BOCA)*. 13(37), 111–129. [10.5281/zenodo.7584790](https://doi.org/10.5281/zenodo.7584790).
- Laurent, É. (2010). O analista cidadão. *Revista Curinga*. Escola Brasileira de Psicanálise – Seção Minas, 1(31), 7-13.
- Matus, C. (1982). *Política y Plan*. IVEPLAN.
- Merhy, E. (1997). *Agir em saúde: um desafio para o público*. HUCITEC.

- Miller, J-A. (2010). Saúde mental e ordem pública. *Revista Curinga*. Escola Brasileira de Psicanálise – Seção Minas, 1(31), 14-24.
- Minayo, M. C. S. (2004). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. Hucitec.
- Montezuma, M. (2001). A clínica na saúde mental. *Psicanálise e psiquiatria: controvérsias e convergências*. Rios Ambiciosos, 133-141.
- Nobre, M. T. L. (1998). Abrir os Manicômios: utopia ou realidade? *Antropologia: memória, tradição e perspectiva* – Anais do V Encontro de Antropólogos do Norte – Nordeste. Ed. UFPB, 441-458.
- Onocko-Campos, R. T. (2013). Narrativas no estudo das práticas em saúde mental: contribuições das perspectivas de Paul Ricoeur, Walter Benjamin e da antropologia médica. *Ciência saúde coletiva*, 18 (10), 2847-2857.
- Paim, J. S. (2009). *O que é o SUS*. Editora FIOCRUZ.
- Rinaldi, D. (2005). Clínica e política: a direção do tratamento psicanalítico no campo da saúde mental. *Psicanálise, Clínica e Instituição*. Ed. Rios Ambiciosos, 87-106.
- Rotelli, F. (1990). *Desinstitucionalização*. Ed. HUCITEC.
- Sampaio, M. L. & Bispo Jr, J. P. (2021). Entre o enclausuramento e a desinstitucionalização: a trajetória da saúde mental no Brasil. *Trabalho, Educação e Saúde*, 19, e00313145. 10.1590/1981-7746-sol00313
- Stevens, A. (2010). Psicanálise e saúde mental. *Revista Curinga*. Escola Brasileira de Psicanálise – Seção Minas, 1(31), 32-38.
- Testa, M. (1987). Estrategia, coherencia y poder en las propuestas de la salud– Parte II. *Cuadernos Médicos Sociales*, (39)3:28.
- Val, A. C., Modena, C. M., Onocko-Campos, R. T. & Gama, C. A. P. (2017). Psicanálise e saúde coletiva: aproximações e possibilidades de contribuições. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 27(4), 1287-1307.