

**ESCOLA DE GOVERNO EM SAÚDE PÚBLICA DE PERNAMBUCO**  
**RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA COM ÊNFASE EM**  
**GESTÃO DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE**

JULIANA LUCENA VIEIRA DE LIMA

**SAÚDE MENTAL NA IV REGIÃO DE SAÚDE DE PERNAMBUCO: UM**  
**RELATO DE EXPERIENCIA**

CARUARU

2018

JULIANA LUCENA VIEIRA DE LIMA

**SAÚDE MENTAL NA IV REGIÃO DE SAÚDE DE PERNAMBUCO: UM  
RELATO DE EXPERIENCIA**

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado ao Programa de Residência em Saúde Coletiva com Ênfase em Gestão de Redes de Atenção à Saúde da Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde Coletiva.

Orientadora M.a: Rita de Cássia Acioli Barbosa.

Co – Orientadora Esp: Camila de Moura Castro.

CARUARU

2018

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>1</b>
<b>MÉTODO .....</b>	<b>3</b>
<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>4</b>
Desafios da regionalização da saúde em contexto de desigualdades no agreste setentrional de Pernambuco .....	4
A Gerência de Atenção à Saúde e seu papel no fortalecimento da política na região .....	7
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>9</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>10</b>

# SAÚDE MENTAL NA IV REGIÃO DE SAÚDE DE PERNAMBUCO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

*Mental Health in The IV Health Region of Pernambuco: An Experience Report*

**RESUMO:** O presente artigo se propõe a refletir sobre a saúde mental na IV região de saúde do estado de Pernambuco, permeando pela Reforma Psiquiátrica Brasileira em um contexto de regionalização no agreste setentrional do estado. Foram consideradas as vivências de uma profissional de fisioterapia residente de saúde coletiva da Escola de Governo de Saúde Pública de Pernambuco – ESPPE, a qual passou dois anos na região e, dentre esse tempo, três meses na coordenação da política de saúde mental. A saúde mental ainda não é uma linha de cuidado prioritária para a gestão do SUS na região, mesmo tendo o estado de PE delimitado a mesma como uma das linhas de cuidado a ser estruturada nas regiões de saúde. A reforma psiquiátrica precisa ser descentralizada e chegar ao agreste setentrional do estado de Pernambuco.

**Palavras – chave:** IV Região de Saúde. Saúde Mental. Residente. Saúde Coletiva. Reforma Psiquiátrica Brasileira.

**ABSTRACT:** This article proposes to reflect on mental health in the IV health region of the state of Pernambuco, permeating the Brazilian Psychiatric Reform in a context of regionalization in the northern agreste of the state. The experiences of a physiotherapist resident in Public Health of the School of Public Health of Pernambuco - ESPPE, who spent two years in the region and, during this time, three months in the coordination of mental health policy were considered. Mental health is still not a priority care line for the management of the SUS in the region, even if the state of PE delimited it as one of the care lines to be structured in the health regions. The psychiatric reform must be decentralized and reach the northern agreste of the state of Pernambuco.

**Keywords:** IV Health Region. Mental health. Resident. Collective Health. Brazilian Psychiatric Reform.

## INTRODUÇÃO

Este artigo é fruto da experiência de uma fisioterapeuta residente em saúde coletiva na IV região de saúde do estado de Pernambuco (PE). Apresenta como objetivo geral relatar essa experiência trazendo elementos observados tanto durante os dois anos na regional, bem como, durante o rodízio na coordenação da saúde mental, e, como objetivos específicos: refletir sobre o processo de regionalização da saúde e sua influência na consolidação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) regional e compreender o papel da Gerência de Atenção à Saúde (GERES) no fortalecimento da política de saúde mental, levando em consideração os preceitos da Reforma Psiquiátrica Brasileira em um contexto de regionalização no agreste setentrional do estado de Pernambuco.

O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva com Ênfase em Gestão de Redes de Atenção à Saúde propõe aos profissionais da saúde uma especialização em serviço, de forma regionalizada, com foco na saúde coletiva e nas políticas de estruturação de rede. A experiência vivida pelas(os) residentes nas GERES e nos espaços de governança, possibilita uma aproximação com a realidade, levando a um amadurecimento e a construção de uma crítica reflexiva sobre as redes de saúde. Dessa forma, é através de uma experiência de dois anos vivenciando a IV regional e a afinidade da autora pela saúde mental que se deu origem a esse trabalho. Além de acreditar na importância de deixar um produto para a região que acolheu a residente, tendo como horizonte o fortalecimento do SUS e a integralidade do cuidado das pessoas em sofrimento mental no agreste setentrional de PE.

A luta pelos direitos dos “pacientes psiquiátricos” tem como marco inicial o ano de 1978, quando surge o Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental (MTSM) formado por trabalhadores do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, pessoas com longo histórico de internação, dentre outros. O MTSM protagonizou uma série de lutas no país, além de construir uma forte crítica ao saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas em sofrimento mental (AMARANTE, 1995).

A discussão sobre modelo assistencial em saúde mental no Brasil é uma realidade recente, conquistada através de um processo de luta histórico, marcado pela desinstitucionalização, e que acredita na superação da violência asilar e da institucionalização. Este movimento, que se iniciou no final da década de 70 e perdura até os dias atuais, é conhecido como Movimento pela Reforma Psiquiátrica Brasileira, e incorpora o conceito de cidadania como ponto fundamental de luta, uma vez que ao “louco” é retirada a possibilidade em se ter direitos e cidadania (AMARANTE, 1996).

No campo legislativo e normativo, o projeto de lei 3.657/89, apresentado pelo Deputado Paulo Delgado (PT/MG), é um marco na década de 1980. Transformado na Lei Paulo Delgado

(10.216/01), após doze anos, redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o cuidado no território e dispondo sobre a proteção e o direito das pessoas com transtornos mentais. Ainda nessa década é aprovada a constituição federal de 1988 (CF 88), reconhecida como “constituição cidadã” por garantir direitos nunca antes conquistados pelo povo brasileiro, além de trazer como fundamental o princípio da dignidade humana. O texto supracitado, ainda em vigor no país, é aprovado, reconhecendo a saúde como um direito social, ou seja, inerente à condição de cidadão, sendo responsabilidade do estado em garanti-la (PAIM, 2009).

Com a aprovação da CF 88, vinculada à concepção de Seguridade Social, é aprovado o capítulo da saúde. Surge aí o SUS como o sistema de saúde universal do país, no qual será financiado, solidariamente, por toda a sociedade através de impostos e contribuições. O SUS é aprovado, tendo como um dos princípios o direito universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação, organizado em rede de forma hierarquizada e regionalizada (PAIM, 2009).

Essa forma de organização é uma tentativa de garantir a toda a população o acesso integral, desde a atenção primária até a alta complexidade. Sendo dessa forma, a regionalização uma diretriz organizativa desse sistema. Apesar de a regionalização constar como uma diretriz do SUS desde a década de 90 com a lei 8.080, esse processo só inicia efetivamente no país após o Pacto Pela Saúde em 2006. Este, aprova algumas mudanças para a regionalização a partir do Pacto de Gestão, que apresenta como eixo estruturante a regionalização solidária e cooperativa.

Levando em consideração as diretrizes do Pacto Pela Saúde, os municípios e estados rediscutem o desenho de suas regiões de saúde, redefinindo assim os novos Planos Diretor de Regionalização (PDR) estaduais. Em 2009, foi deflagrado o processo de regionalização em Pernambuco, na necessidade de uma nova conformação territorial. A partir do novo PDR de PE, a IV Região de saúde passa a fazer parte da II macrorregião - agreste, sendo composta por trinta e dois municípios, são eles: Agrestina, Alagoinha, Altinho, Barra de Guabiraba, Belo Jardim, Bezerros, Bonito, Brejo da Madre de Deus, Cachoeirinha, Camocim de São Felix, Caruaru, Cupira, Frei Miguelinho, Gravatá, Ibirajuba, Jataúba, Jurema, Panelas, Pesqueira, Poção, Riacho das Almas, Sairé, Sanharó, Santa Cruz do Capibaribe, Santa Maria do Cambucá, São Bento do Una, São Caitano, São Joaquim do Monte, Tacaimbó, Taquaritinga do Norte, Toritama e Vertentes (BRASIL, 2011).

Ainda, através do novo PDR foram priorizadas oito linhas de cuidado a serem trabalhadas nas regiões de saúde, levando em consideração o perfil epidemiológico do estado e as necessidades assistenciais com maior impacto na saúde da população. Dentre as linhas de cuidado priorizadas, pode se destacar aqui a saúde mental, pela necessidade de estruturação de uma rede substitutiva de forma articulada de modo a promover a atenção integrada (BRASIL, 2011).

Através da GERES, o estado é responsável pela coordenação do processo de regionalização e tem como função gerenciar a política regional de saúde, além de regular, monitorar, avaliar as metas estabelecidas e coordenar a construção da Rede de Atenção à Saúde Regional, garantindo o acesso da população aos serviços de saúde (PERNAMBUCO, 2018).

Entendendo a regionalização e a reforma psiquiátrica como um movimento ainda em curso no país, legislações que favorecem o fortalecimento da política de saúde mental em um contexto de regionalização, são mecanismos de suma importância. Dito isso, o decreto 7.508/11, regulamenta a Lei nº 8.080/90 para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. O mesmo decreto define a atenção psicossocial como uma das ações a serem desenvolvidas para se instituir uma região de saúde, caracterizando a atenção psicossocial como porta de entrada às ações e aos serviços de saúde e dispendo sobre a Comissão Intergestores Regional (CIR) (BRASIL, 2005).

A partir do compromisso ético de integração entre formação-serviço-comunidade, a residente de saúde coletiva aposta nesse relato de experiência como uma forma de subsidiar o debate sobre a Política de Saúde Mental no agreste setentrional do estado de PE. Uma vez que a mesma compreende a segunda região mais populosa do estado, tendo passado na última década por um processo de fechamento de Hospital Psiquiátrico, além de apresentar assistência especializada deficitária, com baixa oferta de serviços de saúde mental e falha na integralidade do cuidado. Foram constatadas também lacunas na atenção à saúde mental infanto-juvenil e relativa à questão de álcool e outras drogas. Além disso, o estudo traz um debate importante sobre uma das linhas de cuidado escolhida por Pernambuco no ano de 2009 como prioritária em sua estruturação nas regiões de saúde.

## **MÉTODOS**

O presente estudo está inserido nos pressupostos do método qualitativo na área de saúde mental com foco no processo de regionalização da saúde, visando subsidiar o debate acerca da Política de Saúde Mental na IV região de saúde do estado de PE. Segundo Flick (2009), os aspectos fundamentais de uma pesquisa qualitativa consistem na adequada escolha de métodos e teorias convenientes; no reconhecer e analisar as diferentes perspectivas; nas reflexões dos pesquisadores a respeito de suas pesquisas como parte do processo de produção de conhecimento.

Assim sendo, as discussões aqui propostas são baseadas no diário de campo da autora, que ao longo desses dois anos pôde registrar as percepções, informações, questionamentos e aspectos observados e pertinentes à pesquisa, confrontando e aprofundando o debate a partir dos referenciais teóricos utilizados no trabalho. O diário de campo apresenta grande valor na construção de uma pesquisa qualitativa, porque ele possibilita não apenas os registros das vivências e observações,

como também sentimentos, curiosidades, inquietações, dentre outros, ou seja, possibilita o detalhamento da pesquisa.

A experiência aqui relatada aconteceu entre março de 2016 e fevereiro de 2018, durante esse período a autora pôde trabalhar nos três setores da GERES, sendo eles: o Departamento de Planejamento e Regulação, o Departamento de Atenção à Saúde e o de Vigilância em Saúde. No rodízio de março a maio de 2017, a residente ficou responsável pela política de saúde mental na região, isso envolve cinco dias de trabalho, oito horas diárias, totalizando uma carga horária de trabalho de 40 horas semanais, com participação em atividades específicas de saúde mental, tanto a nível municipal e regional, como também estadual.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Inicialmente se faz necessário refletir sobre o processo de regionalização da saúde e sua influência na consolidação da RAPS da IV região de saúde de PE para, em seguida, compreender o papel da GERES no fortalecimento da Política de Saúde Mental. Durante o texto a autora irá relatar sua experiência e sua visão crítica reflexiva, além de inquietações registradas em seu diário de campo tanto durante seu período de vivência na regional de uma forma geral, como também especificamente na coordenação da política de saúde mental na região. Como base para as discussões, serão levados em consideração os preceitos da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

### **Desafios da regionalização da saúde em contexto de desigualdades no agreste setentrional de Pernambuco**

O Brasil é um país que apresenta uma estrutura federativa com três esferas autônomas de governo: federal, estadual e municipal. O SUS se organiza levando em consideração essa configuração tríplice de autonomia. Antes da CF88 toda a responsabilidade sobre a saúde estava centrada na esfera federal, após a conquista da constituição e, conseqüentemente, a consagração da esfera municipal enquanto ente federativo, ocorreu a transferência de responsabilidades e recursos do nível central para o municipal, o qual passa a ser responsável pelo provimento de bens e serviços aos seus cidadãos (DOURADO, ELIAS, 2011).

Durante o período da década de 80 aos anos 2000, apesar da regionalização constar na lei 8080/90, pouco se fez no país na perspectiva de regionalizar a saúde. Toda movimentação existente nessa época era relacionada ao processo de garantia de autonomia aos municípios, conhecido como municipalização. O resgate do debate sobre a regionalização se dá apenas na década de 2000, especificamente com a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) em 2002. Essa norma aponta que, para ocorrer o processo de descentralização em consonância com a organização das redes de atenção à saúde, era necessário ocorrer a regionalização da saúde (MACHADO, 2009).

Na prática, essa regionalização também não acontece em 2002 através da NOAS e só inicia de fato no país após o pacto pela saúde, em 2006. A literatura aponta algumas razões para a falta de sucesso da regionalização durante todo esse período no Brasil. A primeira seria o fato do processo de municipalização ter ocorrido através da relação direta entre municípios e a esfera federal, fragilizando a relação entre os estados e os municípios, o que se expressa até hoje nas relações entre GERES e municípios. Um segundo desafio é o desprovimento financeiro por parte do estado, dificultando a criação das redes de atenção à saúde com base nos preceitos da regionalização (LEVCOVITZ, LIMA, MACHADO, 2001).

A realidade atual da IV GERES, até 07 de março de 2018, é de pouca credibilidade diante dos municípios, é possível perceber que a falta de financiamento por parte do estado leva a fragilidade no diálogo para pactuação das redes de saúde na região. Além disso, a grande autonomia por parte de alguns municípios, por exemplo Caruaru, leva a uma fragilidade na prática de trabalho da GERES com o município. Sobre isso, Santos e Campos (2015) apontam os efeitos em considerar o município como núcleo organizacional do sistema e deixar de lado a região de saúde, trazendo que, ao passo que existiram experiências positivas em municípios de contexto favorável, em outras realidades se instalou uma fragmentação do sistema, em nome desse protagonismo municipal em definir sua própria política de gestão e de atenção à saúde, gerando iniquidades e desigualdades comprometendo a sustentabilidade das redes locais.

Com o novo PDR e a nova conformação territorial, o estado ficou dividido em quatro macrorregiões, doze regiões e onze microrregiões. Diante desse novo processo a IV região ficou delimitada no agreste setentrional de PE abrangendo 32 municípios, sendo a região de saúde mais populosa de todo o estado, tendo uma população em média de 1.324.382 habitantes. A realidade dessa região tão extensa é de expressiva desigualdade entre os municípios, variando desde o aporte populacional, com o município de Caruaru com 277.982 habitantes e o município de Ibirajuba com 7.719 habitantes, até a oferta de serviços de saúde municipais, como por exemplo, os poucos CAPS existentes nos municípios da IV região eram tipo I ou II, pelo aporte populacional das cidades, existindo apenas CAPS adulto 24h e Álcool e outras Drogas somente no município de maior aporte populacional, Caruaru, sendo ainda serviços não regionalizados (BRASIL, 2011).

Essa desigualdade entre os municípios traz grandes consequências para a saúde da população da região. Dourado e Elias (2011), relatam que aqueles municípios com maior aporte populacional ou mais inseridos economicamente e com maior capacidade instalada na rede assistencial são os que possuem maior poder político nas relações regionais. É possível perceber essa relação muito forte na IV GERES através do município de Caruaru, o qual apresenta maior população e maior rede municipal de saúde, sendo o município que recebe recursos financeiros, através de pactuações, para atender à demanda advinda dos outros municípios. Dessa forma, a rede

de saúde de municípios menores não é fortalecida; as desigualdades interregionais crescem, além de criar barreiras de acesso ao sistema de saúde.

O PDR de PE, após a publicação do decreto 7.508 em 2011, sofre uma readequação para garantir as diretrizes para a configuração de uma região de saúde. Esse decreto traz as ações e os serviços mínimos necessários para se instituir uma região de saúde, dentre elas estão as ações e serviços voltados para a atenção psicossocial. O documento ainda define a atenção psicossocial como porta de entrada na rede de atenção à saúde. Além de todas essas conquistas, o capítulo V do decreto, trata das comissões Intergestores, sendo a Comissão Intergestores Regional (CIR), de âmbito regional e vinculada à secretaria estadual de saúde (BRASIL, 2011).

O novo PDR delimita, ainda, a saúde mental como uma das linhas de cuidado prioritárias, objetivando a estruturação da rede de atenção psicossocial nas doze regiões de saúde do estado. Na IV GERES, até início de 2018, a RAPS regional era composta apenas pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), não existindo nenhum outro tipo de dispositivo na rede como residências terapêuticas, unidades de acolhimento, centro de convivência, CAPS 24h, dentre outros. Desta forma, a realidade da saúde mental na região é de um vazio assistencial no cuidado as pessoas em sofrimento mental (BRASIL, 2011).

Durante a experiência da residente nos espaços de governança foi possível perceber que a saúde mental não era uma pauta recorrente nas reuniões; grande fragilidade nas relações entre estado e municípios; presença de gestão municipais e estadual com práticas manicomialis e pouca credibilidade da GERES diante dos municípios, todos influenciando na estruturação da RAPS.

A reunião da CIR é uma forma de institucionalizar o relacionamento horizontal entre os governos municipais e o emprego de processos decisórios compartilhados com o estado. Ou seja, é na CIR onde a política da região é pensada e pactuada, através dos secretários de saúde e a representação do estado, na figura do diretor da GERES. Durante participação nas reuniões da CIR, tanto apenas como ouvinte, como também representante da saúde mental pela GERES, foi possível perceber que o lugar das pautas da saúde mental era restrito aos informes ou algum tipo de seminário para lembrar aos secretários a “rede” de saúde mental que existia na época (DOURADO, ELIAS, 2011).

Entretanto, na verdade, durante as discussões realizadas na CIR era explanada a RAPS que seria necessária na região. Vale ressaltar que em 2014, através da resolução CIR Nº 250 e Colegiado Intergestores Bipartite (CIB) Nº 2.692, foi pactuado o desenho da RAPS da IV região de saúde, definindo os pontos de atenção para cada município de acordo com o número de habitantes e especificidades regionais, porém essa RAPS no início de 2018 possuía apenas um único dispositivo.

A prática da CIR era de uma reunião onde poucos dos secretários compareciam – mesmo sendo obrigatório – e as pautas relacionadas a assuntos financeiros eram as mais debatidas, e, por

gerarem certo interesse aos secretários, os mesmos se faziam presentes. De forma semelhante, nas reuniões da Câmara Técnica (CT), a saúde mental raramente aparecia na pauta das discussões, talvez por não ter a presença do responsável pela política a nível regional. Ou seja, nesses espaços não se debatia sobre as fragilidades da RAPS na tentativa em superar os desafios, tendo como horizonte a integralidade do cuidado em saúde mental, mesmo sendo a RAPS uma rede prioritária em sua estruturação para o estado de PE.

Diante disso, a IV região necessita de dispositivos regionais como Centros de Atenção Psicossocial, Unidades de Acolhimento, Residências Terapêuticas, Leitos Integrais dentre outros dispositivos da rede, pois, várias pessoas em sofrimento eram deslocadas para a capital do estado, pela ausência de um dispositivo 24h regional, sendo encaminhadas aos manicômios ainda existentes em Recife, contrariando toda a lógica do cuidado no território, perto da família e da comunidade, a qual acredita a reforma psiquiátrica brasileira.

É importante lembrar que embora exista financiamento a nível nacional, avanços regionais nas redes de atenção locais exercem um papel político decisivo e trazem questões de grande importância para a saúde mental. Apesar de várias décadas de luta no campo da saúde mental o cuidado a pessoas em sofrimento mental, no geral, ainda é um desafio. Cuidar no território, perto da família, a transferência do financiamento dos hospitais psiquiátricos para a rede substitutiva, etc., ainda enfrenta diversas barreiras sociais, institucionais, políticas, econômicas, produzindo a chamada “contrarreforma” (AMARANTE, TORRE 2010).

### **A gerência de atenção à saúde e seu papel no fortalecimento da política na região**

A representação do estado nas regiões de saúde se dá através das GERES, a qual tem como atribuição regular, monitorar e avaliar as metas estabelecidas. Enquanto responsabilidade, a GERES coordena o processo de regionalização, ou seja, a construção da Rede de Atenção à Saúde Regional junto aos municípios (cogestão). No caso específico da IV região, essa cogestão se dá juntamente a trinta e dois secretários de saúde (PERNAMBUCO, 2018).

A GERES deve trabalhar em parceria com a Secretaria Estadual de Saúde, dessa forma, o/a responsável pela política de Saúde Mental deveria ter uma via de comunicação contínua com a Gerência de Atenção à Saúde Mental (GASAM) do estado de PE; participar do colegiado estadual e regional de saúde mental e da reunião do grupo condutor regional, para, a partir disso, realizar as articulações necessárias, nos espaços de governança da região, na tentativa de possibilitar o desenvolvimento de algumas ações e serviços de saúde mental.

Na IV regional, o responsável pela política de saúde mental também era responsável pelo Programa Nacional de Imunização (PNI). Quando ocorreu o primeiro rodízio na saúde mental, pouco foi possível compreender sobre o papel da GERES no fortalecimento dessa política e a

realidade atual da saúde mental na região, pois existia uma sobrecarga de trabalho incompatível com a possibilidade do trabalhador na época, atender a demanda do PNI, da saúde mental e ainda realizar atividades de preceptoria.

A grande maioria das trabalhadoras e trabalhadores eram responsáveis por mais de um programa/política e a possibilidade de realização de um trabalho com qualidade em todas as políticas que se era responsável se torna pequena, para uma demanda em uma região com trinta e dois municípios. Por exemplo, uma só trabalhadora era responsável pela política de saúde da pessoa idosa; política de saúde da população negra; política de saúde da pessoa com deficiência e a política de saúde de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT).

Uma das maiores inquietações registradas pela autora durante esse período foi a não existência de um profissional exclusivo para a política de saúde mental, uma vez que era notório a dificuldade do trabalhador responsável lidar com um programa que precisa distribuir vacinas e realizar campanha em tantas cidades, e, ao mesmo tempo, suprir a demanda de uma política tão jovem, desafiadora e com quase nenhuma estrutura na região, como a política de saúde mental. Essas escolhas por parte da GERES reforçam a realidade de uma instituição manicomial, quando se opta por não colocar para saúde mental um(a) trabalhador(a) que terá seu tempo de trabalho voltado para a melhoria e fortalecimento da política na região.

A presença de um profissional responsável pela política nos espaços de governança da região como CT e CIR é de extrema importância para o fortalecimento da política, levando-os desafios da saúde mental debatidos em colegiados e reuniões de grupo condutor regional, para serem discutidos e pensados pelos gestores municipais da saúde.

Durante a experiência da residente na coordenação da saúde mental foi possível vivenciar momentos onde secretários(as) de saúde pediam suporte para lidar com os processos de judicialização da saúde, onde juízes ordenavam a internação compulsória de crianças e adolescentes em sofrimento mental por uso abusivo de álcool e outras drogas e os gestores não sabiam qual caminho seguir senão o da institucionalização imediata dessas crianças e adolescentes na capital, mesmo devendo ser a internação compulsória última alternativa ao cuidado das pessoas em sofrimento mental, como preconiza a lei 10.2016/2001. Apesar desses episódios de internação compulsória recorrentes na região, na prática, não houveram mudanças que favorecessem o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial.

Os gestores sanitários demonstravam possuir pouco conhecimento sobre a política de saúde mental, ou seja, um desconhecimento sobre os programas e dispositivos voltados a pessoas advindas de longas internações, além do desconhecimento sobre alguns dispositivos que compõe a RAPS como a unidade de saúde da família, SAMU, Unidades de Pronto Atendimento (UPA), dentre outros. Somado a isso, era notório o pouco que se disponibilizavam a fazer, em seus

municípios, pelos trabalhadores e trabalhadoras da saúde mental, como exemplo, liberar carro para os profissionais participarem de algum curso, oficina, atividade, reunião de grupo condutor, colegiado estadual na capital, dentre outros. O que reforça a ideia de gestões com práticas manicomial e que pouco conhece sobre a reforma psiquiátrica brasileira.

Diante desse fato, pouco se fez, nesses dois anos, com relação a saúde mental na região, e o trabalho na tentativa em dialogar com gestores sanitários objetivando o fortalecimento da política de saúde em meio a uma gestão manicomial, com interesses políticos e financeiros, é bastante complexo. O papel de qualquer trabalhador(a) responsável por essa política é desafiador, pois diante de tantas barreiras é radical trabalhar para que a saúde mental seja prioridade em alguma das reuniões da região; é necessário superar a conjuntura política e as relações de poder locais, colocando em risco a oportunidade de emprego, não só na GERES, mas em qualquer um dos trinta e dois municípios da região.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Discutir sobre saúde mental é uma possibilidade recente no Brasil, bem como sobre a regionalização da saúde. Pernambuco, em 2009, define a saúde mental como linha de cuidado a ser priorizada nas regiões de saúde, entretanto, através da vivência da autora dessa pesquisa, muitos desafios estão pelo caminho para que a saúde mental se torne uma linha de cuidado prioritária na IV região de saúde do estado, sendo a realidade atual não de fragmentação do cuidado, mas sim, da inexistência desse cuidado às pessoas em sofrimento mental. A RAPS regional não se encontra estruturada e existe um desconhecimento por parte da maioria dos gestores sanitários da região a respeito da reforma psiquiátrica brasileira.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, P. D. C. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

AMARANTE, P. D. C. **O homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: editora Fiocruz, 1996.

AMARANTE, P.D.C. TORRE, E.H.G. **Desinstitucionalização, Redes Sociais e Saúde Mental**: análise de experiências da reforma psiquiátrica em Angola, Brasil e Portugal. Recife. Ed. Universitária da UFPE, 2010.

BORGES, C. F. BAPTISTA, T. W. F. O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(2):456-468, fev, 2008.

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

BRASIL. Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco. Secretaria – Executiva. **Plano Diretor de Regionalização**. Secretaria Executiva de Regulação em Saúde – Pernambuco: Secretaria – Executiva, 2011.

DOURADO, D.A. ELIAS, P.E.A. Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. **Rev Saude Publica** 2011;45(1):204-11

FLICK. U. **Introdução a Pesquisa Qualitativa**. Tradução Joice Elias Costa. 3ed. Porto Alegre, 2009.

LEVCOVITZ E, LIMA L.D, MACHADO C.V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Cienc Saude Coletiva**. 2001;6(2):269-91.

MACHADO, J.A. PACTO DE GESTÃO NA SAÚDE Até onde esperar uma “regionalização solidária e cooperativa? **Revista Brasileira de Ciências Sociais** -Vol. 24 N 71

PAIM, J. S. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

Portal Saúde. IV Geres. Disponível em: <<http://portal.saude.pe.gov.br/unidades-de-saude-e-servicos/secretaria-executiva-de-coordenacao-geral/iv-geres>>. Acesso em 05 de janeiro de 2018.

SANTOS, L. CAMPOS, G.W.S. SUS Brasil: a região de saúde como caminho. **Saúde Soc**. São Paulo, v.24, n.2, p.438-446, 2015.