



A TRAJETÓRIA DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL EM TERESINA – PIAUÍ

Lucia Cristina dos Santos Rosa¹

Marta Evelin de Carvalho²

Thaís de Andrade Alves Guimarães³

Resumo

Este artigo busca analisar a trajetória da construção da política de saúde mental em Teresina - PI. Tem como fundamento as fases do ciclo de sua produção: entrada na agenda governamental; formulação da política; tomada de decisão; implementação da política e avaliação. Adota a revisão de literatura com base em livros, dissertações, artigos e na análise documental de leis e normativas produzidas pela gestão municipal no período de 2000 a 2023. Ressalta que Teresina abrigou, historicamente, os 2 hospitais psiquiátricos do Estado com 580 leitos até 2000 e toma como referência dois fatos marcantes que, em conjunturas distintas, impulsionaram as mudanças na direção do cuidado territorial: a redução dos leitos em hospitais especializados e o fechamento do Sanatório Meduna. Conclui que as políticas indutoras do governo federal figuraram como principal motor nas mudanças no modelo assistencial e as parcas iniciativas locais tenderam para a remanicomialização das ações.

Palavras-chave: Saúde mental; reforma psiquiátrica; política pública; Teresina.

THE TRAJECTORY OF MENTAL HEALTH POLICY IN TERESINA – PIAUÍ

Abstract

This study aims to analyze the trajectory of the construction of mental health policy in Teresina, PI. It is based on the phases of its production cycle: inclusion in the government agenda; policy formulation; decision-making; policy implementation and evaluation. A literature review is adopted based on books, dissertations, articles and documentary analysis of laws and regulations produced by the municipal administration in the period 2000 to 2023. Teresina historically housed the two psychiatric hospitals in the state with 580 beds until 2000. Two notable events, in different contexts, drove changes in the direction of territorial care: the reduction of beds in specialized hospitals and the closure of the Meduna Sanatorium. The federal government's inducing policies were the main driver of changes in the care model. The few local initiatives tended to re-asylum actions.

Keywords: Mental health; psychiatric reform; public policy; Teresina.

Artigo recebido em: 23/03/2025 Aprovado em: 18/11/2025

DOI: <http://dx.doi.org/10.18764/2178-2865.v29n2.2025.45>

¹ Graduação pela Faculdade de Serviço Social de Piracicaba (1985). Doutorado em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (2001). Mestrado em Serviço Social pela Universidade Federal de Pernambuco (1994). Doutorado em Sociologia pela Universidade Federal de Pernambuco (2001). E-mail: luciacrosa@ufpi.edu.br

² Graduação em Terapia Ocupacional pela Universidade de Fortaleza (1993). Mestrado em Saúde da Família pela rede RENASF. É terapeuta ocupacional do Centro de Atenção Psicossocial - CAPS II Sudeste e do Centro de Atenção psicossocial Álcool e Outras Drogas - CAPS AD da Fundação Municipal de Saúde/Prefeitura Municipal de Teresina. E-mail: martaevelin.pi@hotmail.com

³ Graduação em Serviço Social - Instituto Camillo Filho - ICF (2009) - Láurea Acadêmica. Doutorado em Políticas Públicas - Universidade Federal do Piauí - UFPI (2020) - Prêmio UFPI de Tese 2021 (Colégio de Humanidades). Mestrado Profissional em Prevenção e Assistência a usuários de álcool e outras drogas - Hospital de Clínicas de Porto Alegre - HCPA/Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS (2016). Assistente Social da Universidade Federal do Piauí. E-mail: thais.guimaraes@ufpi.edu.br

1 INTRODUÇÃO

Com a Constituição Federal de 1988, inaugura-se um novo marco das políticas públicas no País, sob o primado da Seguridade Social fundamentada no tripé assistência social, Previdência e Saúde. A política de saúde é a única legalmente universal e que mais se reforçou nesse sentido, considerada como direito de todos e dever do Estado. Ou seja, que efetivamente amplia a cidadania na direção de sua plenitude, rompendo com a herança histórica da cidadania regulada/ocupacional, centrada no trabalhador formal e urbano, que imperou no País, desde 1930.

Nesse contexto, a política de saúde que, no processo redemocratizante, iniciado em 1978, já incorporava várias mudanças na direção de um novo modelo assistencial, é coroado com o Sistema Único de Saúde - SUS, cujos princípios e diretrizes se consolidam durante toda a década de 1990, ancorando-se na universalidade, na integralidade, na equidade, na descentralização e na participação social, na direção de uma gestão compartilhada, mais horizontal e com participação social. Respalda-se na Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, - Lei Orgânica da Saúde, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e operacionalização dos serviços, tratando dos objetivos, competências, atribuições e funções da União, Estados e municípios e na Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que reconhece a participação/controle social de usuários, trabalhadores e gestores como inerentes ao processo.

Com a dinamização da descentralização, ocorrem mudanças substanciais na execução das ações em saúde, até então concentradas no nível federal e estadual, com a transferência de serviços, funções e recursos entre os diferentes níveis de governo, na direção municipal. Parte-se do pressuposto que as necessidades e os anseios dos usuários dos serviços de saúde serão melhor contemplados se geridos o mais próximo de seu lugar de residência, ou seja, no nível da gestão municipal, que figura como o principal executor das ações de saúde (Souza; Costa, 2010). Mas, a sustentação do Sistema Único de Saúde se apoia na regionalização e na hierarquização, em tese, como um processo sinérgico entre as 3 esferas de governo, federal, municipal e Estadual, pois sob comando único.

O nível federal é o encarregado de formular, criar, fomentar orçamentariamente, apoiar e avaliar as ações de saúde no País. Afinal uma política pública é uma questão de Estado, “é o Estado em ação, o processo de construção de uma agenda governamental para um setor, o que envolve recursos, atores, arenas, ideias e negociações” (Viana; Baptista, 2012, p. 60). No contexto de construção democrática é uma arena de disputas, em que diferentes atores, com distintos projetos de

sociedade, com concepções e propostas distintas de modos de organizar o sistema e produzir o cuidado (Bravo, 2007) buscam influenciar a direção do processo, nas diferentes conjunturas.

Sua construção pode ser avaliada sob várias perspectivas, abraçando-se o endereçamento de Viana e Baptista (2012) que a apreende a partir de 5 fases de um ciclo, que se inicia com a entrada na agenda governamental; formulação da política; tomada de decisão; implementação da política e culmina com sua avaliação, que retroalimenta todo o processo de sua reformulação.

No cerne da política de saúde brasileira, desenvolve-se desde 1990 a reforma psiquiátrica antimanicomial, envolvendo um processo complexo de desconstrução assistencial e paradigmática, calcada até então no modelo hospiocêntrico-manicomial que, torna-se alvo pelas intensas precarizações das relações de trabalho, associadas às violações de direitos humanos e pela mercantilização das ações de saúde mental. Nesse diapasão, com base no paradigma da atenção psicossocial, equiparada à implementação da cidadania da pessoa com transtorno mental, inicia-se em 1990 uma reestruturação da assistência, sob o comando da Coordenação de saúde mental do Ministério da Saúde, na direção do cuidar em liberdade, coroado pela Lei nº 10.216/2001 que redireciona o modelo assistencial e reconhece os direitos das pessoas com transtornos mentais. Os Centros de Atenção Psicossocial – Caps, tornam-se o principal equipamento encarregado de produzir o cuidado em liberdade, com a missão de articular o trabalho territorial e em rede, primando por ações intersetoriais e o matriciamento com a equipe da Estratégia Saúde da Família. O matriciamento se torna o principal indicador de avaliação da saúde mental, substituindo o anterior, que se baseava no número de Caps por estado/município.

Apesar de o SUS se estruturar sob um comando único, a esfera municipal, até pela concentração histórica de recursos financeiros no governo federal, a tradição da cultura política brasileira patrimonialista, clientelista e dependência dos prefeitos de recursos da União, no geral, aderem à política nacional de saúde mental, que é implementada através de políticas indutoras do governo federal, ou seja, estratégias de fomento que se baseiam nas legislações que desde o início de 1990 passam a incentivar o financiamento de serviços comunitários de saúde mental; avaliação sistemática dos hospitais psiquiátricos, com consequente redução no número de seus leitos; ativação de processos de supervisão, que colocam representantes do Ministério da Saúde para monitorar cada Estado e criação de um colegiado de coordenadores de saúde mental, que passa a se reunir sistematicamente com os representantes da esfera federal, com o propósito de trocas e interlocuções, manutenção da direção do processo e criação de uma rede de saúde mental diversificada e cidadã em saúde mental, que é oficializada em 2011, pela Portaria nº 3088.

A despeito das políticas indutoras, a reforma psiquiátrica antimanicomial ocorreu de maneira desigual pelo território nacional, tendo como pré-condição a correlação de forças em cada localidade.

Como o modelo manicomial se concentrou nas capitais, alguns gestores dessas instâncias historicamente tenderam a resistir, ou ter mais dificuldades na implementação de serviços comunitários. No Nordeste, configurou-se exceção Recife - Pernambuco e Natal - Rio Grande do Norte (Rosa, 2006), que se tornaram vanguardistas deste processo.

O Piauí, como um estado periférico e fundamentado em uma economia primária e terciária, e, sobretudo sua capital, Teresina, persistiram na retaguarda do processo reformista e mudancista em saúde mental, se inserindo de maneira muito tardia e singular, em função da correlação de forças comandada pelas forças conservadoras da psiquiatria (Macedo; Dimenstein, 2012).

O presente texto tem por objetivo analisar a trajetória da construção da política de saúde mental no município de Teresina, capital do Piauí, no período de 2000 a 2023. Para tanto, o estudo se fundamentou em revisão de literatura, explorando livros, dissertações e artigos, e análise documental, sobretudo leis e normativas emanadas do gestor municipal de Teresina. Estruturalmente o artigo apresenta os fundamentos teóricos sobre políticas públicas e Reforma Psiquiátrica, os atores sociais, as resistências e desafios que moldaram avanços e retrocessos na consolidação da RAPS para a continuidade do cuidado em liberdade.

2 TERESINA E SUA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL

Teresina é a única capital nordestina fora do perímetro litorâneo. Localiza-se na região central do Estado, desenvolvendo-se em torno de um entroncamento rodoviário, no meio norte do País, sendo via de acesso para a região amazônica. Constitui área de intenso fluxo migratório. Sua economia é baseada no setor terciário. Estima-se em 2020 que sua população é de 868.075 habitantes, sendo a maioria mulheres (Teresina, 2022). É sede da macrorregião do território de desenvolvimento Entre Rios. Por ser uma capital, concentra bens e serviços. Tem um polo da saúde bem desenvolvido, baseado em um sistema híbrido, com 07 Centros de Atenção Psicossocial, sob gestão municipal; “26 hospitais, sendo 10 municipais, 06 estaduais, 09 privados (credenciados ao SUS) e 01 federal” (Teresina, 2022, p. 20). A rede de saúde mental conta em 2022 com “07 ambulatórios de saúde mental com psicólogos e psiquiatras” (Idem, 2022, p. 38).

Conta ainda com um sistema educacional robusto e que atrai muitas pessoas dos estados vizinhos, sobretudo Maranhão, Ceará, Pará e Tocantins.

Desde 1977, a gestão da política de saúde/saúde mental de Teresina está a cargo da Fundação Municipal de Saúde – FMS que administrativamente dividiu a cidade por regiões, através das coordenadorias regionais de saúde: Leste, Sudeste, Sul e Norte, encarregada do planejamento socioterritorial. Em cada uma delas existem Centros de Atenção Psicossocial (<https://site.fms.pmt.pi.gov.br/historico>, acesso em 17/04/2024).

Historicamente, como em todo país, Teresina, como capital, centralizou o modelo manicomial, abarcando inicialmente dois serviços, o Hospital Areolino de Abreu, criado em 1907, funcionando sob gestão estadual, a partir da década de 1940. E, o Sanatório Meduna, criado em 1954, um serviço privado, mas conveniado ao SUS, cuja manutenção se apoiava preponderantemente pelo repasse de verbas públicas.

Com a implementação, em 1990, da política de saúde mental antimanicomial brasileira, pela Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde, dinamiza-se uma política indutora que fomenta os municípios a aderirem à mudança no modelo assistencial, na direção da construção de um modelo de cuidado em liberdade, que assegure a atenção no território vivencial da pessoa com transtorno mental, espaço em que efetivamente as relações entre a sociedade e a loucura são instadas a serem alteradas. Nesse diapasão, a Coordenação de saúde mental do Ministério da Saúde investe em duas direções simultaneamente. De um lado, passa a intensificar a fiscalização dos hospitais psiquiátricos, com base na Portaria nº 224/94, que institui critérios de controle e supervisão da melhoria da assistência em hospitais especializados próprios e conveniados, o que redunda progressivamente em redução do número de leitos psiquiátricos hospitalares no modelo manicomial. De outro lado, com a Portaria nº 189/1991, chancela o financiamento de serviços de base comunitária, destacando-se os Centros de Atenção Psicossocial – Caps, encarregados de incrementar os princípios da política no território, propiciando o cuidar em liberdade e o asseguramento da reinserção social dos usuários da saúde mental, até então privados do convívio social por todo arcabouço do modelo manicomial, que associa este segmento à periculosidade e à incapacidade.

No Piauí, como um todo, até 2001, a atenção à crise em saúde mental concentra-se em 3 equipamentos principais. Na capital, o Sanatório Meduna, contava com 300 leitos e o Hospital Areolino de Abreu, com 280 (Rosa, 2003). Na região litorânea, a Santa Casa de Misericórdia de Parnaíba, desde a década de 1970 passa a contar com uma ala psiquiátrica, com 10 leitos psiquiátricos (Silva, 2023), totalizando 580 leitos psiquiátricos, em serviços especializados e 10 na Santa Casa, totalizando 590 leitos no Piauí como um todo.

Sob a égide das avaliações do Programa Nacional de Avaliações dos Serviços Hospitalares em Psiquiatria – PNASH, a partir de 2002, os leitos do Sanatório Meduna diminuem para 200 leitos; do Hospital Areolino de Abreu para 160, mantendo-se a ala psiquiátrica da Santa Casa de

Misericórdia de Parnaíba com 10 leitos, totalizando 370 leitos psiquiátricos (Rosa, 2003). Ou seja, uma redução de 62,71%. A perspectiva da Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde era que com a extinção dos leitos psiquiátricos em “hospitais especializados”, os gestores municipais criassem simultaneamente uma rede substitutiva, baseada no cuidar em liberdade e territorial, até pelos estímulos financeiros para tanto, o que ocorreu de forma muito morosa no Piauí como um todo e em Teresina em particular, havendo um *boom* na criação de Caps somente a partir de 2005.

Com a significativa redução no número de leitos psiquiátricos no Piauí, em meados dos anos 1990, descompassada com a criação de Caps, intensifica-se a luta política que permite melhor identificar os principais atores do processo reformista local, a partir da correlação de forças nas diferentes conjunturas, tendo como epicentro a capital, mediada principalmente pelo alarme da desassistência, crescimento da população psiquiátrica na rua e desemprego dos trabalhadores da saúde mental. De um lado, tal alarme é engendrado sobretudo pela Associação Psiquiátrica do Piauí, que busca a manutenção e ampliação dos leitos psiquiátricos existentes; expansão da saúde mental (sobretudo contratação de psiquiatras) para os hospitais gerais e ao mesmo tempo atua no sentido da criação de hospitais dia pelo Estado. Também lutam pela manutenção do poder médico, sobretudo na direção dos serviços tradicionais e nos novos equipamentos da capital. De outro lado, um outro ator que se move em torno da criação e expansão de serviços comunitários de saúde mental é a Gerência de Saúde Mental da Secretaria de Saúde do Estado - SESAPI, que busca convencer os gestores municipais, sobretudo da capital, a assumir e a criar serviços de saúde mental, até pela garantia de financiamento para tanto e porque parte majoritária dos leitos ocupados nos hospitais psiquiátricos é por pessoas residentes em Teresina. Na luta política pela criação e ampliação de Caps no Piauí, a SESAPI, ingressa no processo criando equipamentos como: 01 Capsi; 03 residências terapêuticas; abrindo 10 leitos voltados para os consumidores de substâncias psicoativas e 08 leitos de atenção psicossocial na maternidade estadual, mantendo o Hospital Areolino de Abreu, sob gestão estadual. A partir de 2001 entra em cena a Âncora, associação de usuários e familiares da saúde mental, contribuindo na defesa dos direitos das pessoas com transtornos mentais. Por sua vez, o Ministério Público é introduzido no processo, como ator político, com um papel relevante na garantia de direitos da pessoa com transtorno mental e criação de novos equipamentos, passando a ser acionado pelas diferentes forças sociais.

Em 17 de maio de 2001 é publicada a Lei municipal de Teresina nº 2.987, que “dispõe sobre a política de saúde mental e de assistência psiquiátrica, bem como trata da regulamentação dos serviços de saúde mental no município de Teresina, em termos de prevenção, reabilitação, ensino e pesquisa” (Guimarães; Rosa; Evelin, 2008), por força da ação conjunta entre dois vereadores da capital. Apesar da lei, parcias alterações são produzidas na saúde mental pelo gestor municipal, até

porque o ideário reformista e antimanicomial difunde-se timidamente entre os trabalhadores/profissionais da saúde mental, sendo mais impulsionado pela Gerência Estadual de Saúde Mental, associações de usuários, familiares e pessoas interessadas na causa, como a Âncora e alguns docentes de Instituições de Ensino Superior.

Destarte, o gestor de Teresina, até meados dos anos 2000, mantém a atenção em saúde mental exclusivamente no nível ambulatorial, concentrada em consultas médicas, nas dez unidades de saúde espalhadas pela periferia da capital e no ambulatório do Centro Integrado Lineu Araújo, com parca atuação de psicólogos, contando apenas com uma assistente social. Ou seja, centraliza a ação no nível do diagnóstico e na dispensação de medicação psicotrópica, no nível secundário da atenção, sem que haja perspectiva de um cuidado longitudinal e territorial como requer a reforma psiquiátrica antimanicomial, que durante toda a década, crescentemente se consolida na esfera federal e estadual.

Em 1994, com a iniciativa do psiquiatra Dr. Mauro Passamani e da Gerente Municipal de Saúde Mental da FMS Amparo Oliveira, é criado um serviço, o Núcleo de Apoio Psicossocial – NAPS, dirigido inicialmente exclusivamente para os servidores municipais, com uso prejudicial de álcool e outras drogas, serviço que se torna o embrião do Centro de Atenção Psicossocial - Caps álcool e outras drogas, metamorfoseado como tal em 2003 (Rosa, 2003). É o primeiro e único Caps AD criado em Teresina, mas como visto, não surge de um planejamento que fundamente a tomada de decisão do gestor e se oriente para um futuro diferente para a saúde mental na direção dada pela reforma psiquiátrica, em curso, pelo governo federal.

Com as pressões do Ministério Público e acuados pelos Termos de Ajustamento de Conduta - TAC, sob risco de ter as contas públicas bloqueadas pela ameaça de desassistência em função da diminuição do número de leitos psiquiátricos, sem a correspondente criação de Caps na capital, o gestor de Teresina cria, a partir de 2005, dois serviços, o Caps II Leste, o Caps II Norte e transforma o NAPS em Caps AD Dr Clidenor de Freitas Santos.

Logo, o gestor de Teresina introduz a perspectiva de cuidado territorial e comunitário na agenda da política pública de saúde, premido por uma conjuntura induzida pelos efeitos da política da Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde e pelos horizontes construídos e negociados pelos atores no plano local, encarregados de construir respostas satisfatórias e asseguradoras de uma atenção em saúde mental cidadã.

A implementação de novas ações em saúde mental, na perspectiva de consolidar a Rede de Atenção Psicossocial - RAPS, conforme a Portaria MS nº 3088/2011 e sua melhor qualificação em Teresina, ocorrem pela coexistência de investimentos na atenção ambulatorial e parca ampliação do cuidado longitudinal e territorial através dos Caps, que, quando acontece, ocorre por circunstâncias

externas ao gestor, que é compelido a se constituir como sujeito no processo, mesmo sendo a capital o único município com gestão plena do SUS, a partir de 1996.

Quando o gestor se constitui como sujeito no processo, a tomada de decisão segue na direção contrária ao reforço e à consolidação da RAPS e aos princípios da reforma psiquiátrica. Por exemplo, quando fomenta a inserção pelo trabalho do público de uma determinada Comunidade Terapêutica, e publica a Lei municipal nº 4.433, de 22/08/2013 que “estabelece normas que condicionam às empresas que vierem a requerer a concessão de benefícios e incentivos fiscais a estabelecer reserva de vagas laborais aos egressos graduados nas comunidades terapêuticas de Teresina”. Assim, “destina benefícios e incentivos fiscais para empresas que reservem no mínimo 3% de vagas laborais (Coelho, 2023), alterada pela Lei nº 5.420, de 28/08/2019, por força da luta política pela extensão da lei aos usuários atendidos pela rede municipal, empreendida pela Homo Lobus – Associação Piauiense de usuários e familiares de álcool e outras drogas – ASPUFD, criada em 2018, a partir de fomento técnico e usuários do Caps AD.

Através de recursos orçamentários da política de assistência social, desde 2014, com parceria entre Secretaria Municipal do Trabalho, Cidadania e Assistência Social- SEMTCAS e a mesma Comunidade Terapêutica – C.T, é criado o Restaurante Popular, terceirizado, que funciona no 2º piso do Mercado Central São José e oferece cursos de gastronomia para egressos desta C.T e pessoas inscritas no CADUNICO. Cinco por cento de suas refeições são destinadas à população em situação de rua, através do Centro Pop. Ainda pelo mesmo dispositivo, cria através da Secretaria Municipal de Cidadania, assistência social e políticas integradas - SEMCASPI, o Centro de Convivência para egressos em Comunidades Terapêuticas, denominado “Retomando o caminho”, inaugurado em 11/03/2019, tendo por finalidade atender a usuários que concluíram o tratamento do consumo dependente na mesma Comunidade Terapêutica, através da parceria público privada, sendo as ações dinamizadas pelo terceiro setor, transferindo responsabilidades da gestão pública para entes da sociedade civil (Montaño, 2014).

Façanha (2007, p. 199), ao avaliar os rumos do planejamento urbano da capital, na década 1990, com a assunção da globalização e do ideário neoliberal, afirma que o gestor opta por uma concepção de mercado, contornada por um marketing para “vender” a cidade”, adotando o planejamento estratégico, baseado no modelo SWOT – cuja tradução remete para (S)trengths (pontos fortes); (W)eakenesses (pontos fracos, (O)portunities (oportunidades) e (T)heaths (ameaças) – orientado pela gestão estratégica empregada pelas empresas. Logo, intensificam-se a construção de shoppings centers, a construção de prédios de luxo, condomínios fechados, com a rápida verticalização da cidade.

Tais fundamentos permitem entender a histórica ausência de prioridade da saúde mental antimanicomial pela gestão municipal, o escasso investimento orçamentário na RAPS e até a mudança na denominação de coordenação de saúde mental, para gerência, o que confirma o norte gerencialista, transposto da lógica privada para os serviços públicos, que reduzem o Caps a burocráticos (Lancetti, 2008, p.46), ou seja, fechados em si mesmos e com parca abertura para o território, onde a vida da pessoa com transtorno mental acontece e pode ser reinventada. Também, pelo favorecimento do fomento ao terceiro setor, expressa-se a materialização do ideário neoliberal no plano local.

Na direção oposta, as iniciativas voltadas para a RAPS são tímidas e de alcance limitado à qualificação para o trabalho, tanto de seu quadro profissional, quanto de usuários. Em 2006, na perspectiva de dinamizar ações de geração de emprego e renda para a pessoa com transtorno mental e suas famílias, é lançado pela Gerência de saúde mental de Teresina o “plano de ação municipal de geração de trabalho e renda na área da saúde mental”, tendo duas estratégias: articulação com o Fórum Estadual de Economia Solidária e criação de uma comissão interinstitucional para executar o plano (Sousa; Rosa; Nascimento, 2020), que nesta década avançou apenas na direção da criação da Galeria do Inconsciente, no Parque da cidadania (desativado) e do Quiosque para vendas de produtos artesanais, situado no Shopping da Cidadania.

Como analisa Maranhão (2016, p. 38)

Algumas iniciativas no sentido de fomento a ações na perspectiva de geração de emprego e renda, no cerne da economia solidária, não ultrapassaram o estágio da capacitação para o trabalho, em treinamentos na área de serigrafia pela terapia ocupacional. Com precário apoio institucional, estagnou-se na primeira etapa do projeto.

No geral, as capacitações para o trabalho, no período, foram asseguradas a partir de verbas garantidas por editais do MS, sem asseguramento da inserção laboral e sem ultrapassar a fase inicial de qualificação para o trabalho. Persistiram, por pouco tempo, algumas ações de geração de renda, no mercado informal, geridas em alguns Caps, tais como hortas, pet look, que consistiam na produção de enfeites para animais (como lacinhos para a cabeça e pescoço, por empenho pessoal de alguns profissionais que enfrentaram muitas barreiras institucionais para a sustentação dos projetos, como analisa Maranhão (2016).

Apesar de serem asseguradas, embora timidamente, de 2005 até 2019, condições mínimas para a implantação/implementação dos Caps na Capital, tais como servidores públicos concursados, vale transporte/passe livre para assegurar o deslocamento casa-Caps-casa de usuários, alimentação, disponibilização e dispensação de psicofármacos, carro para os profissionais efetivarem o matriciamento, aluguel de casas para o funcionamento dos equipamentos, dinamização de alguns cursos de qualificação dos profissionais e trabalhadores da saúde mental, com alguns estímulos como

liberação de carga horária, ou pagamentos de alguma porcentagem em cursos pagos e até a criação de uma coordenação/gerência municipal de saúde mental, historicamente não se observa a institucionalização de uma política de saúde mental teresinense antimanicomial potente, nem a implementação da educação permanente em Caps ou supervisão institucional.

Não se tem estabelecido indicadores de avaliação dos Caps, e o Grupo Condutor da RAPS, pactuado em um Termo de Ajustamento de Conduta, nunca se materializou.

As pessoas com transtornos mentais não são consideradas parte do público alvo dos centros de convivência, geridos pela SEMCASPI.

O Serviço Móvel de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU, como componente da RAPS, além de não contar com profissionais da saúde mental em seu quadro, quando é acionado exige que as famílias, simultaneamente, mobilizem a polícia militar. Ou seja, a atenção à crise e à saúde mental em geral, crescentemente é associada a caso de polícia, a priori, reforçando-se o estigma de periculosidade, que se quer desconstruir. Tal aspecto tende a ser naturalizado, reforçando a associação entre a assistência/o “cuidado” e a repressão. A atenção à crise para o público infanto juvenil, quando requer internação, persiste com centramento no Hospital Areolino de Abreu, em desacordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente.

A trajetória das ações em saúde mental no contexto teresinense historicamente reverbera sua fase inicial de implementação (Denis; Champagne, 1997), seguindo uma tendência impulsionada por determinações externas, sem que a saúde mental se configure como prioridade na agenda governamental, haja vista a alegação de alguns representantes da gestão de que “diante de escassos recursos, temos que priorizar as doenças que matam”, ganhando destaque as arboviroses, como a dengue e outras, secundarizando-se os crescentes índices de suicídio na capital, principalmente com a verticalização da cidade e aumento no número de pontes. Outra alegação remete para a ausência de cofinanciamento, principalmente da esfera estadual.

Apesar dos esforços de algumas gerentes de saúde mental, no sentido de fomentar a construção de um planejamento municipal participativo para ordenar o processo, a exemplo da constituição de uma comissão interinstitucional para elaborar o Plano Municipal de Saúde Mental de Teresina, em 2001 (Portaria/PRES/nº 1.030/01, datada de 13 de dezembro (Sousa; Rosa; Nascimento, 2020), composta por representantes de diferentes instituições e defensores de modelos de cuidado divergentes, o texto constitui letra morta, persistindo a lei municipal com ínfimo poder para influenciar a tomada de decisão do gestor e alçar a saúde mental a um nível de institucionalidade robusta (Mello, 2023), isto é, com potência para manter-se com a mesma *performance* temporal, sobretudo em referência àquela configurada a partir de 2010, o que redundaria em outra efetividade, a despeito das variações conjunturais, operacionais e orçamentárias a posteriori.

Como endossa Mello (2023, p. 427)

Quando menos institucionalizado um sistema, mais espaço para imprevisibilidade e situações de instabilidade com potencial impacto sobre a estruturação de determinada configuração institucional. Isso se relaciona diretamente com elementos como legitimidade, regras de amplo conhecimento e menores oportunidades de favorecimento de interesses pessoais em detrimento do bem público.

Logo, os interesses públicos, da coletividade, traduzidos na política de saúde mental de 2000 a 2023, figuram secundarizados pelas gestões municipais de Teresina.

Assim, os acontecimentos conjunturais (Souza, 1984) é que dão o tom na implementação da trajetória da política de saúde mental em Teresina, com raras inovações produzidas pelo gestor da capital. Logo, no geral, são as políticas indutoras do governo federal que se consolidaram no pós Constituição de 1988 que impulsionam algumas mudanças mais densas na política de saúde mental de Teresina, a maioria delas produzidas pelos editais do Ministério da Saúde, que são apropriados e traduzidos por determinados agentes públicos, interessados em produzir novas ações de saúde mental na Capital, mesmo que as ações ganhem parca ou nenhuma institucionalidade.

Nesse horizonte, é criado o Consultório na Rua, inicialmente vinculado à saúde mental de Teresina, que começou a funcionar em 17 de dezembro de 2010, com base no “Projeto Consultório na Rua: a arte de cuidar na rua” (Teresina, 2010), com diretrizes organizacionais estabelecidas pelas Portarias nº 122 e 123, de 25/01/2012, mantendo-se temporalmente com equipe única e trabalhando apenas no turno da tarde, para cobrir todo território de Teresina.

Da mesma forma, é criada a Rede, Instituições e Articulação – RIA que “surge com essa proposta de articular as redes, as políticas intersetoriais de modo a promover a integralidade do cuidado da pessoa com transtorno mental (Lima; Santos, 2017, 130), inicialmente a partir da ação de profissionais do serviço social do Caps II Sul, figurando uma delas como articuladora da rede em Teresina. A RIA é criada informalmente em todos os Caps, com apoio da Gerência de Saúde Mental do município, o que culminou no I Fórum Entre RIAS de Teresina, em 28/11/2018 (<https://site.fms.pmt.pi.gov.br/noticia/2245/saude-mental-municipal-realiza-i-forum-entre-rede-instituicoes-e-articulacao>), tendo por objetivo fortalecer a troca de experiência (Souza; Rosa; Nascimento, 2020). Com parco suporte institucional, algumas RIAS mantêm-se através de grupos de *whatsapp*.

Alterações mais significativas na trajetória da saúde mental em Teresina, ocorrem a partir de 2009, com as ameaças de encerramento das atividades do Sanatório Meduna, ou seja, extinção de 200 leitos psiquiátricos para o Piauí como um todo, mas, para Teresina em especial, porque a maioria dos internos residem na capital, ou seja, risco de desassistência e colapso na atenção à crise em saúde mental, ocasião em que novos tensionamentos são remetidos para o gestor da capital (Rosa;

Figueiredo Neto; Nascimento; Alencar, 2011). Uma comissão constituída por representantes da Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde, Gerência de Saúde Mental do Estado e Fundação Municipal de Saúde passam a coordenar os trabalhos, sob o orquestramento do Ministério Público (Seabra; Rosa, 2018), através de audiências públicas, rodas de conversa e seminários para assegurar o diálogo e a pactuação coletiva entre as diferentes forças sociais implicadas no processo, mediados por diagnósticos situacionais dos dois hospitais psiquiátricos do Estado (Oliveira, 2011).

O processo culmina com o fechamento do Sanatório Meduna em 22 de maio de 2010, e a construção de uma rede de saúde mental, configurada por um novo TAC, com

Quatro Caps, tipo II (aos antigos Norte e Leste, acrescentaram-se o Sul e Sudeste, os antigos Caps álcool e outras drogas e o infanto-juvenil, um Caps III (vinte e quatro horas, dez leitos para desintoxicação num hospital regional (no bairro Mocambinho); quatro leitos para psiquiatria em hospitais regionais (Oliveira, 2011, p. 122).

Com o fomento da Portaria nº 3088/2011 do Ministério da Saúde, é institucionalizada a Rede de Atenção Psicossocial de Teresina que, em 2023, apresenta a seguinte configuração:

Quadro 1 - Serviços da rede de atenção psicossocial municipal e estadual instalados no município de Teresina-PI

Categoría	Tipo de serviço	Quantidade
Atenção Básica em Saúde	Unidade Básica de Saúde	93
	Núcleo de Apoio à Saúde da Família	3 nas zonas sul, norte e leste, com 3 psicólogos.
	Consultório na Rua	1
Atenção Psicossocial	CAPS AD Tipo II	1
	CAPS Tipo II	4
	CAPS Tipo III	1
	CAPS i	2, sendo um de gestão estadual e outro municipal.
Atenção de Urgência e Emergência	SAMU 192	1
	UPA 24 Horas	3
Atenção Residencial de caráter transitório	-	-
Atenção Hospitalar	Enfermaria especializada em Hospital Geral	10 leitos no Hospital do Mocambinho 4 leitos no Hospital da Primavera 6 leitos na Maternidade Dona Evangelina Rosa
Estratégias de Desinstitucionalização	Serviço Residencial Terapêutico Tipo I	4 sob gestão estadual.
	Serviço Residencial Terapêutico Tipo II	1 sob gestão municipal.

Fonte: Plano Municipal de Saúde Mental – PMSM – 2022-2025 (Teresina, 2022).

Como pode ser observado, o desenho dessa rede de saúde mental teresinense persiste com parcias alterações, de 2010 até 2023. Destaca-se como acréscimo a transformação da antiga Casa

de Acolhimento Transitório – CATI, criada em 2012 para atender crianças e adolescentes do sexo masculino, com idade entre 10 a 18 anos, com consumo prejudicial de álcool e outras drogas, metamorfoseada no Capsi Dr. Alexandre Nogueira, em 2017, que passa a responder por crianças e adolescentes das zonas Leste, Sudeste, rural e uma parte da sul (Santos, 2019), dividindo esse público em Teresina, com o Capsi Dr Martinelli Cavalca sob gestão estadual. E, também a abertura em 28 de setembro de 2012, de um serviço residencial terapêutico, tipo II, gerido pela Fundação Municipal de Saúde, com 8 residentes.

Desde 2016 funciona o PROVIDA, um serviço ambulatorial, com psicólogos e psiquiatras, voltado para atenção à pessoa com ideação, tentativas de suicídio ou automutilação. Também é assegurado, a partir de 2020, 4 leitos em saúde mental, no Hospital da Primavera, relacionados às tentativas/comportamentos suicidas.

Em 2019 é criado um Protocolo de atendimento de urgência e emergência em saúde mental de Teresina (Teresina, 2019). Apesar de haver uma rede de saúde mental constituída e consolidada, há parca interatividade, conexão entre os equipamentos. Os poucos protocolos pactuados entre seus serviços, nem sempre operacionalmente são considerados, tendo-se frequentemente que ter reunião, sobretudo com a mediação do Ministério ou Defensoria Pública para que sejam atualizados e implementados. Também para equacionar e intensificar “casos” judicializados, sobretudo que envolvam articulações entre a política de saúde e assistência social. Ou seja, a mediação do sistema de garantia de direitos torna-se fundamental para balançar a RAPS, convocar outras redes e articular a saúde mental com outras políticas.

Desde a 1ª assembleia Geral do Caps de Teresina, promovida pela ÂNCORA, em março de 2017, intensificam-se as ações de controle/participação social em prol do incentivo para ações de geração de emprego e renda e inclusão pelo trabalho. Primeiramente são organizados seminários, trazendo representante de experiências exitosas, como a do Hospital Cândido Ferreira em Campinas, S.P, e Rio de Janeiro.

Um fato conjuntural excepcional vai impulsionar ações de inclusão no mercado formal, através das cotas e do reconhecimento da deficiência psicossocial.

Como recupera Coelho (2023, p. 54)

No mês de agosto de 2018, em uma reunião da Ação Social Arquidiocesana (ASA), convocada pela Dra Jeane Carvalho de Araújo Colares, Procuradora Regional do Trabalho da 22ª Região, foi exposto o grande número de vagas existentes para os PCD no Estado do Piauí, no mercado de trabalho, o baixo número de deficientes cadastrados e a inexistência do cadastro de pessoas com deficiência psicossocial. A partir desses dados, a GSM, à época, decidiu formar um grupo de trabalho para discutir e propor estratégias para impulsionar a inclusão das pessoas com transtorno mental no mercado de trabalho formal, denominado Grupo de Trabalho e Renda (GTR)

Como esclarece a autora, o GTR funciona informalmente, “sem portaria de nomeação” (Coelho, 2023, p. 56). Até janeiro de 2022, Coelho (2023) informa que Teresina passa a contar com 25 PCDF, inseridas no mercado formal de trabalho, pelas cotas e 18 no Programa Jovem Aprendiz.

Com base em recursos federais, inicia-se um processo de estruturação de uma sede própria para os Centros de Atenção Psicossocial, sendo os primeiros o Caps II Norte e o Capsi, sendo morosa a construção dos demais.

A partir de 2021, após a pandemia e já com a vacinação contra a COVID-19, uma nova gestão ingressa no comando da administração de Teresina.

As licitações da área da saúde, que até então eram geridas pela Fundação Municipal de Saúde, passam a ser centralizadas em outra pasta, que não tem a mesma competência para gerir as particularidades da saúde/saúde mental, o que leva a uma intensa crise: falta de medicações essenciais, para manter as pessoas com transtorno mental estabilizadas no território; redução ou até supressão de alimentação; suspensão da disponibilização de vale transporte/passe livre; frota reduzida de carros para assegurar as ações dos profissionais no território; priorização dos psicólogos como gerentes de Caps, sem ser servidores de carreira e com pouca experiência na clínica ampliada. Assiste-se a um reforço: da ação profissional cada vez mais para o interior do Caps; do poder médico e dos processos de trabalho centrados cada vez mais no diagnóstico e na medicação, que se tornam insuficientes na dispensação pela rede SUS, sendo os familiares pressionados para adquiri-los pela compra direta. Essa realidade compromete as ações de matriciamento com a atenção básica, aprofundando a precarização das condições de trabalho e o fechamento do Caps para dentro de si mesmo. Tal situação é agravada pela crise dos transportes públicos na capital, o que compromete o trânsito dos usuários no percurso casa-Caps-casa.

Ressalta-se que apesar da universalidade do SUS, predomina entre os usuários dos Caps de Teresina a população de baixa renda, o que requer investimentos orçamentários de suas famílias para além das suas possibilidades, para garantir o cuidado no Caps, não mais no território. Diante dessa realidade, o asseguramento de vale transporte (passe livre municipal), lanche, almoço pela gestão municipal tornam-se essenciais para a cidadania desse segmento.

As audiências públicas promovidas pelo Ministério Público e Defensoria se intensificam, com baixas ou nulas respostas dos gestores. Parece haver uma perda da força do MP para fazer cumprir a lei.

A gerencia de saúde mental deixou de ser ocupada por servidores de carreira, sendo ocupada por indicação política, no geral, com pessoas em cargos comissionados.

Nesse contexto, de muita precarização das condições de trabalho, muitos profissionais se sentem desmotivados, muito embora haja um grupo que persista e insista no acontecer e consolidar dos princípios da reforma psiquiátrica.

A expressividade da saúde mental no Plano Municipal de Saúde – PMS-2022-2025 (Teresina, 2022) é tímida, destacando-se, no decorrer do documento, com mais de 3 citações a questão do matriciamento, haja vista ser o principal indicador de avaliação do governo federal. O apêndice A - problemas e ações prioritárias segundo eixos, diretrizes e objetivos, para o PPA 2022-2025, contempla algumas deliberações da 9^a Conferência Municipal de Saúde, destacando a ampliação do número de Caps “criando Caps 3, Caps AD3 e Caps Infanto juvenil com atendimento de urgência” (Idem, p. 122). “Aumentar a cobertura de atendimentos em Caps. [...] Assegurar cofinanciamento das 3 esferas. [...] Ampliar as ações de prevenção de suicídio. [...] Ampliar oferta dos leitos psiquiátricos e residências terapêuticas. [...] Implantar equipes multiprofissionais de atenção especializada em saúde mental – EMAESM” (Idem, p. 123).

Apesar das deliberações envolvendo a saúde mental, na 9^a Conferência de Saúde, serem incorporadas no plano municipal de saúde de Teresina, não há indicativos de previsão de metas, nem de datas, nem orçamento para concretização das ações previstas. Há também reforço a leitos psiquiátricos, na contramão da reforma psiquiátrica.

Como retratado, a trajetória da gestão da política de saúde mental em Teresina, na perspectiva da Reforma Psiquiátrica, avançou a partir de conjunturas externas, sem que o gestor se colocasse inicialmente como sujeito no processo. Destacam-se 2 marcos importantes nessa trajetória. O primeiro, a redução no número de leitos nos 2 hospitais especializados, por força da avaliação do PNASH-Psiquiatria, que fez com que o gestor implantasse 2 Caps II. E, o segundo, a extinção do Sanatório Meduna, que forjou a construção e oficialização da RAPS em Teresina. As poucas vezes que o gestor se constituiu como ator principal no processo, tomando alguma iniciativa/decisão, foi para remanicomializar, pela terceirização de ações, favorecendo uma comunidade terapêutica em especial.

A partir de 2021 observa-se a intensificação na precarização da RAPS, sobretudo dos Caps, cujos processos de trabalho voltam-se para dentro do equipamento, por falta de condições mínimas de trabalho. Com a pandemia da COVID-19, as medidas sanitárias intensificam a ambulatorização dos Caps de Teresina e a suspensão de trabalhos em grupo, o que persiste como dominante no período pós vacinação, até 2023.

Tal contexto sinaliza para a crescente precarização da RAPS de Teresina, que como visto, historicamente teve baixa institucionalidade. Parece haver uma tendência de desmonte com intencionalidade formal (Mello, 2023), haja vista a desvitalização crescente das equipes profissionais,

dos Caps e demais equipamentos, com baixa capilaridade para ações territoriais, ou seja, condições operacionais.

Janaina Mello (2023) indica que o grau de institucionalidade de uma política pública está assentado em pelo menos 2 aspectos: 1) no arcabouço jurídico-legal-normativo (existência de marcos regulatórios), que a política de saúde mental de Teresina tem desde 2001; 2) arranjos de gestão, contar com processos administrativos e políticos internos, tais como, grupo condutor da RAPS, que nunca foi dinamizado, no plano local. E também se destaca o fomento ao controle/participação social, princípio do SUS, o que tem sido desvitalizado, a exemplo da inexistência de assembleias nos Caps.

No decorrer do processo, destaca-se o bom uso da relativa autonomia de alguns profissionais, servidores públicos que buscam resistir aos desmontes e inovar, a despeito do tímido apoio e institucionalidade de seus projetos.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como visto, a trajetória de saúde mental em Teresina acompanha, de forma truncada, os ciclos previstos na consolidação de uma política pública.

Há descompasso entre as ações do gestor local, sobretudo com o federal, o que reduz a força sinérgica entre as 3 esferas de governo. A entrada da saúde mental na agenda governamental do gestor teresinense, historicamente, deveu-se a injunções conjunturais, sobretudo à diminuição/extinção de leitos psiquiátricos em hospitais especializados e o fechamento do Sanatório Meduna.

A formulação da política de saúde mental, deveu-se a esforços de alguns servidores nesse sentido, sobretudo das gerentes de saúde mental, mas, o que foi planejado, pouco saiu da intencionalidade dos propositores, até porque a saúde mental não é prioridade em Teresina, inclusive em termos orçamentários.

Com relação à tomada de decisão, essa ocorreu nos momentos mais tensos, por força dos termos de ajustamento de conduta do MP, sobretudo para produzir a diversificação da rede, com o fechamento do Sanatório Meduna, em 2010.

A implementação da política de saúde mental antimanicomial ocorreu pelas realidades postas nas diferentes conjunturas, mas, também se observou um desinvestimento por parte do gestor em relação à RAPS, e priorização orçamentária e legal para dar amparo a egressos de uma comunidade terapêutica em particular, que atua em Teresina desde 1995, em uma clara assunção de reforço à remanicomialização do modelo (Guimarães, Rosa, 2019), com reforço a serviços fechados, geridos pelo terceiro setor, o que compromete a universalização da política do SUS; pela priorização dos profissionais psi, em todos os sentidos, sobretudo na gestão dos Caps. A partir de 2021 observa-se

a intensificação da precarização da RAPS, com falta de insumos básicos e fundamentais, como medicação psicotrópica, que permite o cuidar em liberdade no território. Há ausência ou limitações no acesso a carros, que viabilizam visitas domiciliares, ações de matriciamento e articulações intersetoriais.

A fase de avaliação sequer é cogitada, inexistindo esforços para a supervisão institucional, pesquisas avaliativas ou espaços nesse horizonte. Os espaços avaliativos oficiais se restringem às conferências municipais de saúde e saúde mental.

As resistências mais significativas à remanicomialização no âmbito local foram lideradas pela Associação Âncora fundada em 2001, cuja atuação visava o protagonismo dos usuários e familiares de saúde mental do Piauí através da formação política para fortalecer a participação e o controle social, estimular espaços de socialização e troca de informações acerca das práticas em saúde mental, ampliar o debate e reafirmar a luta pela qualidade da assistência à saúde mental do estado (Guimarães, 2020). Ademais, a Âncora realizou assembleias avaliativas, impulsionou debates públicos, colaborando com normativas/leis municipais e estaduais, como o redirecionamento dos Centros de Convivência que antes beneficiavam apenas egressos de comunidades terapêuticas, à inclusão da deficiência psicossocial no Passe Cultura, contribuiu para a criação de Comissões Intersetoriais de Saúde Mental nos Conselhos Estadual e Municipal de Saúde. Desenvolveu projetos de captação de recursos e eventos, além de ter representante atuando como delegados em Conferências Municipais, Estadual e Nacional de Saúde Mental. Embora tenha suas atividades encerradas em 2022, por força das consequências da Pandemia da COVID-19, seu legado permanece como referência da luta antimanicomial no Piauí. A partir de 2023, a Associação Pensar começa a se inserir nesse sentido, somando participação nas audiências públicas produzidas pelo Ministério Público e Defensoria Pública, contudo, sua atuação não representou a continuidade da defesa dos princípios da Reforma Psiquiátrica, uma vez que se tornou um braço das comunidades terapêuticas.

Novas ações em saúde mental em Teresina foram comumente asseguradas pelos editais do Ministério da Saúde e por força de suas políticas indutoras, inclusive a construção de sede própria para Caps, a exemplo do Caps II Norte e Capsi.

Todavia, observa-se que há um grupo de profissionais, agentes públicos/ servidores, que persistem em fazer acontecer a reforma psiquiátrica e seus princípios, buscando assegurar o matriciamento e a inserção da pessoa com transtorno mental no mercado de trabalho, favorecida com o ingresso de novos atores, como o Ministério Público do Trabalho; o Código Internacional de Funcionalidade, com o reconhecimento da pessoa com transtorno mental como pessoa com deficiência psicossocial. Ainda elementos externos, mas, também atores impulsionadores da saúde mental de Teresina, mas, externo ao quadro da Prefeitura Municipal.

Assim, a RAPS e a reforma se sustentam principalmente nas ações dos profissionais/agentes públicos, com insignificante suporte do gestor geral, sobretudo prefeitos e superintendentes, que não a priorizam. Tal configuração tem tendência a agravamento, até pelos efeitos perversos da PEC-95/2016, que congelou os gastos da saúde e de outras políticas por 20 anos, alterando a realidade de subfinanciamento para desinvestimentos no SUS pelo governo federal. Também, as mudanças no financiamento da Atenção Básica, através do Previne Brasil tiveram impactos locais pela desativação de 3 equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família NASF, com impactos diretos no cuidado territorial.

Como principal avanço da gestão, destaca-se, além da criação de serviços mínimos da RAPS, mesmo que sob pressões conjunturais, a manutenção de uma rede pública, gratuita e de porta aberta, com maioria de servidores concursados, embora precarizados nas suas condições de trabalho. Mas, há uma tendência de aprofundamentos nas terceirizações, até pela intensificação do gerencialismo, da lógica privada que invade a gestão pública. Logo, a cidadania construída e conquistada persiste com sérios riscos de perda da universalidade e qualidade de vida, até porque crescem os investimentos privados, através de clínicas particulares e do terceiro setor na capital.

REFERÊNCIAS

- BRAVO, Maria Inês Souza. **Serviço Social e reforma sanitária: lutas sociais e práticas profissionais.** 2 ed. São Paulo: Cortez, 2007.
- COELHO, Ana Benedita Meneses de Carvalho. **Pessoas com deficiência psicossocial e o mercado de trabalho formal:** um estudo nos centros de atenção Psicossocial em Teresina. Teresina: UFPI/Programa de Pós Graduação em Políticas Públicas (dissertação), 2023.
- DENIS, Jean-Louis; CHAMPAGNE, François. Analise da implantação. In: HARTZ, Z. M. A. **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise de implantação de programas.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997, p. 49-88.
- FAÇANHA, Antonio Cardoso. Planejamento estratégico e mercado urbano: Teresina em questão. In: LIMA, A. J. (orgs.). **Cidades brasileiras:** atores, processos e gestão pública. Belo Horizonte: Autêntica, 2007. p. 199-211.
- GUIMARÃES, Lucas; ROSA, Lucia. EVELIN, Marta. **(Con)textos em saúde mental:** saberes, práticas e histórias de vida. Teresina: EDUFPI, 2008.
- GUIMARÃES, Thaís de Andrade Alves; ROSA, Lucia Cristina dos Santos. A remanicomialização do cuidado em saúde mental no Brasil, no período de 2010-2019: análise de uma conjuntura antirreformista. **O social em questão** (online), v. 44, p. 111-138, 2019.
- GUIMARÃES, Thaís de Andrade Alves. **A participação social na política de álcool e outras drogas no contexto piauiense no período de 2005 A 2019:** relação de forças, consensos e tensionamentos.

A TRAJETÓRIA DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL EM TERESINA – PIAUÍ

2020. 309p. Tese (Doutorado em Políticas Públicas), Universidade Federal do Piauí (UFPI), Teresina, 2020.

LANCETTI, Antonio. **Clinica peripatética**. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

LIMA, S.G.S.; SANTOS, D. V.S. **Rede, Instituições e Articulação**: o desafio de levar saúde mental para o território. 2017. p. 123-137.

MACEDO, João Paulo; DIMENSTEIN, Magda. A reforma psiquiátrica em contextos periféricos.

Memorandum 22, abril, 2012, p. 138-164. Disponível em:

<https://periodicos.ufmg.br/index.php/memorandum/article/view/6595/4171>.

MARANHÃO, L. S. R.; ROSA, L. C. S. A inserção da pessoa com transtorno mental no mercado de trabalho e em ações de geração de renda: a experiência do CAPS II em Teresina-PI. In: FERREIRA, Maria D'alva Macedo; BARROSO, Ravena Oliveira (orgs.). **Socializar: construindo saberes, ampliando conhecimentos**. 1 ed. Teresina: EDUFPI, 2016, v. 1, p. 19-45.

MELLO, Janine. Condicionantes institucionais do desmonte e da resiliência de políticas públicas no Brasil. In: GOMIDE, A.A.; SILVA, M.M.S; LEOPOLDI, M.A. **Desmonte e reconfiguração de políticas públicas** (2016-2022). Brasília: IPEA/INCT/PPED, 2023, p. 411-442.

MONTANO, Carlos. **Terceiro setor e questão social**: crítica ao padro emergente de intervenção social. São Paulo: Cortez, 2014.

OLIVEIRA, Edmar. **A incrível história de von Meduna e a filha do sol do Equador**. Teresina: Oficina da Palavra, 2011.

ROSA, Lucia Cristina dos Santos. **Transtorno mental e o cuidado na família**. São Paulo: Cortez, 2003.

ROSA, Lucia Cristina dos Santos. et al. A política e as ações em saúde mental do Piauí: as dimensões transformadoras da década de 2000 a 2010, p15-40. In: ROSA, Lucia Cristina dos Santos; CARVALHO, Marta Evelin de; MACEDO, João Paulo. **Política e ações de saúde mental no Piauí: 2000 a 2010**. Teresina: EDUFPI, 2011.

ROSA, Lucia Cristina dos Santos. **O Nordeste na reforma psiquiátrica**. Teresina: EDUFPI, 2006.

SANTOS, Wanessa de Sousa. **As expressões da questão social na dinâmica familiar de adolescentes e sua relação com os agravos em saúde mental**: uma análise do Capsi Dr. Alexandre Nogueira. 2019. Trabalho de Conclusão de Curso. Graduação em Serviço Social. UFPI. 2019.

SEABRA, C.P.M.R.; ROSA, L.C.S. Atuação do Ministério Público em prol da qualidade da atenção à pessoa com transtorno mental no Piauí. **Revista da Corregedoria Nacional**: a atuação do Ministério Público brasileiro na área de evolução humana e qualidade de vida. v. 6. Brasília: CNMP, 2018. p.82-95.

SILVA, Antônio Joelmir Portela da. **Manicômio vivo em ato**. Atualizações do desejo de manicômio e do gesto manicomial na terceirização do cuidado familiar. 90f. 2023. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Programa de Pós Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Delta do Parnaíba, Parnaíba, 2023.

SOUSA, Lara Emanueli Neiva; ROSA, Lucia Cristina Santos; NASCIMENTO, Gisele Martins. **Gestão da saúde mental no Piauí:** da assistência psiquiátrica à rede de atenção psicossocial. Teresina: EDUFPI, 2020.

SOUZA, G.C.A.; COSTA, I.C.C. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. **Saúde Soc.** São Paulo, v.19, n.3, p.509-517, 2010.

SOUZA, Hebert José. **Análise de conjuntura.** 27^a ed. Petrópolis: Vozes, 1984.

TERESINA. **Plano municipal de saúde.** PMS- 2022-2025. Teresina: Fundação Municipal de Saúde/Prefeitura de Teresina, 2022.

TERESINA. **Protocolo de atendimento de urgência e emergência em saúde mental de Teresina.** Teresina. Fundação Municipal de Saúde: 2019.

TERESINA. **Projeto Consultório de Rua:** a arte de cuidar na rua. Teresina: Fundação Municipal de Teresina, 2010. (mimeo).

VIANA, Ana Luiza d'Ávila; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. Análise de políticas de saúde. In: p. 59-87. In: GIOVANELLA, Lígia et al. **Políticas e sistemas de saúde no Brasil.** 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz/CEBES, 2012.