

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E ECONÔMICAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICA SOCIAL – PPGPS
MESTRADO EM POLÍTICA SOCIAL**

EDINEIA FIGUEIRA DOS ANJOS OLIVEIRA

**A política de saúde mental em municípios de pequeno porte do
Espírito Santo: entre mínimas equipes e múltiplos projetos**

Vitória
2009

EDINEIA FIGUEIRA DOS ANJOS OLIVEIRA

**A política de saúde mental em municípios de pequeno porte do
Espírito Santo: entre mínimas equipes e múltiplos projetos**

Dissertação de mestrado apresentada
ao Programa de Mestrado em Política
Social da Universidade Federal do
Espírito Santo como requisito para o
título de mestre.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª. Maria Lúcia
Teixeira Garcia.

VITÓRIA
2009

O48p Oliveira, Edineia Figueira dos Anjos

A política de saúde mental em municípios de pequeno porte: entre mínimas equipes e múltiplos projetos / Edineia Figueira dos Anjos Oliveira. - 2009.

235 f. il.; 30 cm

Orientadora: Maria Lúcia Teixeira Garcia.

Dissertação (mestrado em Política Social) – Universidade Federal do Espírito Santo, Programa de Pós-Graduação em Política Social, 2009.

1. Política de saúde 2. Saúde mental. I. Garcia, Maria Lucia Teixeira II. Universidade Federal do Espírito Santo III. Título

CDD 614.5989

EDINEIA FIGUEIRA DOS ANJOS OLIVEIRA

**A política de saúde mental em municípios de pequeno porte do
Espírito Santo: entre mínimas equipes e múltiplos projetos**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Mestrado em Política Social da
Universidade Federal do Espírito Santo como requisito para o título de mestre.
Orientadora: Prof^a Dr^a. Maria Lúcia Teixeira Garcia.

Comissão Examinadora

_____ **Pro**
f. Dr^a. Maria Lúcia Teixeira Garcia
Universidade Federal do Espírito Santo
Orientadora

_____ **Pro**
f. Dr^a. Eda Teresinha de Oliveira Tassaia
Universidade de São Paulo

_____ **Prof. Dr. Eduardo Mourao Vasconcelos**
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Agradecimentos

A realização desse trabalho exigiu um percurso que não seria possível fazê-lo se não pudesse contar com a colaboração de muitos que estiveram comigo ao longo da caminhada.

Primeiro quero agradecer a “**DEUS**” pela saúde, pelo amparo, pela força e coragem que me permitiu vencer mais uma batalha, entre tantas que tive e outras que terei, pois o caminho não termina aqui.

À minha orientadora Maria Lúcia Teixeira Garcia que esteve comigo desde a graduação servindo de inspiração pelo seu compromisso e seriedade como profissional e mestra, me desafiando a olhar o objeto através de mirantes e buscar compreendê-lo.

Ao meu esposo e a minha filha pelo carinho, incentivo e compreensão, de que eu dispunha de pouco ou nenhum tempo para eles, o que me ajudou a vencer o cansaço e a transpor as muitas barreiras.

Às minhas colegas de pesquisa do grupo “FENIX” que comigo seguiram em longas viagens para buscar, insistentemente, os documentos de gestão como, também, para uma aproximação da realidade que buscávamos compreender.

À minha amiga e secretária de Ação Social e Cidadania do município de Alfredo Chaves, Jacirley de Almeida Silva que me deu o suporte logístico para a realização dos grupos focais e, em alguns deles, esteve junto como apoio.

Aos meus colegas de trabalho que me apoiaram diretamente no acesso às informações pelo sistema de informação e indiretamente com palavras de conforto e coragem, não me permitindo abater pelo cansaço.

À Coordenação Estadual de Saúde Mental que se colocou à disposição no levantamento dos documentos e informações, sem os quais não poderíamos iniciar o percurso.

Aos gestores e técnicos dos municípios estudados que colaboraram diretamente com a realização da pesquisa compreendendo a relevância do tema. E a todos que contribuíram de alguma forma para realização desse trabalho.

A política de saúde mental em municípios de pequeno porte: entre mínimas equipes e múltiplos projetos

A política de saúde mental brasileira propõe a estruturação de uma rede de atenção integral constituída por dispositivos que possibilitem a atenção psicossocial às pessoas com doença mental. Cada município deveria estruturar um conjunto de ações para responder às questões de saúde mental e garantir uma rede de serviços de referência podendo ser local ou regionalizada. Dos 78 municípios do estado, 43 são de pequeno porte. Destes, 21 possuem serviços de saúde mental. O objetivo principal é identificar a implementação da política de saúde mental na atenção básica em municípios de pequeno porte do estado do Espírito Santo. Realizou-se pesquisa qualitativa englobando pesquisa documental e entrevista grupal (grupo focal). No grupo focal participaram equipes de saúde mental e de saúde da família que atuam em seis municípios de pequeno porte que asseguraram dispor de um serviço de atenção às pessoas com transtornos mentais na atenção básica. Os dados foram analisados através da técnica de análise do discurso. Constatou-se que na maioria dos municípios estudados inexistiu um serviço estruturado de atenção à saúde mental conforme as diretrizes da política nacional de saúde mental. Encontramos técnicos – psiquiatra e psicólogo - trabalhando por produtividade em uma presença pontual (uma vez por mês/por semana/quinzenalmente) com uma concorrida agenda e com pouca ou nenhuma articulação com as ESF. O que prevaleceu foram práticas centralizadas nos atendimentos individuais e encaminhamentos. Constatamos que o processo de descentralização da política de saúde mental não possibilitou aos municípios capixabas, de forma homogênea, a existência de um projeto de base comunitária e territorial nem definição de recursos destinados à saúde mental no orçamento da saúde. Concluiu-se que a construção e sustentabilidade de uma rede de atenção à saúde mental é tarefa a ser realizada no estado do ES, bem como a eliminação da ação da Clínica Santa Isabel como se apresenta hoje nos municípios estudados.

Palavras Chaves: Política de Saúde, Saúde Mental, descentralização.

The health policies in small-sized municipalities in the state of Espírito Santo: between minim teams and multiples projects

The Brazilian mental health policy proposes the organization of a full care network composed of instruments to provide psychosocial care to people with mental disorders. Each municipality should structure a group of actions to respond to the mental health demands and guarantee a local or regional referential service network. Of the 78 municipalities in the state, 43 are small-sized, and 21 of these have mental health services. The main aim is to identify the implementation of mental health policies in small-sized municipalities in the state of Espírito Santo. A qualitative study comprising documental research and group interview (focus group) was carried out. The focus groups included mental health and family health teams who work in small-sized municipalities that claimed to offer basic care services to people with mental disorders. The data were analyzed through the discourse analysis technique. The findings show that most of the study municipalities lack a structured mental health care service in compliance with the national mental health policy guidelines. We found psychiatric and psychology technicians working under a productivity regime and regular attendance (once a week/month/every two weeks), often fully booked and with little or no articulation with the *ESF* (Family Health Team). The practices focusing on individual care and referrals prevailed. We found out that the decentralization process of mental health policies provided Espírito Santo municipalities neither with a homogeneous community and regional-based health project nor with defined mental health funds in the health budget. We concluded that building and sustaining a mental health care network is a task to be carried out in the state of Espírito Santo, as well as eliminating Santa Isabel Clinic's actions the way they are currently performed in the study municipalities.

Keywords: Health Policy, Mental Health, Decentralization.

Lista de tabelas

Tabela 1 - Déficit de CAPS no Brasil hoje.....	83
Tabela 2 – Distribuição dos gastos por função do município de Ibirapu.....	111
Tabela 3 – Relação de profissionais que atuam nos estabelecimentos de saúde de Ibirapu.....	112
Tabela 4 - Internações de residentes de Ibirapu em outros municípios do estado por especialidade.....	113
Tabela 5 – Valores totais com internações de residentes de Ibirapu.....	117
Tabela 6 – Internações de residentes de Ibirapu por especialidade.....	117
Tabela 7 - Distribuição dos gastos por função do município de Montanha.....	134
Tabela 8 – Estabelecimento de saúde do município de Montanha.....	135
Tabela 9 - Internações de residentes de Montanha em outros municípios do estado por especialidade.....	136
Tabela 10 – Valores totais com internações de residentes de Montanha	138
Tabela 11 – Internações de residentes de Montanha por especialidade.....	139
Tabela 12 - Distribuição dos gastos por função do município de Irupi.....	148
Tabela 13 – Estabelecimento de saúde do município de Irupi.....	149
Tabela 14 - Internações de residentes de Itaguaçu em seu território e em outros municípios do estado por especialidade.....	150
Tabela 15 – Valores totais com internações de residentes de Irupi.....	153
Tabela 16 - Internações de residentes de Irupi em seu território e em outros municípios do estado por especialidade.....	153
Tabela 17 - Distribuição dos gastos por função do município de Itaguaçu.....	162
Tabela 18 – Estabelecimento de saúde do município de Itaguaçu.....	163
Tabela 19 - Internações de residentes de Itaguaçu em seu território e em outros municípios do estado por especialidade.....	164
Tabela 20 – Valores totais com internações de residentes de Itaguaçu.....	166
Tabela 21 – Internações de residentes de Itaguaçu por especialidade.....	167
Tabela 22 - Distribuição dos gastos por função do município de C. do Castelo.....	181
Tabela 23 – Estabelecimento de saúde do município de C. do Castelo.....	182
Tabela 24 - Internações de residentes de Conceição do Castelo em outros municípios por especialidade.....	183
Tabela 25 – Valores totais com internações de residentes de C. do Castelo.....	184
Tabela 26 – Internações de residentes de C. do Castelo por especialidade.....	185

Tabela 27 - Distribuição dos gastos por função do município de Rio Novo do Sul.....	194
Tabela 28 – Estabelecimento de saúde do município de Rio Novo do Sul.....	195
Tabela 29 - internações de residentes de Rio Novo do Sul em seu território e em outros municípios por especialidade.....	195
Tabela 30 – Valores totais com internações de residentes de Rio Novo do Sul.....	196
Tabela 31 – Internações de residentes de Rio Novo do Sul por especialidade.....	198
Tabela 32 - Percentual de recurso aplicado pelos municípios na saúde.....	208
Tabela 33 – Dispositivos assistenciais em saúde mental no estado do ES.....	214

Lista de Quadros

Quadro 1 – Documentos solicitados à secretaria estadual de saúde.....	20
Quadro 2 – Documentos solicitados às secretarias municipais de saúde.....	21
Quadro 3 – Municípios de pequeno porte com serviços de saúde mental que enviaram documentos entre final de 2007 e 2008.....	24
Quadros 4 – Participantes dos grupos focais.....	27
Quadro 5 - Normalizações do Ministério da Saúde para a descentralização da Saúde.....	56
Quadro 6 - Normalizações do Ministério da Saúde para Saúde Mental.....	88

Lista de figuras

Figura 1 – Municípios de pequeno porte com serviços de SM.....	18
Figura 2 – Municípios selecionados para pesquisa.....	26
Figura 3 – Rede de atenção em saúde mental MS.....	84
Figura 4 - Municípios com serviços de saúde mental entre 1995 a 2008.....	99
Figura 5 - Rede de atenção em saúde mental do Espírito Santo.....	100
Figura 6 – Municípios com serviços de SM.....	101
Figura 7 - Municípios com CAPS por tipo.....	106
Figura 8 – Mapa de divisa territorial de Ibirapu.....	110
Figura 9 – Municípios que possuem serviços na macro norte	122
Figura 10 – Mapa de divisa territorial de Montanha.....	134
Figura 11 – Mapa de divisa territorial de Irupi.....	148
Figura 12 – Mapa de divisa territorial de Itaguaçu.....	162
Figura 13 – Municípios que possuem serviços na macro centro.....	177
Figura 14 - Mapa de divisa territorial de Conceição do Castelo.....	181
Figura 15 - Mapa de divisa territorial de Rio Novo do Sul.....	194
Figura 16 –Municípios que possuem serviços na macro sul.....	200
Figura 17 - Dispositivos assistenciais apontados pelos municípios.....	212

Siglas

ABP - Associação Brasileira de Psiquiatria
ACS – Agente Comunitário de Saúde
A – Assistente Social
CF – Constituição Federal
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CIB - Comissão Intergestora Bipartite
CIT – Comissão Intergestora Tripartite
CNS – Conferência Nacional de Saúde
CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CPMF – Contribuição Provisória sobre Movimentação Orçamentária
CPTT – Centro Psicossocial de tratamento de Toxicômanos
DNSM – Divisão Nacional de Saúde Mental
EC – Emenda Constitucional
ECD – Erradicação e Controle de Doenças
ESF – Estratégia Saúde da Família
FBH - Federação Brasileira dos Hospitais
FBP - Associação Brasileira de Psiquiatria
FMI – Fundo Monetário Internacional
FGC – Fernando Henrique Cardoso
Hanse - Hanseníase
HPM - Hospital da Polícia Militar
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH – Índice de desenvolvimento Humano
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
MS – Ministério da Saúde
NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial
NOB – Norma Operacional Básica
NOAS – Norma Operacional da Assistência em Saúde
PAB – Piso da Atenção Básica
PACS – Programa dos Agentes Comunitários de Saúde
PIB – Produto Interno Bruto
PNASH – Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares
PPI – Programação Pactuada Integrada
SESA – Secretaria Estadual de Saúde

SISVAN – Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional

SIS/prenatal – Sistema de controle do prenatal

SM – Saúde mental

SRTs – Serviço Residencial Terapêutico

SUS- Sistema Único de Saúde

PDR – Plano Diretor de Regionalização

PT – Partido dos Trabalhadores

TB - Tuberculose

UBS – Unidades Básicas de Saúde

UPHG – Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	14
1. POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL E O PROCESSO DE DESCENTRALIZAÇÃO.....	30
1.1 A Reforma Sanitária brasileira e o processo de redemocratização do país.....	34
1.2- Descentralização da política de saúde: um processo (des) centralizado.....	46
1.2.1 – Determinantes para a descentralização da gestão da política de saúde.....	53
2 - A REFORMA PSIQUIÁTRICA E A ASSISTÊNCIA EM SAÚDE MENTAL NO BRASIL EM FINAL DO SÉCULO XX E INÍCIO DO SÉCULO XXI E A INSERÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA NA SAÚDE MENTAL.....	74
3. O PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA EM MUNICÍPIOS DE PEQUENO PORTE DO ESPÍRITO SANTO.....	105
3.1 – A Política de Saúde Mental no Espírito Santo.....	92
3.1.1 - A política de saúde mental no município de Ibirajú: “A menina dos olhos”.....	108
3.1.2 - A política de saúde mental no município de Montanha: um longo percurso.....	132
3.1.3 - A política de saúde mental do município de Irupi: uma equipe virtual.....	146
3.1.4 - A política de saúde mental no município de Itaguaçu.....	160
3.1.5 - A política de saúde mental do município de Conceição do Castelo: uma referência em saúde mental que não se concretiza.....	178
3.1.6 - A política de saúde mental no município de Rio Novo do Sul.....	193
3.2. A atenção em saúde mental em municípios de pequeno porte no Espírito Santo: algumas constatações.....	204
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	219
5 . REFERÊNCIAS.....	229
APÊNDICE 1	

Termo de consentimento livre e esclarecido

INTRODUÇÃO

Se as coisas são inatingíveis.....ora! Não é motivo para não querê-las....que triste os caminhos se não fora a mágica presença das estrelas!

(Mario Quintana – Espelho Mágico)

Descrever o caminho percorrido é destacar um intrínseco processo no qual assistente social, pesquisadora, gestora municipal da saúde e técnica da área da saúde mental se entrecruzam em um enredo que foi construído ao longo dos dois últimos anos. Assim, as páginas que se seguem, apresentam um roteiro no qual se vislumbram viagens a lugares distantes, resistência explícita de colegas gestores ou técnicos em reconhecer que não possuíam documentos obrigatórios (relatório de gestão e plano de saúde) e um hiato entre o que deveria ser (e não é) e o que é (e não deveria ser) a política municipal de saúde mental. Como gestora me indignava com a resistência de alguns colegas. Como técnica da área da saúde me angustiava a permanência (e a insistência) da centralidade do hospital psiquiátrico como prática hegemônica. Como técnica da área de saúde mental inquiria: aonde iremos chegar? Há luz nesse túnel? É nesse mix de papéis que meu olhar foi configurando o objeto de estudo e o caminho metodológico. Uma intencionalidade permeou o trajeto: por um lado, a defesa da garantia de serviços assistenciais de base comunitária aos sujeitos que sofrem com transtornos mentais. Por outro, a consciência da realidade do Espírito Santo, constituído por uma maioria de municípios de pequeno porte, com pequena capacidade financeira e administrativa, com claros limites frente à responsabilidade de garantir dispositivos assistenciais em seu território nas várias áreas de atenção à saúde, inclusive da saúde mental.

Para delinear esse percurso, a metodologia seguiu caminhos derivados das exigências do objeto. Partiu-se de dois fatos: a) da realidade profissional (ocupo o lugar de gestora e técnica da saúde do município de pequeno porte - Alfredo Chaves - localizado próximo à capital do estado do Espírito Santo) e; b) da inserção na pesquisa Política em Saúde Mental no Espírito Santo: entre

tramas, redes e ato¹ na qual analisamos a política de saúde mental implantada nos municípios capixabas. Deparava-me com uma questão instigante: dados da secretaria do estado indicam que dos 78 municípios do Espírito Santo, 48 possuíam em 2008 algum serviço em saúde mental (62,8%). Destes, 21 municípios são considerados de pequeno porte (menos de 20.000 habitantes) e oferecem serviços na atenção básica através de uma equipe mínima de saúde mental. Partindo da afirmação de Arretche (2004) de que os municípios brasileiros são fortemente dependentes das transferências de impostos, principalmente os federais e, levando em consideração o processo de descentralização das ações de saúde, olhava para os municípios de pequeno porte e pensava que estes legalmente não têm a garantia de repasse de recursos específicos para a implementação de um serviço assistencial voltado para a pessoa que sofre com um transtorno mental. Entretanto, não se encontram isentos da responsabilidade de garanti-lo.

Assim, indagava: como se estrutura a política de saúde mental na atenção básica em municípios de pequeno porte do Espírito Santo? Quais recursos técnicos assistenciais são utilizados para responder a esta demanda? Que perspectiva de saúde mental essa ação engendra? Permeada por essa pergunta, o caminho foi paulatinamente tecido. Como categorias teóricas (ou mirantes através dos quais eu olhava a realidade e buscava compreender) discutiu-se nos capítulos iniciais a política de saúde e a política de saúde mental após a constituição de 1988.

Parto do conceito de política social como desdobramento e formas de enfrentamento – em geral setorializadas e fragmentadas – às expressões multifacetadas da questão social no capitalismo, cujo fundamento se encontra nas relações de exploração do capital sobre o trabalho (NETTO, 1992). Compreende-se que para uma análise da política de saúde mental sob o enfoque crítico dialético, alguns elementos são essenciais: a) do ponto de vista econômico, o estudo buscou relacionar o processo de elaboração da política às determinações econômicas em seus diferentes momentos históricos (pois em

¹ Projeto de pesquisa financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) (061/2005-proc.nº400728/2006-0) e “Análise de Saúde Mental no ES: entre tramas, redes e atos”

cada um deles será atribuída uma dada configuração às políticas); b) do ponto de vista político, considerou-se as posições tomadas pelas forças políticas em confronto, desde o papel do Estado até a pressão de grupos que constituem as classes sociais (BERHING, 2006). E, nesse caso, exigia entender por um lado os avanços trazidos pela Constituição de 1988, pela lei orgânica da saúde, pela lei de reforma psiquiátrica e, por outro lado inscrever esses avanços em um contexto de reforma do Estado e de ajuste fiscal. Exigia também identificar as forças políticas em confronto (que aqui se expressam pela federação dos hospitais privados, pelo movimento de luta antimanicomial, pela indústria farmacêutica, pela Associação Brasileira de Psiquiatria, os técnicos, os usuários, etc), no processo de implementação da política de saúde mental dentro das diretrizes da reforma psiquiátrica. Evidencia-se aqui a polarização entre os favoráveis e contrários à proposta da nova política de saúde mental.

Apresento o movimento do estado do Espírito Santo para implantação da política de saúde mental permeada por fortes resistências da indústria hospitalar e a insuficiência de recursos destinados à implementação de serviços extra-hospitalar. Contextualizo o processo de criação de serviços que ocorre lentamente a partir de 1995, destacando a insuficiência dos mesmos para responder a demanda de saúde mental que se apresenta, exigindo atenção aos diferentes níveis de complexidade. Dentre tantos desafios e limites para consolidar a política de saúde mental do estado, destaco como maior deles a necessidade de construção de uma rede de atenção à saúde mental de base territorial e, conseqüentemente, a garantia de recursos por parte dos gestores estadual e municipais, para implementação dos serviços de base comunitária. A discussão foi feita num esforço de favorecer mediações necessárias para compreender os limites na implementação da política de saúde mental na atenção básica definida pela portaria 648/GM, de 28 de março de 2006 (BRASIL, 2006, p.2), como *“um conjunto de ações que abrangem promoção, proteção, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade. Vincula-se a um território e considera o*

sujeito em sua singularidade e em sua inserção sociocultural". Na 8ª Conferência Nacional de Saúde Mental (1986), ratificada na III Conferência Nacional de Saúde Mental (2001), a unidade básica de saúde é responsabilizada por 80% das necessidades de saúde da população, incluindo a atenção em saúde mental. Defende-se assim, a incorporação de ações de saúde mental na Estratégia Saúde da Família. A Política Nacional de Saúde Mental propõe que a saúde mental inscrita no interior da atenção básica deve orientar-se por práticas substitutivas ao modelo hospitalocêntrico, não reproduzindo em suas ações a medicalização ou a psiquiatrização/psicologização do sujeito e de suas necessidades singulares. É mister, nesse sentido, trabalhar com necessidades singulares e sociais, e não somente com as demandas existentes. Defende o Ministério da Saúde que para tanto é necessário a articulação da rede de cuidados. Para o Ministério os princípios fundamentais da articulação entre saúde mental e atenção básica: promoção da saúde; território; acolhimento; vínculo; e responsabilização; integralidade; intersetorialidade; multiprofissionalidade; organização da atenção à saúde em rede; desinstitucionalização; reabilitação psicossocial; participação da comunidade; promoção da cidadania dos usuários (SILVA, 2008).

Assim, o objetivo deste trabalho é analisar o processo de implantação da política de saúde mental na atenção básica em municípios de pequeno porte do Espírito Santo. Buscar-se-á: identificar os dispositivos assistenciais em saúde mental disponíveis nos municípios; verificar se há articulação desses dispositivos com a rede assistencial do estado (em nível macrorregional), identificar os recursos técnicos assistenciais utilizados para responder a demanda; descrever as respostas propostas por estes municípios em seu plano municipal de saúde para implantação e/ou implementação da política de saúde mental em seu território.

Realizou-se pesquisa qualitativa envolvendo equipes de saúde mental que atuam nos serviços de saúde mental dos municípios de pequeno porte. O trabalho de campo foi realizado nas unidades de saúde ou serviços de saúde mental de municípios do estado do Espírito Santo considerados de pequeno porte (municípios com menos de 20.000 mil habitantes), sem garantia de recurso federal para construção de CAPS, mas que asseguraram, para a

coordenação estadual de saúde mental, dispor de um serviço de atenção² às pessoas com transtornos mentais na atenção básica. Dos 78 municípios do estado 55 são de pequeno porte. Destes, 21 possuem serviços de saúde mental, estando estes municípios assim distribuídos: dois na microrregião São Mateus, três na microrregião Linhares, três na microrregião Serra/Santa Teresa, seis na microrregião de Venda Nova/Vila Velha, quatro na microrregião Cachoeiro e três na microrregião Guaçuí (ES, 2005). Vale ressaltar que as microrregiões Colatina e Vitória não dispõem de municípios de pequeno porte com serviço implantado.

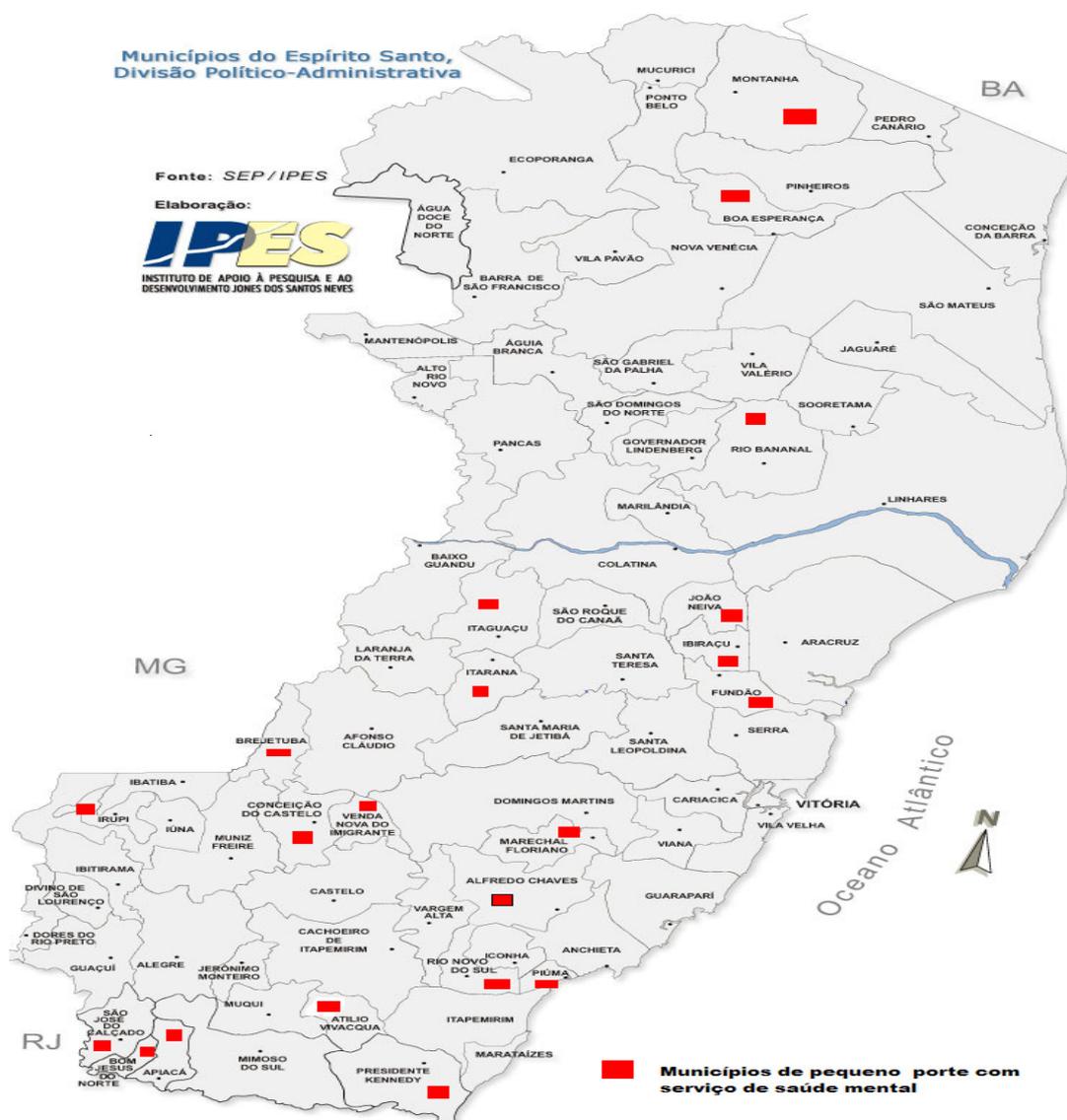


Figura 1 - municípios de pequeno porte com serviços de SM

² Essa expressão é institucional, pois o estudo indicará que há municípios que indicam possuir essa ação, mas que os dados aqui obtidos demonstram que não possuem.

Foram selecionados seis municípios, um por microrregião de saúde (foram descartadas as micros Vitória e Colatina), com o objetivo de identificar as possibilidades e/ou dificuldades de acesso à rede assistencial micro e macro regional, tendo como parâmetro o Plano Diretor de Regionalização (PDR). Para seleção dos municípios foram considerados os seguintes critérios: a) municípios que se encontravam em 2007 na gestão plena da atenção básica, por compreender que estes municípios assumiram a responsabilidade no primeiro nível de atenção à saúde e, teoricamente dispõe no seu território de poucos recursos humanos e baixa densidade tecnológica; b) que possuam maiores coeficientes de internação na micro, por entender que estes municípios não têm logrado êxito na proposta de desinstitucionalização; c) que afirmavam dispor de equipe mínima de saúde mental e/ou outros dispositivos assistenciais, considerando o compromisso assumido com o estado, por estes municípios, na implementação de um serviço extra-hospitalar de base comunitária; e) que enviaram os documentos solicitados, sem o qual não teríamos como avaliar se a política de saúde mental entrou no planejamento destes municípios (quadro 3); f) que concordaram em participar da pesquisa, considerando a assinatura do termo de consentimento para atender os princípios éticos da pesquisa.

A pesquisa documental (MAY, 2004) foi feita em um longo percurso. O processo de coleta dos documentos iniciou-se na Secretaria Estadual de Saúde junto à coordenação estadual de saúde mental/ES que forneceu documentos que possibilitaram inicialmente mapear a rede assistencial do estado e a distribuição dos serviços extra-hospitalares em saúde mental implantados nos municípios entre 1995 a 2008. Para verificar a distribuição destes serviços foi considerado o Plano Diretor Regional elaborado em 2003. O levantamento permitiu identificar as bases para a elaboração da política estadual em saúde mental e a implementação dos serviços substitutos disponíveis nos municípios. A pesquisa foi realizada em documentos elaborados pela coordenação estadual em saúde mental, como planilhas dos serviços de Saúde Mental do Estado, o Plano Estadual de Saúde Mental e a Política Estadual em Saúde Mental. Foram analisadas as modalidades dos

serviços disponíveis; distribuição destes serviços e coeficiente de internação (quadro 1).

Tipo de Doc.	Acesso do doc.	Tipo de circulação	Ano de elaboração	Elaboração	Informações obtidas
Política estadual de saúde mental	SESA	Irrestrito	2001	Coord. Estadual de SM	Propostas do estado para implementação de serviços de SM
Plano estadual de SM	SESA	Irrestrito	2003	Coord. Estadual de SM	Ações e metas definidas para constituição da rede de SM no estado
Plano diretor de regionalização	SESA	Irrestrito	2003	Gerência estadual de saúde	Divisão do estado em microrregião de saúde
Mapeamento dos serviços de SM	SESA	Irrestrito	2006	Coord. Estadual de SM	Distribuição dos serviços de SM no estado

Quadro 1 – Documentos solicitados à secretaria estadual de saúde

A partir destas primeiras informações obtidas, foram relacionados documentos que pudessem apontar o movimento dos municípios em direção à implementação da política de saúde mental, tais como relatório de gestão e plano municipal de saúde (como instrumentos de gestão, estes documentos relatariam se, e em que momento, a política de saúde mental entrou na agenda como prioridade na gestão, que ações foram desenvolvidas na área da saúde mental e que ações da atenção básica foram priorizadas pelo município). Esse conjunto de documentos é fundamental para identificar o processo de implementação da política de saúde mental no âmbito municipal (quadro 2).

Tipo de Doc.	Acesso do doc.	Tipo de circulação	Ano de elaboração	Elaboração	Informações obtidas
Plano municipal de saúde	SEMUS	Restrito	2006-2009	Gerências municipais de saúde	Descrição das ações previstas para serem desenvolvidas no período, metas a serem alcançadas e recursos previstos para as ações
Relatório de gestão	SEMUS	Restrito	2005 e 2006	Gerências municipais de saúde	Descrição das ações desenvolvidas nos municípios na atenção básica
Documento de SM	SEMUS	Restrito	Depende do período de elaboração	Coord. Municipal de SM	Ações desenvolvidas pelas equipes, planejamento de trabalho, metodologia utilizada

Quadro 2 – Documentos solicitados às secretarias municipais de saúde

Feita a relação dos documentos, contatou-se secretários municipais de saúde e/ou técnicos dos municípios de pequeno porte, diretamente ligados com o gabinete dos gestores e coordenadores de saúde mental, visando identificar a existência dos documentos e a disponibilidade destes. O contato foi realizado via e-mail, telefone e/ou pessoalmente por ocasião das reuniões da Comissão Intergestora Bipartite e reuniões de microrregiões. Entretanto, o contato com os gestores municipais evidenciou momentos de alegria, preocupação, frustrações e angústia de um grupo de pesquisadores³ que se embrenharam nesta tarefa. Em alguns casos, obtivemos retorno de gestores que manifestaram apoio e disponibilidade para participar da pesquisa. Estes enviaram rapidamente os documentos solicitados e declararam que gostariam de receber o grupo de pesquisa no município. Outros questionaram o que o município ganharia

³ Conteí com a colaboração de quatro alunas de Iniciação Científica do curso de graduação do Serviço Social da UFES, inserida na pesquisa “Análise da Política de Saúde Mental no ES: entre tramas, redes e atos”: Carliza Pereira Pinto, Marilene Vieira Barcelos Amorim, Mirella Alvarenga, Natália de Paula Couto.

participando da pesquisa; outros afirmaram que os documentos solicitados eram somente de interesse da secretaria de saúde e que não seriam disponibilizados a quaisquer outras pessoas. Observou-se nessa busca que alguns municípios não dispunham de instrumentos obrigatórios na gestão municipal, como também não dispunham de documentos relativos à implementação e funcionamento do programa de saúde mental.

A coleta dos documentos exigiu inúmeros telefonemas, fax e e-mails enviados a gestores e técnicos dos municípios, responsáveis pela elaboração de relatórios, planos e pelo programa de saúde mental. Na maioria dos contatos realizados, gestores e técnicos se comprometiam a enviar os documentos, mas não o faziam, exigindo da equipe novos telefonemas.

O retorno destes documentos ocorreu lentamente a partir do último trimestre de 2007 e início do ano de 2008. Foi pequeno o número de municípios que enviaram, pois na maioria das vezes a promessa de envio não foi concretizada. Em um destes municípios o gestor já não atendia mais o telefone. A última desculpa, dada por ele, foi que havia solicitado à sua técnica que separasse os documentos, mas ela não o havia atendido. Como eu a conhecia e mantinha contato pelo telefone celular, sabia que ela estava de posse dos documentos, mas que não tinha autorização para repassá-los. Certo dia, sem conseguir falar diretamente com o gestor, liguei para o celular da técnica em questão e ela, envergonhada com a situação, me respondeu: “estou com os documentos em minhas mãos e vamos resolver isso agora mesmo, ou ele fala para você na minha frente que não vai enviar os documentos, ou ele me autoriza a enviá-los, e o faço imediatamente”. Assim, entrou na sala do gestor e disse “estou com a moça da pesquisa de saúde mental aqui no telefone. Preciso saber se posso enviar os documentos que estão comigo. Responda a ela por favor” e passou o telefone para ele. Sem ter como se esquivar, ele atendeu ao telefone se desculpando e afirmou que sua técnica repassaria os documentos. Em menos de 24 horas tive os documentos em minhas mãos.

Assim prosseguiram as tentativas para o acesso aos documentos dos municípios que não respondiam às solicitações. Após insistentes telefonemas, foram estabelecidas duas estratégias para estes municípios: mais um contato

por telefone como última tentativa e após, visita a estes municípios. Em alguns municípios não conseguíamos conversar com o gestor municipal e, quando conseguíamos, este afirmava ora que o técnico responsável se encontrava de férias, ora que o computador em que o documento se encontrava havia quebrado, ora que se encontrava sobrecarregado com muitas atividades e não havia tido tempo para juntar os documentos solicitados.

Os municípios que não atenderam a última solicitação por telefone foram visitados pela equipe de pesquisa, com exceção dos municípios de Presidente Kennedy e Atílio Vivácqua (localizados no sul do estado), que afirmaram por telefone, após insistentes contatos, não estarem dispostos a participar da pesquisa. O município de Boa Esperança não dispôs dos documentos mesmo com a visita da equipe. O episódio causou-nos estranheza tendo em vista que ao chegar ao município, após uma longa viagem, a equipe de pesquisa foi recepcionada por dois técnicos da secretária municipal de saúde obtendo a informação de que os documentos encontravam-se com o gestor e este se encontrava em campanha política no interior do município e o mesmo estava sem comunicação. Por não havermos obtido a negativa do envio dos documentos, mantivemos a insistência via telefone e, em nenhuma das tentativas, conseguimos falar diretamente com o gestor.

A busca pelos documentos nos despertou sentimentos animadores e desanimadores. Animadores quando identificávamos a disponibilidade do gestor e da equipe técnica em participar do processo de pesquisa por compreender a relevância do tema, mostrando-se dispostos a colaborar com o debate acerca da implementação da política de saúde mental no estado. Estes disponibilizavam os documentos de gestão sem exitar e se colocavam à disposição da pesquisa, compartilhando com os pesquisadores as dificuldades enfrentadas para dar conta da política de saúde, especialmente a de saúde mental. Desanimadores quando nos deparávamos com gestores e/ou equipes que se mostravam alheios à discussão da política de saúde mental. Estes resistiam em publicizar os documentos de gestão e limitavam-se a responder que estavam com dificuldades em manter a equipe em funcionamento, seja pela sobrecarga de trabalho, seja pela alternância dos profissionais. Não

percebíamos nos últimos, abertura para uma discussão sobre possibilidades e limites na implementação da política municipal de saúde.

Surpreendeu-nos ainda, o fato de nem todos os municípios disporem do relatório de gestão 2005, e em outros, apenas o relatório de gestão 2006 havia sido elaborado como primeiro relatório de gestão. Quanto aos documentos de saúde mental, somente um, dentre os 21 municípios, elaborou documento orientando a atuação da equipe (protocolo de atendimento), descrevendo as ações propostas e realizadas (relatório de saúde mental). Esse município (Alfredo Chaves) foi excluído por questão objetiva. Como técnica e gestora municipal deste, não me sentia em condições de fazer essa análise. Os demais municípios não dispunham de nenhum documento, seja para organização das ações, seja para avaliação ou descrição das mesmas. Assim, não identificamos em quase 100% dos municípios de pequeno porte, protocolo de atendimento, fluxograma do serviço e/ou relatórios de atividades da equipe de saúde mental que pudesse nos sinalizar a organização e estruturação dos serviços.

Q	Municípios	Tipo de documentos enviados			
		R. Gestão 2005	R. Gestão 2006	Plano de saúde	Doc. Saúde mental
01	Alfredo Chaves	Sim	Sim	Sim	Sim
02	Apiacá	Sim	Sim	Sim	Não
03	Atílio Vivácqua	Não	Não	Não	Não
04	Boa Esperança	Não	Não	Não	Não
05	Brejetuba	Sim	Sim	Sim	Não
06	Bom Jesus do Norte	Sim	Sim	Sim	Não
07	C.do Castelo	Sim	Sim	Sim	Não
08	Fundão	Sim	Sim	Sim	Não
09	Ibiraçu	Sim	Sim	Sim	Não
11	Irupí	Não	Sim	Sim	Não
12	Itaguaçu	Sim	Sim	Sim	Não
13	Itarana	Não	Sim	Sim	Não
14	João Neiva	Sim	Sim	Sim	Não
15	Marechal Floriano	Sim	Sim	Sim	Não
16	Montanha	Sim	Sim	Sim	Não
17	Piúma	Não	Sim	Sim	Não

18	Presidente Kennedy	Não	Não	Não	Não
19	Rio Bananal	Sim	Sim	Sim	Não
19	Rio Novo do Sul	Sim	Sim	Sim	Não
20	São José do Calçado	Sim	Sim	Sim	Não
21	V. N. Do Imigrante	Sim	Sim	Sim	Não

Quadro 3 - Municípios de pequeno porte com serviço de saúde mental que enviaram documentos entre final de 2007 e ano de 2008

Por atender aos critérios de seleção da pesquisa, foram selecionados os municípios de: Rio Novo do Sul (da microrregião Cachoeiro do Itapemirim), Irupui (da Microrregião Guaçuí), Conceição do Castelo (da microrregião Venda Nova/Vila Velha), Itaguaçu (da microrregião Serra/Santa Teresa), Ibiracu (da microrregião Linhares) e Montanha (da microrregião São Mateus).

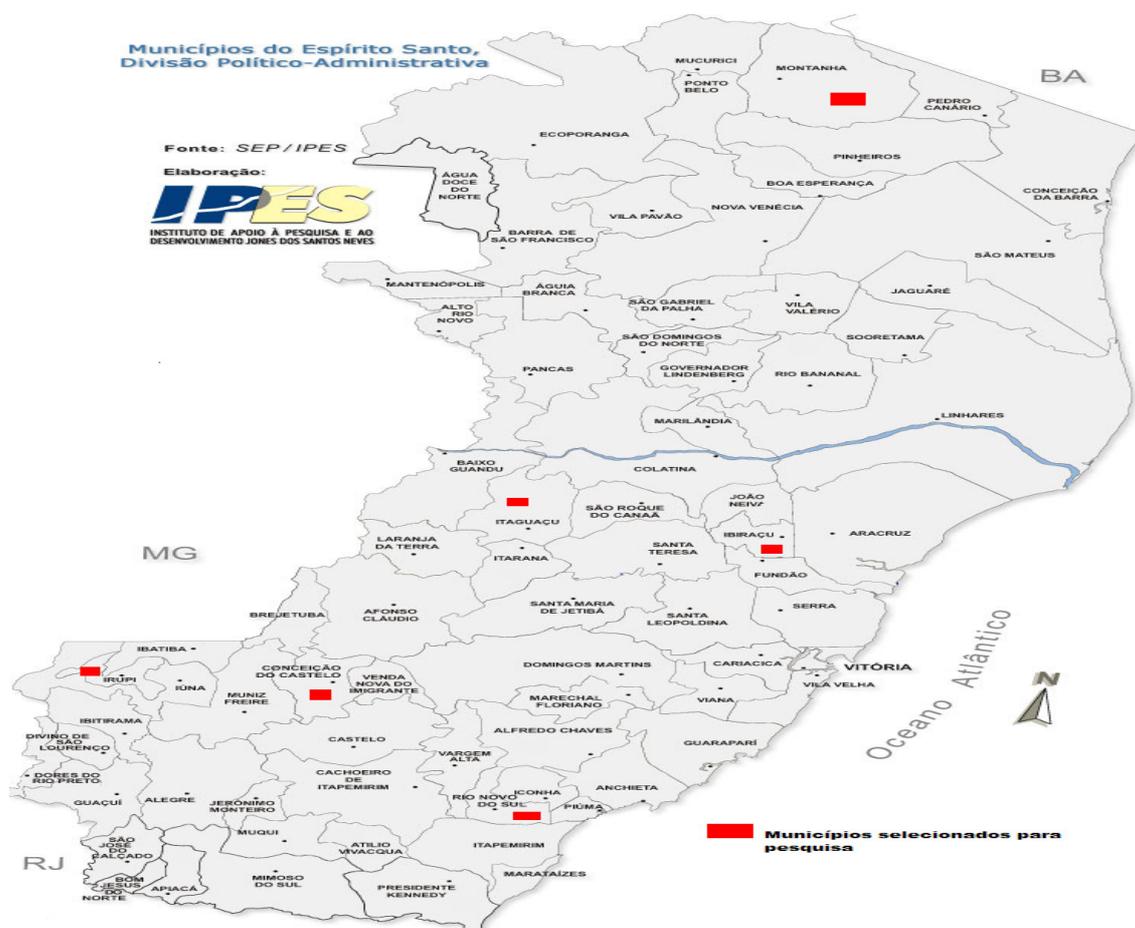


Figura 2 – Municípios selecionados para a pesquisa

Foram solicitadas autorizações dos Secretários Municipais de Saúde dos municípios selecionados para a realização do trabalho de campo e verificada a disponibilidade dos integrantes das equipes em participar da pesquisa, com assinatura do termo de consentimento.

Para coleta de dados foram agendadas visitas aos municípios selecionados para realização do grupo focal. A escolha da técnica de pesquisa ocorreu face ao desafio de obter as informações com o maior número de técnicos possível. A questão disparadora foi: como se organiza a atenção ao doente mental no município? A discussão foi gravada em áudio e vídeo, com o consentimento prévio dos participantes, como também, feito relatório de observação. O agendamento do grupo focal não foi tarefa fácil, considerando que os profissionais da saúde mental não atendem diariamente nos serviços de saúde dos municípios. Somente o município de Ibirapu possui equipe exclusiva para as ações de saúde mental. A equipe atua diariamente no programa, com exceção do médico psiquiatra, que atende uma vez por semana com agenda comprometida. Os demais municípios contam com profissionais que atendem em dias alternados nas unidades básicas. Ademais, esses profissionais não garantem reuniões para planejamento e avaliação das ações, dificultando a agenda para o grupo focal.

Um desafio não superado foi garantir a participação do médico psiquiatra nos grupos focais. Estes atendem uma vez por semana em alguns municípios, em outros uma vez por mês, constituindo uma agenda que dificilmente poderia ser suspensa. Essa foi uma dificuldade apontada pelos seis gestores que concordaram em liberar a equipe desde que os atendimentos do psiquiatra não fossem suspensos. Também as agendas dos psicólogos ficaram comprometidas, pois estes atendem uma a duas vezes por semana.

A garantia de participação dos profissionais da ESF foi mais tranquila, considerando que os mesmos atendem diariamente nos serviços de saúde dos municípios. Entretanto, não conseguimos garantir a participação do médico da ESF em um dos grupos realizados, pois o mesmo realizava plantões em um município de um estado vizinho e saía apressadamente após atendimento em

sistema ambulatorial⁴. Assim, optamos por realizar o grupo sem a participação do médico psiquiatra e, em alguns casos garantindo a participação do psicólogo (quadro 4).

Municípios Alvo da pesquisa	Sujeitos da pesquisa										Total de partic. por grupo	Data
	ESF				ESM							
	M	E	T	ACS	P	AS	T	F	PP	E		
Ibiraçu	-	-	1	2	1	1		-	1		06	02/09/08
C. do Castelo	-	3	1	1	1	-		-	-		06	16/09/08
Irupi	2	1	2	-	1	-		2	-		09	17/09/08
R. Novo do Sul	1	1	1	2	1	-		-	-		06	25/09/08
Itaguaçu	1	2	1	2	-	-		-	-		06	14/10/08
Montanha	2	2	2	-	-	-	2	-	-	1	09	15/10/08
Total	6	9	8	7	4	1	2	2	1	1	42	-

Quadros 4 – Participantes dos grupos focais

M = médico; E = enfermeiro; T = técnico de enfermagem; ACS = Agente comunitário de saúde; P = psicólogo; AS = assistente social; F = farmacêutico; PP = psicopedagogo.

Participaram dos grupos focais os seguintes **profissionais da ESF**: 06 Médicos, 09 enfermeiros, 08 técnicos de enfermagem e 07 agentes comunitários de saúde. Quanto aos **profissionais da saúde mental** foram: 04 psicólogos, 01 assistente social, 02 técnicos de enfermagem, 02 farmacêuticos, 01 psicopedagoga e 01 enfermeiro.

Os grupos foram compostos com no máximo nove integrantes e no mínimo seis. Além dos integrantes, participaram do processo grupal a pesquisadora como facilitadora do grupo e duas a três auxiliares que ajudaram no processo de gravação do vídeo e da fita e elaboração do relatório de observação. Os grupos foram realizados nos meses de setembro e outubro de 2008.

⁴ Esse era apenas um dos desafios de quem se aventura na pesquisa em saúde. Constatar que a regulamentação da atenção básica com profissionais com regime de trabalho de oito horas é descumprida sem qualquer estranhamento do gesto.

O grupo focal apresenta-se como uma técnica de coleta de dados que envolve pessoas em entrevistas não estruturadas no qual o facilitador do grupo encoraja a discussão entre os participantes sobre o assunto de interesse. O uso do grupo focal, enquanto técnica, possibilita captar diferentes percepções dos atores envolvidos na questão em pauta (COSTA, 2005).

A técnica do grupo focal apresentou suas vantagens e desvantagens. Como vantagem podemos destacar que a técnica permitiu perceber a concepção que norteia o trabalho da equipe, como também, as ambiguidades e conflitos, para além dos consensos. Dentre as desvantagens destacamos a dificuldade para fechar uma agenda com os possíveis participantes do grupo, especialmente quando se trata de profissionais com mais de um vínculo empregatício ou quando os mesmos não cumprem sua carga horária.

Uma vez gravada, as fitas foram transcritas integralmente, exigindo escuta atenta. Ao fazer a transcrição, tínhamos um novo contato com o material levantado. Era um momento árduo, mas também de intensa reflexão. Transcritas as fitas, realizou-se leituras flutuantes que possibilitou uma pré-análise. Posteriormente, iniciou-se a análise à luz dos objetivos (MINAYO, 2002). Foram consideradas as repetições feitas pelos membros da equipe; os consensos e dissensos, que evidenciaram conflitos; a compreensão da equipe sobre a política de saúde mental e sobre os serviços disponíveis no espaço local e fora dele; a proposta da equipe e/ou da gestão para organização do serviço; a articulação ou a tentativa de articulação com outros serviços e, a expectativa da equipe quanto ao trabalho realizado.

Os dados obtidos nos grupos focais e nos documentos foram analisados através da técnica de análise do discurso.

A análise do discurso considera que a língua funciona ideologicamente, sendo assim, procura o real sentido em sua materialidade linguística e histórica. A partir do material lingüístico é construído um objeto discursivo em que é analisado o que é dito e o que não pode ser dito, desfazendo o produto enquanto tal para fazer aparecer o processo discursivo. Dado este primeiro passo, inicia-se o processo de análise retomando conceitos e noções exigindo idas e vindas entre teoria e consulta ao corpus de análise (material linguístico).

Com esse movimento é possível observar o modo de construção, a estruturação e os diferentes gestos de linguagem que constituem o sentido do texto, realizando o processo discursivo que vai possibilitar identificar o que foi dito e o que poderia ser dito de outra maneira (ORLANDI, 2003; MINAYO, 2002).

A análise foi feita num esforço de identificar: a) se o processo de descentralização possibilitou a existência de um projeto de saúde municipal que considere a necessidade de atenção a pessoa que sofre com um transtorno mental, dentro dos princípios da reforma psiquiátrica; b) se na abordagem das situações de saúde mental a potencialidade da rede básica ou atenção primária de saúde está posta como um dos principais desafios da reforma psiquiátrica; c) se houve mudança do modelo de atenção oferecida ao usuário no espaço local e os desafios postos.

Para atender aos procedimentos éticos, a pesquisa-mãe (da qual este projeto de dissertação consta), foi submetida ao Comitê de Ética de Pesquisa da área da saúde - CCS/UFES, sendo aprovada sob registro CEPE – 027/07. Foi solicitado, aos representantes das Secretarias Municipais de Saúde dos Municípios envolvidos na pesquisa, e aos integrantes das equipes mínimas de saúde mental, sujeitos da pesquisa, a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido para realização da entrevista (apêndice 1).

Para assegurar o anonimato às falas dos sujeitos são apresentadas como “fala do profissional da ESF e fala do profissional da SM”. Com essa estratégia perde-se aspectos como, por exemplo, a indicação quanto à categoria profissional do sujeito falante, entretanto, em municípios de pequeno porte qualquer outra referência poderia facilmente identificá-los.

Os resultados foram estrategicamente estruturados em dois momentos: inicialmente apresentamos a situação de cada um dos seis municípios e posteriormente, mergulhamos nas particularidades e similitudes apresentadas pelos municípios. Os resultados são representados por uma contradição estruturante em todos os discursos - o distante/próximo – distante que se quer estar, mas que se reafirma cotidianamente: fecham os hospitais psiquiátricos, mas mantenham-nos abertos. Nenhum dos municípios possui hospital

psiquiátrico, mas em todos, com maior ou menor ênfase, a presença da Clínica Santa Isabel, se mantém, demonstrando seu raio de influência no cenário estadual. È isso que iremos demonstrar nas páginas que se seguem. Que as equipes mínimas mascaram o mínimo que a saúde mental não busca – mas que contraditoriamente se constrói nos municípios capixabas.

1. POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL E O PROCESSO DE DESCENTRALIZAÇÃO

Neste capítulo trazemos para o debate a inovação da política social brasileira na década de 1990 delineada na tensão entre conquistas constitucionais asseguradas por um forte movimento de redemocratização e uma contra-reforma neoliberal. Salientamos que as conquistas que anunciavam uma importante reforma democrática do Estado brasileiro e da política social foram desfavorecidas pelas condições políticas e econômicas da década de 1990, dificultando a real implementação dos princípios democráticos e de direito. As linhas que se seguem evidenciam a tensão clara no campo da saúde que, apesar de ter permanecido na agenda do governo, teve suas diretrizes minadas pelo forte interesse econômico do setor privado, em especial pela Federação Brasileira dos Hospitais (FBH), pela indústria farmacêutica e pela Associação Brasileira de Psiquiatria (FBP). Para iniciar essa reflexão é preciso contextualizar a década de 1990, momento de mudança do país. É um momento de redemocratização, de constituição cidadã e de reforma do Estado.

A partir da década de 1990, como já ocorrera em vários países, o Brasil adotou de forma mais efetiva, um modelo econômico que restringiu a intervenção do Estado na economia e nas políticas sociais (SOUZA, 2006). O modelo impunha reformas constitucionais prevendo corte de gastos com os benefícios sociais, programas de privatizações, políticas voltadas para possibilitar maior liberdade ao capital e desregulamentação do mercado de trabalho através da modificação das leis trabalhistas e previdenciária (COSTA, 2006).

Para adequar-se às demandas de uma nova ordem internacional, o Brasil instituiu nos anos 1990, a reforma do Estado, que tem como centro o ajuste fiscal. Essa reforma de Estado configura uma escolha política-econômica que privilegia a classe dominante brasileira e exime o Estado do papel de protagonista de políticas públicas, colocando-o como parceiro da sociedade através de financiamento de serviços prestados pelo setor público não estatal (BEHRING, 2003). Para esta autora, o que se observa é uma engenhosa e inteligente forma de privatização e desresponsabilização do Estado para com

as políticas públicas. Denominada por ela de “contra-reforma”⁵ do Estado constituindo um conjunto de mudanças estruturais e regressivas destituindo conquistas de trabalhadores e da massa da população brasileira (BEHRING, 2003).

Deflagrada pelo capital internacional com o objetivo de ampliar seu poder de mercado e manter a lucratividade dos investimentos, a reforma do Estado (defendida e implementada) fortalece os países centrais que pressionam os países periféricos a abrirem seus mercados e a reduzirem os impostos sobre o capital. Estimulados pela ação do Banco Mundial e do FMI, os países centrais impõem aos países periféricos um conjunto de medidas como condição para o crescimento econômico e a inserção na ordem mundial (COSTA, 2006). Para Costa (2006), a reforma do Estado não significa um ponto de partida para uma reforma social ou um ajuste para diminuir as desigualdades sociais do país, mas sim um elemento de ampliação da lógica econômica de mercado para o conjunto da sociedade⁶.

A reforma instituída provocou retrocesso ao processo de construção de um projeto de proteção social para o Brasil inscrito na Constituição Federal de 1988. A promulgação da Constituição de 1988, denominada por Ulisses Guimarães de Constituição Cidadã, é um marco no processo de luta e mobilização social vivido nas décadas de 1970 e 1980 pela redemocratização do país. O sistema de proteção social inscrito na Constituição Federal Brasileira, projeto moldado num contexto de profundas mudanças econômicas, sociais e institucionais, é considerado pelos liberais como empecilho ao processo de “modernização” e “abertura” do país ao desenvolvimento econômico⁷. Concordamos com Noronha (2001) e Bravo (2002), que as

⁵ Para Berhing (2006), a reforma implicaria em um processo de radicalização e de ultrapassagem do Estado Burguês. Nesta concepção, o termo reforma do Estado foi indevidamente apropriado de forma fortemente ideológica como se qualquer mudança significasse reforma. Para esta autora, o que se observou nos anos 1990 foi o desmonte e a destruição do Estado brasileiro para uma formatação e adaptação passiva à lógica do capital.

⁶ A taxa de desemprego passou de 8,7% em 1989 para 13,2% em 1995, chegando a 19,3% em 1999, ou seja, nada menos que um milhão e setecentos e cinquenta mil pessoas estavam sem emprego em 1999 (IBGE, 2000).

⁷ Ao explicar a totalidade da agenda neoliberal Gennari (2005) afirma que a política econômica brasileira nos anos de 1990 “as bases da acumulação de capital no Brasil”, estaria subordinado ao capital financeiro internacional, “cuja característica principal não é apenas a tendência estrutural ao estrangulamento

chamadas “reformas” conduzidas por políticas de ajuste, implicam em retrocesso na conquista das políticas públicas, resultado de um movimento histórico no processo constitutivo de uma cidadania ainda incompleta.

Assim, a partir dos anos 1990, o Estado brasileiro vem se reformatando para adaptação passiva à lógica do capital e intensificando esforços para redirecionar as conquistas alcançadas na Constituição Federal de 1988. Portanto, ao invés da construção de arenas de debates e negociação sobre formulação de políticas públicas, os governos brasileiros (Collor, Itamar, FHC e Luiz Inácio Lula da Silva) instituíram reformas constitucionais e medidas a serem aprovadas pelo Congresso Nacional ou mesmo medidas provisórias que minam a capacidade de resposta das políticas públicas, considerando sua relação com a política econômica e o aumento da dívida externa (BERHING et al, 2006).

Trazendo para o contexto da Seguridade Social, Bravo (2002) afirma que esta se encontra abatida diante do cenário internacional e da escolha da política econômica adotada pelos sucessivos governos. Esta autora chama este processo de silencioso desmonte da Seguridade Social no Brasil. A tendência tem sido a restrição e redução de direitos, justificados pela crise fiscal do Estado e o predomínio da lógica de desresponsabilização do Estado quanto à execução de política social universalizante. São ignorados os direitos constitucionais de seguridade social garantidos nos artigos 194 a 198 da Constituição Federal, condicionando as políticas públicas aos interesses de classes sociais e do Estado com base na sua estratégia política e não nos princípios norteadores constitucionais da Seguridade Social (BRAVO, 2002). O método utilizado na definição das políticas públicas torna vazio o discurso sobre democracia e demonstra a inexistência de um governo democrático. A democracia aqui não é pensada apenas como um sistema de governo⁸. Sua efetivação tem por base a equidade⁹, ou seja, o estabelecimento das

externo”, mas também ao crescimento exponencial do exército industrial de reservas (GENNARI, 2005, p.6-7)

⁸ Sentido de democracia adotado pela teoria liberal no século XIX, que imaginou democracia como sistema formal de igualdades e liberdades expressas politicamente mediante o voto de cidadãos livres e iguais (GERSCHMAN, 2004).

⁹ Equidade aqui é entendida como a forma pela qual as modernas democracias sociais traduziram politicamente, sob o capitalismo, as desigualdades sociais em distribuição mais equitativa da riqueza

instituições políticas, eleições periódicas e partidos políticos não são condições suficientes para a consolidação da democracia (GERSCHMAN, 2004).

Na América Latina e no Brasil, após um longo período de governo autoritário, que deixou como herança o aumento da pobreza e da desigualdade social, o sentido de democracia trouxe um sentimento de esperança. A transição democrática na década de 1980 foi depositária de perspectivas de crescimento econômico com justiça social que fariam parte da cena política democrática, aproximando a América Latina das sociais-democracias européias (GERSCHMAN, 2004).

Os projetos de políticas sociais propostos no final dos anos de 1980, apoiados na noção de direito universal, tiveram na década de 1990 um cenário desfavorável, frente ao abalo que a democracia sofreu neste período, o que resultou em entraves para a implementação de tais projetos. Com o Estado neoliberal, a democracia torna-se cada vez mais ameaçada. O setor saúde em especial, permaneceu na agenda do governo, mesmo diante do retrocesso sofrido pelas políticas sociais (GERSCHMAN, 2004). É o que buscarei mostrar, ao discutir o papel dos movimentos sociais no processo de redemocratização do Brasil com ênfase no projeto político do movimento sanitário, a implementação da Reforma Sanitária e o processo de descentralização da saúde (eixo central na implementação das mudanças políticas no setor saúde) como pressuposto da existência da democracia.

1.1 A Reforma Sanitária brasileira e o processo de redemocratização do país

Na década de 1980, houve uma explosão da sociedade civil em múltiplas formas de organização: sindicatos, movimentos populares, entidades profissionais, associações de bairros e partidos políticos aglutinaram forças em defesa da democratização do país, opondo-se à ditadura militar. Esses movimentos, além de apontarem para a democratização do regime político, tiveram como referência a democratização da sociedade no sentido de

social e do bem-estar social. Entretanto, Netto em conferencia proferida no III encontro Nacional de Política Social (Vit/2008), faz uma crítica ao uso da palavra equidade argumentando que esta retira do debate a luta pela igualdade social.

desconstruir práticas culturais encarnadas em relações sociais de exclusão e desigualdade social, consequência da inexistência de um Estado democrático de direito. Essa percepção levou os movimentos sociais a lutarem não apenas por direitos sociais, mas pelo “direito de ter direito” que, para os pobres e excluídos, significava lutar para serem reconhecidos como cidadãos (DAGNINO, 2002).

O fenômeno participativo ocorrido no Brasil na década de 1980 foi debatido por diferentes autores (GERSCHMAN, 2004; DAGNINO, 2002, 2006; BRAVO, 2002; ALMEIDA, 2004, entre outros). Esse fenômeno se constituiu quando grupos heterogêneos da sociedade civil se organizaram em torno de um projeto político democrático expresso na Constituição Federal de 1988, que garantiu direitos sociais e definiu o papel do estado como regulador de políticas sociais. O projeto democrático participativo sustentou-se na defesa da instituição de um Estado social de direitos (GERSCHMAN, 2004). A mesma autora afirma que o fenômeno ocorrido em 1980 se insere em um processo de proliferação de movimentos sociais e a entrada de novos partidos de oposição na cena política nacional. Esses novos atores demandaram mudanças de abertura política e de justiça social, desencadeando um amplo debate no seio da sociedade que resultou na elaboração de propostas políticas para redefinição de políticas sociais. Tais políticas eram pensadas como possibilidade de conter enormes desigualdades sociais e a extrema pobreza resultante das políticas econômicas adotadas pelo regime autoritário (GERSCHMAN, 2004).

O projeto democrático participativo apresenta uma nova forma de relação entre sociedade civil e Estado. A participação da sociedade civil é concebida como compartilhamento do poder decisório do Estado em relação às questões relativas ao interesse público. A democracia participativa admite conflito, amplia o conceito de política mediante a participação cidadã e a deliberação nos espaços públicos. Nessa visão, a democracia é entendida como um sistema articulado de instâncias de intervenção dos cidadãos nas decisões que lhes cabem e na vigilância do exercício do governo (DAGNINO, 2002). Segundo a autora, uma concepção simplista do processo de construção democrática não consegue compreender que a sociedade civil e a sociedade política encontram-se atravessadas por distintos projetos políticos podendo estes ser

democratizantes ou de cunho autoritário em ambos os espaços. É fundamental reconhecer a existência destes projetos, identificar mais precisamente seus conteúdos e suas formas de implementação para compreender o significado dos mesmos.

Dagnino (2006) chama a atenção para projetos políticos completamente divergentes que utilizam um discurso comum apresentando uma situação denominada por ela de “confluência perversa”. A confluência perversa traria assim, o esvaziamento de palavras e/ou conceitos que pela polissemia podem significar coisas totalmente opostas. Nesse confronto, lutando por “participação”, com sentidos opostos, defrontam-se na arena política: o projeto da sociedade civil que buscou a cidadania ampliada (democrático participativo) e o projeto neoliberal com base em uma concepção minimalista de Estado e de democracia. O comum nos projetos é a referência à construção de cidadania e de participação que não trazem a mesma conotação. Ignora a concepção de sociedade civil constituída por um conjunto heterogêneo de múltiplos atores sociais com interesses divergentes, que atuam em diferentes espaços públicos (DAGNINO, 2006).

A heterogeneidade da sociedade civil na análise do processo de construção democrática é fundamental para elucidar o jogo de forças que institui o terreno de disputa onde se dá este processo. Da mesma forma, é necessário considerar os distintos projetos políticos compreendidos como componentes essenciais da ação política. A sociedade civil não se situa em território de convivência pacífica, mas em espaços de permanentes conflitos (DAGNINO, 2006). Estes espaços são entendidos como espaços públicos de instâncias deliberativas, que permitem o reconhecimento de novos atores e temas, ou seja, espaços de participação nos quais diferentes atores, com interesses antagônicos, têm chances de se pronunciarem e se articularem em torno de seus interesses, tornando os conflitos visíveis. A categoria espaço público permite a compreensão de que a construção do processo de deliberação democrática amplia a esfera política e permite uma nova relação entre sociedade civil, sociedade política e Estado (DAGNINO, 2006). Os espaços públicos compreendidos como espaços de formulação de políticas constituem múltiplas arenas nas quais a disputa hegemônica é travada numa guerra de

posições que pode vir a favorecer a expansão gradual de um projeto hegemônico alternativo. Os espaços de formulação de políticas públicas ocupados pela sociedade civil, além de serem de forma inerente marcados pelos conflitos, representam um avanço democrático à medida que reconhecem o conflito e abrem espaço para que ele seja tratado com legitimidade (DAGNINO, 2002).

As lutas sociais que marcaram a década de 1980 criaram um espaço público informal, descontínuo e plural por onde transitaram reivindicações diversas. Neste espaço público se difundiu uma “consciência do direito a ter direitos”, constituindo uma experiência inédita na história brasileira, na qual as lutas travadas pelos movimentos sociais permitiram uma dinâmica democrática. A dinâmica política dos movimentos sociais em espaços públicos democráticos permitiu à sociedade brasileira vislumbrar alternativas de relações sociais democráticas que pudessem contribuir para a consolidação da democracia (TELLES, 2006).

Para Gerschman (2004) a democracia é possível de se consolidar frente a duas pré-condições: a) quando os atores políticos internalizam previamente comportamentos políticos democráticos; b) quando prevalecem interesses coletivos através de consenso entre os atores políticos, ou seja, quando a diversidade de interesses presentes na sociedade dá lugar a interesses coletivos. Nesta lógica, os atores retiram interesses próprios em prol de interesses coletivos (GERSCHMAN, 2004).

Pensar a consolidação da democracia em uma perspectiva que não se sustenta exclusivamente no Estado como o *locus* privilegiado dos processos de formulação e implementação das políticas sociais, abre possibilidade para se pensar os movimentos sociais em saúde ligados ao processo de formulação e implementação da política de saúde (alvo de nossa atenção), que se estende de meados da década de 1970 até os dias atuais (GERSCHMAN, 2004).

Segundo Gerschman (2004), na década de 1970 organizam-se os movimentos populares em saúde com questionamentos sobre a qualidade da assistência à saúde e da própria política de saúde. O movimento reivindicava melhores serviços de saúde para suas comunidades e propunha a realização de uma

reforma abrangente com orientação redistributiva em relação à saúde pública. Iniciam-se em diferentes municípios, debates sobre o atendimento hospitalar. Os debates resultaram em um levantamento da situação de saúde da população, correlacionando-a com as condições de vida, salário, habitação e alimentação, como também a atenção preventiva, curativa e de emergência (LABRA, 2005). O movimento toma força e, no início de 1980 se amplia nacionalmente unindo forças com o movimento dos trabalhadores da saúde (médicos) que cresceu na mesma direção. Institui-se assim o movimento social em saúde que se organizou em torno da proposta de um novo modelo de atenção à saúde. É importante ressaltar que esses grupos apresentavam interesses divergentes, que deu espaço para um interesse comum, ou seja, a reformulação do sistema de saúde (GERSCHMAN, 2004). Esse movimento articulou-se com um amplo elenco de atores (entidades da sociedade civil e da academia, lideranças partidárias e parlamentares, associações profissionais, técnicos e funcionários das instituições de saúde). Gradualmente, os movimentos sociais passam de reivindicações instrumentais para formas de ação coletiva mais politizada, neste caso, a reformulação do setor saúde. À medida que isso ocorre, surge o movimento pela reforma sanitária (GERSCHMAN, 2004).

Este movimento que se designou movimento pela reforma sanitária¹⁰ portava um modelo de democracia cujas bases eram fundamentalmente a proposição de um ideal igualitário de direito a ter saúde e a construção de um poder local fortalecido pela gestão social democrática. Além disso, defendia a universalização da cobertura assistencial e o aumento do controle sobre os provedores privados de saúde. Por ser uma proposta formulada no interior de uma sociedade marcada pela desigualdade social, a adoção de uma utopia igualitária tem o caráter de contestação da ordem política, para além das formas jurídicas. Tal proposta foi considerada demasiadamente ousada para alguns, tendo em vista a realidade brasileira marcada pela diferenciação e segmentação social. Sendo assim, não se dá de forma imediata a tradução do

¹⁰ Movimento iniciado na década de 1970 que envolvia movimentos sociais, estudantes, profissionais de saúde, sindicatos associações de moradores. Este movimento criticava o sistema de assistência médico-hospitalar vigente e propunha um modelo de atenção à saúde universal e democrático (GERSCHMAN, 2004).

modelo de ética e justiça social em um sistema de saúde de acesso universal e igualitário, garantido legalmente. A característica da sociedade brasileira (altamente hierarquizada e discriminatória) e a inexistência de um Projeto Nacional de desenvolvimento que tomasse a questão da desigualdade social como cerne da questão democrática, minaram a possibilidade de concretizar um sistema igualitário de saúde, argumenta Fleury (1997).

Assim, é fundamental entender o processo de luta e elaboração da constituição brasileira de 1988, inscrevendo-o no cenário dos anos 80 do século XX. No final da década de 1980 as atenções da nação se voltaram para a discussão e elaboração de uma nova constituinte que correspondesse ao processo de redemocratização. A luta por uma institucionalidade democrática possibilitou uma coalizão política, acenando para o fim do regime autoritário. Neste sentido, a Constituição Federal de 1988 veio canalizar a demanda de um novo marco legal, em um contexto em que os demais países da América Latina sofriam o impacto da política liberal com uma reforma social orientada pela lógica do mercado. A constituição federal representou uma profunda transformação no padrão de proteção social brasileiro, consolidando as pressões democratizantes que lutavam a mais de uma década (FLEURY, 2006). Os **princípios da seguridade social** foram assegurados nos artigos 194 a 198 da Constituição Federal de 1988 visando: ampliação da cobertura assistencial para segmentos até então descobertos; tratamentos iguais para trabalhadores rurais e urbanos; **gestão descentralizada nas políticas de saúde e assistência**; participação da sociedade no processo decisório e no controle da execução das políticas públicas; garantia de financiamento para execução das políticas contempladas pela proteção social, entre outros (UGÁ, 2005).

A seguridade social visou garantir direitos básicos e universais de cidadania ao estabelecer o direito à saúde pública, ao definir o campo da assistência social e avançar na cobertura da previdência social. Dito de outra forma, os princípios constitucionais norteadores da estrutura da seguridade social deveriam garantir mudanças na saúde, previdência e assistência social constituindo uma rede ampliada de proteção social (BRAVO, 2002; UGÁ, 2005). A inclusão da previdência, saúde e da assistência social na seguridade social inova o modelo de seguridade social trazendo a noção de direitos sociais universais como

parte da condição de cidadania. O modelo de seguridade social proposto na CF de 1988 aponta para a busca da universalização da cidadania com ampliação de direitos sociais e uma nova institucionalidade democrática. Paradoxalmente, como já apontado, nos anos seguintes o governo brasileiro adere à política de redução do papel do Estado e da sua capacidade de investimento e redistribuição (FLEURY, 2006).

Como um dos tripés da seguridade social, o direito à saúde (inscrito no Artigo 196 da Constituição Federal de 1988 e na Lei Federal nº 8.080 e nº 8.142, ambas de 1990) aparece como direito de todos e dever do Estado. Entretanto, a nova ordem global imposta aos países da América Latina (implementada no Brasil no início da década de 1990), destruiu o conceito de seguridade através da contenção de recursos para a área social (UGÁ, 2005). Cohn (2005) chama a atenção para o fato de que, frente às restrições fiscais e monetárias impostas por essa nova ordem, a formulação das políticas sociais foi orientada pela focalização dos gastos. No caso da saúde, a extensão dos serviços voltou-se para segmentos populacionais socialmente vulneráveis. O ajuste macroeconômico imposto pelo Fundo Monetário Internacional (FMI) e pelo Banco Mundial afetou drasticamente a proposta de implementação do modelo de saúde universal (COHN, 2005).

Apesar de ser um direito constitucional e ter como um de seus princípios a universalização, a política de saúde no Brasil é duramente questionada pela ideologia conservadora, estando sujeita a propostas de normalizações que tem como objetivo a focalização na saúde. Para Ugá (2005) no processo de implementação do modelo de saúde (proposto na Constituição de 1988), travou-se um embate ideológico: de um lado constitui-se um modelo focalista, que prevê a concentração dos recursos públicos nos segmentos mais pobres da população. De outro lado, um modelo universalista, que defende o acesso aos bens públicos essenciais como um direito ao exercício de cidadania.

Lima et al (2005) afirmam que a política de saúde contribuiu com a formação das noções de cidadania nas mudanças das relações entre Estado e sociedade. Ao destacar de que forma as políticas de saúde impulsionaram a intervenção do Estado na sociedade, os autores relacionam a constituição do

setor saúde à história política do Brasil, defendendo que programas, instituições e ideias mobilizadas em torno das políticas de saúde são constitutivas da formação do Estado Nacional, dos processos de extensão de cidadania.

Entretanto, o que se observa é que o Sistema Único de Saúde, aprovado como principal estratégia do movimento pela Reforma Sanitária¹¹ construído nas décadas de 1980 e 1990, e inscrito na Constituição de 1988, tem sido duramente questionado na atual conjuntura frente ao predomínio da cultura política conservadora, patrimonialista e autoritária que prevalece na sociedade brasileira. Nessa conjuntura, o Estado desempenha o papel central na definição das políticas, tendendo sempre em limitar a participação e a representatividade da sociedade civil aos tradicionais mecanismos de institucionalidade democrática – os partidos políticos e as eleições governamentais (AVRITZER, 1995; PINHEIRO, 2004). Bravo (2002) sugere o aprofundamento do controle social para a construção de uma esfera pública de saúde, entendendo controle social como participação dos cidadãos nas decisões do governo e como atuação dos mesmos na formulação de estratégia e controle da execução da política.

Para Gerschman (2004) o projeto da reforma sanitária foi definido na VIII CNS¹², quando se sustentou uma conceituação de saúde ampliada, que só podia ser garantida mediante políticas econômicas e sociais que proporcionem melhores condições de vida à população (moradia, trabalho, lazer, educação, entre outras).

¹¹ A Reforma Sanitária propunha um novo modelo de saúde. Um sistema de saúde descentralizado, garantido pelo Estado com cobertura universal, integralidade das ações, com participação da comunidade, através dos conselhos locais de saúde.

¹² A luta por um modelo de saúde universalizante, descentralizado e participativo garantiu a participação de atores do movimento pela reforma sanitária na VIII conferência Nacional da Saúde (CNS) realizada em 1986, na qual profissionais de saúde, gestores e usuários debateram sobre a reforma do Sistema de saúde. Esta Conferência foi um marco histórico da política de saúde brasileira, considerando que pela primeira vez técnicos e usuários tiveram a possibilidade de participar da construção de uma nova política de saúde. Com a participação de 4.000 pessoas de diferentes seguimentos sociais, foi aprovado o princípio da universalização da saúde e o controle social em relação às práticas de saúde. O espaço garantiu o direito à participação após vinte anos de ditadura e, após séculos de desassistência (BAPTISTA, 2005).

Com a aprovação desse projeto no espaço da VIII CNS formou-se a Comissão Nacional da Reforma Sanitária¹³ que teve como desafio implantar o projeto na esfera do governo. O procedimento utilizado por organismos estatais para compor a comissão revelou a estratégia para filtrar demandas da sociedade não pelo veto, mas pela formação de um consenso social, argumenta Gerschman (2004). Vale ressaltar que a base do projeto da reforma sanitária era: a) criação de um Sistema Único de Saúde com predomínio do setor público; b) **descentralização do sistema e hierarquização dos níveis de atenção à saúde**; c) participação e controle da sociedade na reorganização dos serviços; d) garantia de financiamento (GERSCHMAN, 2004). O texto elaborado pela Comissão Nacional da Reforma Sanitária foi incorporado à Constituição Federal de 1988 (SCOREL, 2005).

O processo de formulação da política de saúde não garantiu (como não garante) sua implementação. Isso depende de um longo processo de negociação e construção de acordos entre parceiros e oposições de maneira a viabilizar (ou inviabilizar) as ações propostas (GERSCHMAN, 2004). Implantou-se primeiramente o Sistema Unificado e Descentralizado (SUDS) em 1986, que não garantia os princípios e diretrizes do sistema de saúde proposto na VIII CNS¹⁴. O Sistema Único de Saúde só foi instituído na Constituição Federal de 1988 e regulamentado em 1990 através da lei federal 8.080 e 8.142/90.

O Sistema Único de Saúde é assim, produto de um processo político complexo que envolveu sociedade civil, instituições de ensino e pesquisa e o Estado. Em uma análise mais ampliada da política de saúde, e de todas as estratégias adotadas para a operacionalização do SUS, é possível identificar desafios que

¹³ Essa comissão foi composta por entidades do governo e sociedade, mas não de forma paritária como proposto na VIII CNS. Constituída por vinte e dois representantes, a Comissão da Conferência Nacional de Saúde foi composta por apenas seis representantes da sociedade civil. Os demais membros eram representantes de organismos governamentais, do parlamento, das centrais patronais e prestadores privados de serviços de saúde.

¹⁴ A aprovação do SUS não ocorreu de forma tranqüila. O debate constituinte foi acirrado, com resistência por parte dos prestadores de serviço privado do setor saúde e da medicina autônoma. As disputas de interesse não chegaram a barrar a aprovação do SUS e seus princípios, mas travaram algumas políticas importantes para o processo de implementação da reforma da saúde, como o financiamento, a regulação do setor privado, a estratégia para a implantação do sistema (BAPTISTA, 2005). O processo de luta travado pelo movimento da reforma sanitária ganhou força conquistando as garantias jurídicas para superação do modelo hospitalocêntrico.

se apresentam constantemente e retratam a herança deixada pelos anos de autoritarismo, centralização decisória e práticas clientelistas utilizadas no Brasil e que perpassa a burocracia institucional da saúde e as práticas dos serviços de saúde. Um destes desafios é a real participação da comunidade no processo de implementação e reorganização do Sistema e consolidação dos princípios e diretrizes do SUS (BAPTISTA, 2005; FLEURY, 1997).

Segundo Silva e Lima (2005), as leis Federais 8.080 e a 8.142 representaram a primeira conquista para a instituição do Sistema Único de Saúde. A segunda conquista diz respeito à organização dos serviços de saúde que depende da construção de um novo modelo de gestão necessário para propiciar mudanças paradigmáticas do modelo tecno-assistencial. A mudança do paradigma assistencial é a base da proposta do modelo sanitaria que traz uma nova forma de pensar e tratar a doença, privilegiando as ações preventivas sem prejuízos das curativas. O modelo de saúde compreende que esta não se limita à dimensão assistencial, mas a compreende como um direito de todos mediante políticas econômicas e sociais. Neste sentido, o desafio da reforma sanitária gira em torno da consolidação de uma estrutura permanente de serviços básicos que promovam a saúde como dever do Estado (BRASIL, 2001).

A despeito do arcabouço legal que regulamenta o SUS, a implementação do sistema apresenta-se como um constante desafio. Embora os grupos de interesses contrários às propostas da reforma sanitária não tenham conseguido se impor na constituinte, as resistências desses grupos impactaram no processo de implementação das medidas reformadoras. Foram vários os mecanismos¹⁵ utilizados para conter o processo de implementação da reforma sanitária (GERSCHMAN, 2004).

¹⁵ Desde 1988 evidencia-se a resistência oferecida pela burocracia do Instituto Nacional Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), do Ministério da Saúde, do setor privado e de facções políticas. A agência federal representada pelo Instituto Nacional Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) encarregava-se do financiamento e gestão da assistência médica, bem como da seleção, contratação e pagamento dos provedores de serviços ao nível nacional. A Lei Federal 8.080 de 1990 previa o repasse automático e o controle dos recursos financeiros pelo Fundo Nacional de Saúde. A estratégia da reforma pretendeu enfraquecer a burocracia do INAMPS em duas etapas, para minar os provedores privados. Primeiramente transferir o INAMPS do Ministério da Previdência para o Ministério da Saúde e depois efetuar sua extinção (ARRETCHE, 2005). O enfraquecimento e extinção do INAMPS foram a forma que os reformadores encontraram para minar a influência dos provedores privados sobre o

Os impasses colocados para travar o processo da reforma se estenderam ao longo da década de 1990. Em janeiro de 1990, a posse do governo Collor marcou o fortalecimento das ideias neoliberais para o desmonte das políticas sociais. O movimento político sanitário foi fortemente afetado pelas medidas econômicas implantadas por esse governo, que feriu o direito legal alcançado na Constituição Federal de 1988. O governo eleito pelo processo de democratização do país não tinha a intenção de fortalecer o processo político-democrático por meio da participação social na gestão do sistema de saúde e particularmente pelo processo de descentralização do sistema, proposto no projeto da reforma sanitária. Com o poder de veto ante aos projetos apresentados pela articulação das forças democráticas, o governo Collor conseguiu emperrar o andamento da reforma sanitária, vetando artigos da Lei Federal que regulamentavam o SUS no que dizia respeito à participação social, financiamento e descentralização do sistema. O caráter profundamente democrático da reforma tinha tudo para estabelecer as bases de um aprendizado político para o exercício da democracia no processo de execução da reforma, entretanto, o governo eleito no processo de democratização do país não atuou de forma democrática (GERSCHMAN, 2004)

Em 1991 o governo Collor estabeleceu a primeira Norma Operacional Básica (NOB 91), que manteve os municípios como prestadores de serviços de saúde sem garantia de recurso e sem qualquer autonomia na definição e execução das ações de saúde, ferindo o princípio de descentralização do sistema, sustentação do processo da reforma sanitária. Essa NOB centralizou o SUS, pois não implantou o caráter automático das transferências intergovernamentais ferindo a lei orgânica da saúde, que estabelece a regularidade de repasse e transferência automática, condição para o processo de descentralização. A NOB 91 favoreceu a corrupção do setor e centralizou a gestão do sistema e o controle dos fluxos financeiros. A atenção à saúde ficou reduzida a prestação de ações médicos-assistenciais, desconsiderando as ações de caráter coletivo (GERSCHMAN, 2004).

processo decisório da política de saúde e reduzir os mecanismos que asseguravam os interesses do setor hospitalar privado e da indústria farmacêutica na formulação da política nacional de saúde. Na década de 1980, a estratégia utilizada pelos reformadores consistiu em tentativas de reformar o sistema de saúde

Em fevereiro de 1992¹⁶, por pressão das forças reformistas, e frente às denúncias de irregularidades do Ministério da Saúde, o governo edita a segunda Norma Operacional Básica (NOB 92), que adotou critérios populacionais para repasse de recursos e agregou repasse automático para municípios que cumprissem as exigências constitucionais. Essa NOB caminhou em direção ao resgate do processo de descentralização do SUS, mas no entendimento de que este deveria ocorrer de forma lenta e gradual. A alteração dessa NOB em relação a anterior foi o estabelecimento de tetos financeiros para cobertura hospitalar que, além de possibilitar a transferência direta fundo a fundo, permitiu maior transparência na distribuição de recursos (UGÁ, 2005). Os atores, articulados pelo governo e pela iniciativa privada para impedirem a implementação da reforma sanitária, obrigaram as forças de oposição ao governo a deslocar e a redefinir a arena de luta onde realizavam os enfrentamentos e a definição da política. O deslocamento foi feito do nível central, onde o andamento da implementação da reforma sanitária emperrou, para os municípios que se tornaram espaços privilegiados das forças reformistas (GERCHMAN, 2004).

Neste período, as forças reformistas pressionavam o governo para convocação da IX Conferência Nacional de Saúde, prevista legalmente para ser realizada em 1990. O movimento social em saúde define como estratégia política dois eixos de atuação: garantir a realização da IX CNS (prevista na Lei Federal 8.142 de 1990) e garantir o processo de descentralização da política de saúde.

A descentralização é pensada como eixo central da implementação da Reforma Sanitária. Entretanto, a descentralização da política de saúde, com distribuição de poder político entre governo central, estados e municípios, condiciona-se a uma Reforma do Estado. Significa dizer que a modalidade de exercício da política do governo federal causa impacto na implementação da Reforma Sanitária revelando a inadequação do Estado ao processo de descentralização proposto pela Reforma Sanitária (GERSCHMAN, 2004).

ocupando postos no Ministério da Saúde e no próprio INAMPS, como também, nas secretarias estaduais e municipais de saúde (GERSCHMAN, 2004; ARRETCHE, 2005).

¹⁶ Cabe ressaltar o movimento pelo impeachment do presidente Collor de Mello.

Muitas contratendências se impuseram à possibilidade de implementação e consolidação de um sistema de saúde descentralizado. É o que discutiremos a seguir ao abordar o processo de descentralização da política de saúde que, não chegou a atender as expectativas do movimento pela reforma sanitária, tendo em vista que os anos de 1990 seguiram com redirecionamento das conquistas de 1988.

1.2- Descentralização da política de saúde: um processo (des) centralizado

O argumento aqui estrutura-se em dois eixos. Inicialmente problematizaremos o processo contraditório da descentralização da gestão das políticas sociais no Estado brasileiro evidenciando a ambiguidade que o termo descentralização assume. Posteriormente, evidenciaremos o processo para a gestão descentralizada da política de saúde compreendida como a mais ampla política social.

Debater o processo de descentralização no Brasil implica considerar que o poder local vem tomando a produção das políticas sociais, historicamente direcionada pelo nível federal. Consideramos que ao longo da história brasileira se tem vivido uma tensão permanente entre a autonomia do governo local e o centralismo. Estes dois formatos de ordenação do poder político se alternam com predominância do centralismo (SOUZA, 2005).

Revisando a história do Brasil, vê-se que este foi administrado de forma centralizada. Durante a maior parte da história brasileira, os recursos administrativos estiveram concentrados no nível central do governo, ou seja, os entes federados mantiveram-se subordinados às delegações do governo central. Mas foi com a emergência do Estado desenvolvimentista (a partir de 1930), que o Estado concentrou de forma altamente expressiva as capacidades financeiras e administrativas em relação aos demais entes federados (ARRETCHE, 2006).

O primeiro governo de Vargas manteve uma profunda centralização administrativa e financeira restringindo enormemente qualquer tentativa de autonomia municipal. Desde o pós-30, a intervenção governamental na esfera social tem sido realizada em meio à centralização política e à concentração do

poder decisório no Executivo federal. Assim, o legado centralizador é um dos traços históricos na formulação das políticas sociais brasileiras (SOUZA, 2005). Registra-se que no período do Estado Novo (1937-1945) emerge uma ideologia municipalista¹⁷ em resistência ao centralismo e à perda de autonomia das instâncias subnacionais. Mas, essa resistência não foi o bastante para realizar um projeto político municipalista centrado na autonomia e capacidade de gestão da esfera local (SOUZA, 2005).

O ideário municipalista foi minado pelo autoritarismo iniciado em 1964, que redefiniu os mecanismos de submissão da vida política local ao poder central. Arretche (2002) complementa que o período militar no Brasil privou os governos subnacionais de exercerem sua soberania. Estes eram indicados pela cúpula militar dispendo de uma autoridade política regulada pelo governo militar. O governo central concentrava autoridade política, fiscal e militar. O exército nacional controlava as polícias militares estaduais e municipais, eliminando a autoridade dos governadores sobre suas bases militares e os principais tributos concentravam-se em mãos do governo central, condicionando governadores e prefeitos à escassa autonomia fiscal (ARRETCHÉ, 2002).

O Estado impôs ao poder local um esvaziamento político tanto de sua capacidade decisória quanto das possibilidades de compartilhar decisões com a comunidade local. Segundo Souza (2005), a reforma tributária de 1967 retirou dos municípios a autonomia para tributar reduzindo em 3% a participação dos municípios brasileiros no total de recursos da nação (que passou de 8% em 1957 para 5% em 1986).

Acelerou-se então, uma reação ao autoritarismo que acabou desencadeando um forte movimento em prol da descentralização. No final dos anos de 1970, com a emergência da crise econômica e com o processo de pressão política pela redemocratização do país, estados e municípios iniciaram uma luta pela descentralização tributária, política e administrativa e, no início da década de 1980, o processo de democratização toma relevância maior (AFFONSO, 2000). Como afirma Draibe (1999), é no contexto autoritário dos anos 60/70 que a

¹⁷ No ideário municipalista, o município era tido como instância pré-política, que agregava a coletividade das famílias e seus valores reais, ainda não distorcidos por uma representação política (SOUZA, 2005).

política social toma um sentido mais amplo, pois até então a intervenção do Estado na questão social teve um caráter fragmentado e com baixo índice de cobertura e aportes financeiros frágeis.

Nos anos de 1980, a descentralização foi tema central da agenda da redemocratização com reação à concentração de decisões, recursos financeiros e capacidade de gestão no plano federal durante os vinte anos de autoritarismo burocrático. Pretendia-se fortalecer as instâncias subnacionais, especialmente os municípios, para possibilitar aos cidadãos exercerem controle sobre os governos locais reduzindo a burocracia excessiva, o clientelismo e a corrupção (COTRIM, 2006).

A luta pela redemocratização desencadeou ganhos fiscais para estados e municípios que garantiram minimamente, na Constituição de 1988, participação na receita fiscal (AFFONSO, 2000). Segundo Souza (2005), a Constituição de 1988 elevou o repasse de recursos da União para estados e municípios, mas manteve a tendência de limitar a capacidade de tributação própria dos mesmos (SOUZA, 2005). De qualquer modo, o processo de democratização dos anos de 1980, e a descentralização fiscal, ainda que mínima, da Constituição Federal de 1988, alteraram a autonomia dos governos locais (ARRETCHE, 2002).

Governadores e prefeitos conquistaram autoridade política, através do voto popular direto e maior autonomia sobre recursos fiscais, considerando a ampliação dos tributos federais repassados fundo a fundo aos governos subnacionais (ARRETCHE, 2002). A retomada das eleições diretas para os três níveis de governo no decorrer da década de 1980 e as deliberações da Constituição Federal de 1988 recuperaram as bases federativas do estado brasileiro, suprimido durante a ditadura militar (LUZ, 2001). União, estados e municípios passaram a constituir uma instância de direito público funcional e territorialmente descentralizado (SOUZA, 2005). Uma das principais bandeiras da redemocratização foi a restauração do federalismo e a descentralização sustentada por uma nova constituição. Os partidos que compunham a aliança democrática, formada para eleger Tancredo Neves, assumiram o compromisso de elaborar uma nova constituinte dentro de um processo descentralizado (SOUZA, 2006).

No Brasil pós-88, os municípios foram declarados entes federados autônomos, o que dá aos prefeitos autoridade soberana em sua circunscrição. Nestas condições, estados e municípios assumem funções de gestão de políticas públicas inteiramente distintas do modo que assumia no regime militar.

A partir dos anos de 1990, iniciou-se no Brasil um processo de descentralização político-administrativo que se confunde com a municipalização das ações governamentais, por assumir claramente o sentido de transferência de poder, recursos e responsabilidades do nível federal para o nível municipal, sobretudo no que se refere à provisão de serviços sociais. A descentralização foi mediada por certa dose de ambiguidade, onde o sentido do termo foi apropriado de múltiplas formas (SOUZA, 2005).

Wagner (2006) afirma que a diretriz descentralização fez parte do ideário neoliberal que tinha como propósito reformular e ajustar políticas públicas atendendo aos Organismos Internacionais. A descentralização aqui se associava à lógica da privatização da prestação de serviço. Nesta lógica, descentralização tem como sinônimo devolver ao mercado a responsabilidade pelos atendimentos de caráter social. Estes serviços não seriam prestados gratuitamente, mas estariam abertos para a concorrência, eximindo o Estado de financiar e funcionar os serviços públicos. Ou seja, para se construir uma rede descentralizada de serviços públicos seria necessário reorganizá-la segundo a lógica de mercado. Assim, as estratégias para descentralizar sistemas estatais como saúde, educação, assistência social confundiam-se com outras voltadas para distintas formas de desestatização de serviços (WAGNER, 2006).

Em oposição à lógica da descentralização defendida pelos reformistas liberais, tanto na Europa quanto na América Latina, produziu-se uma série de argumentos contrários à descentralização. Assim, a diretriz descentralização não fez parte do discurso da esquerda, que defendia a intervenção do Estado na economia e, sobretudo, nas políticas sociais. Para o pensamento social democrata, a diretriz descentralização era sinônimo de privatização, defendida pelos liberais. Logo, a descentralização não foi incluída no ideário de movimentos com referencial de esquerda ou popular (WAGNER, 2006).

Na visão de Stein (1997), na América Latina a descentralização apresentou-se, desde o final dos anos de 1970, como instrumento indispensável para resolução da crise política e econômica. Do ponto de vista econômico, a descentralização era defendida como estratégia para liberar da tutela do Estado os atores econômicos, com vistas à retomada da acumulação. Do ponto de vista político, a descentralização aparece como condição para o estabelecimento da democracia. O último impulsionou a necessidade da implementação da descentralização na América Latina como distribuição de poderes do Estado (STEIN, 1997).

No Brasil, diferentemente de outros países da América Latina, a descentralização foi incluída no ideário dos movimentos de esquerda ou popular. O movimento democrático (dentro dele o pensamento de esquerda e o desenvolvimentista) que lutava pelo fim da ditadura militar incluiu a descentralização como componente essencial à democratização do país (WAGNER, 2006).

A descentralização supõe distribuição de poder e ampliação dos mecanismos de participação e de controle da sociedade sobre o Estado, sobre governos e sistemas públicos, efeito desejado e buscado pelo espírito democrático (WAGNER, 2006, p.425).

Para Arretche (2002) no Brasil dos anos 1980, centralização e autoritarismo encontravam-se associados à ditadura, enquanto que descentralização associava-se à democratização do processo decisório. Prevalencia a avaliação de que a excessiva centralização decisória do regime militar trouxe como consequência a ineficiência e a corrupção.

Predominou-se a lógica da descentralização como elemento essencial para reverter o grau excessivo de centralização ocorrido durante o período ditatorial. Vale destacar que um dos movimentos que lutaram pelo fim da ditadura militar foi o municipalismo, que tomou força nos anos de 1980 incluindo a descentralização como elemento essencial para a democratização do país (WAGNER, 2006). A lógica da descentralização foi apreendida de diferentes maneiras pelos diferentes atores em diferentes momentos históricos.

O novo pensamento liberal vai defender a descentralização como estratégia para liberar da tutela do Estado os atores econômicos, com vistas à retomada

da acumulação (LUZ, 2001). Ao discutir a descentralização pensada pelo governo neoliberal, Luz (2001) afirma que o estado neoliberal assume uma postura paradoxal. Por um lado centraliza recursos da União e exerce sobre as unidades federadas (estados e municípios) um pesado controle ao estabelecer um conjunto de regras para o repasse dos recursos provenientes dos impostos a essas unidades. O poder central atua como agente financeiro em relação a essas unidades, concedendo recursos para obras de investimentos, entre outros, mantendo as unidades federadas na sua dependência para desenvolverem suas atividades. Esse tipo de centralização permite formas de manipulação e corrupção, pois com o controle de recursos, o poder central pode negociar, desviar ou liberar verbas destinadas a setores sociais básicos como saúde, educação e previdência social (LUZ, 2001).

Por outro lado, com a visão neoliberal, o núcleo central do Estado procura livrar-se do ônus político, social e econômico que representam as áreas sociais, transferindo para as unidades periféricas as responsabilidades concernentes a essas funções. Assim, a descentralização da política social apresenta-se como forma do Estado central desresponsabilizar-se de funções que lhe são constitucionalmente atribuídas. No entanto, o repasse de recursos para o desempenho das funções não ocorre na mesma proporção em que são repassadas as obrigações. Nesta lógica, pode-se afirmar que a política de descentralização dos governos neoliberais consiste em delegar funções para as unidades federadas e delas espera obter resultados com o menor dispêndio político e financeiro possível por parte do poder central (LUZ, 2001).

Arretche (2000), ao analisar o processo de descentralização das políticas sociais no Brasil, afirma que as decisões da Constituição de 1988 permitiram significativa transferência de recursos da União para estados e municípios. Entretanto, juntamente com a descentralização fiscal não foi estabelecido um conjunto de atribuições a serem desempenhadas pelas unidades de governo compatível ao novo arranjo tributário. Foram atribuídos aos estados e municípios tarefas de gestão das políticas sociais condicionando transferências de recursos. O que se constatou foi que a descentralização fiscal por si só não é condição suficiente para a descentralização das políticas sociais, pois variáveis no nível de riqueza econômica dos estados, no porte dos municípios

e na capacidade fiscal destes, incidem nos rumos da descentralização, ainda que não isoladamente (ARRETCHE, 2000).

No caso brasileiro, deve-se considerar que o país é caracterizado pela existência de uma esmagadora maioria de municípios de pequeno porte populacional¹⁸, pouca densidade econômica e grande dependência de transferências fiscais (ARRETCHE, 2000). Em um cenário marcado por expressivas desigualdades econômico-sociais, a capacidade fiscal e administrativa local exerce um grande peso sobre os municípios na gestão da política. Isso exige dos governos interessados em transferir atribuições de gestão de políticas públicas, estratégias eficazes para induzir os governos locais a implementarem a política (SOUZA, 2005).

Com a reestruturação das unidades federativas do Estado brasileiro declarada na Carta Magna de 1988, que definiu União, estados e municípios como entes federativos autônomos, estamos diante de um município totalmente novo do ponto de vista jurídico-formal. Estes passam a constituir uma instância de direito público funcional e territorialmente descentralizado. Esse novo formato federativo nos desafia a buscar compreender a dinâmica adotada pelo governo local para viabilizar políticas, geri-las, monitorá-las, visando torná-las efetivas (SOUZA, 2005).

Devemos considerar que apesar dos municípios brasileiros desfrutarem de maior autonomia política, outros fatores limitam essa autonomia. Ela depende em grande parte, como já dito, da capacidade do governo local em formular e implementar a política pública que lhe compete e o exercício dessa competência permeia-se por atributos locais que incidem sobre a capacidade de gestão do governo local (capacidade econômica, grau de desenvolvimento urbano, perfil de distribuição de renda, localização geográfica, entre outros) (ARRETCHE, 2000; SOUZA, 2005).

As fortes desigualdades econômicas sociais e regionais do país demandam intenso debate sobre a capacidade efetiva dos municípios brasileiros de exercerem de fato sua autonomia para elaborar e executar políticas voltadas ao

¹⁸ Segundo censo do IBGE (2000), 50% do total de municípios brasileiros possuem população de até 10.000 habitantes. 20% possuem população de entre 10.000 e 20.000 habitantes. 27% possuem

seu território correspondente. Compreendemos que a maior ou menor capacidade dos governos locais dependem de requisitos que vão desde a dinâmica econômica e capacidade fiscal de cada localidade, passando pela complexidade da estrutura urbana e demográfica, até variáveis consonantes à dinâmica local como capacidade de gestão e relações entre poder público e sociedade. Essa assertiva se revela chave para nossa análise, pois nos propomos debater os limites e possibilidades do poder local na gestão da política de saúde. Para tanto, discutiremos o aprofundamento da descentralização em direção à municipalização da saúde e os limites postos para uma real descentralização. Focalizaremos a política de saúde mental destacando como a descentralização foi apropriada pelo movimento pela Reforma Sanitária na tentativa de redesenhar e fortalecer a gestão da política de saúde no Brasil. Interessa-nos sustentar o debate da centralidade da esfera local no que se refere à responsabilidade da gestão da política de saúde, tema que será objeto de nossa análise.

1.2.1 – Determinantes para a descentralização da gestão da política de saúde

No caso da política de saúde, a discussão em torno da descentralização adquire visibilidade no contexto da redemocratização do país, a partir de meados da década de 1980, numa conjuntura marcada pelo aprofundamento da crise econômica e da crise do Estado. Nessa conjuntura, o debate sobre os efeitos perversos da política de saúde no Brasil de caráter centralizado, oneroso, burocratizado, privatizado e pouco redistributivo ganha amplitude, assumindo a descentralização um caráter altamente positivo (SOUZA, 2005). Do ponto de vista da redemocratização, os resultados esperados com a descentralização foram: a) que estados e municípios se apropriassem dos instrumentos de ação social para superar a centralização decisória no nível federal; b) desenvolvimento do controle social que permitisse a participação social e política no processo decisório; c) abertura dos canais de acesso da população aos bens e serviços (COTRIM, 2006).

população entre 20.000 e 100.000 habitantes e apenas 3% possuem população acima de 100.000 habitantes.

A diretriz descentralização foi incorporada pelo Sistema Único de Saúde como capacidade operativa, como capacidade de intervenção e mudança no modelo de gestão da política. Aqui, a descentralização é pensada como desconcentração de poder, conceito que norteou a luta do movimento pela reforma sanitária brasileira. Para este movimento, a diretriz descentralização é proposta como forma de modificar o desenho e a lógica do sistema público de saúde. Mas aqui, não cabe a privatização da prestação do serviço de saúde ou a negação do Estado em assumir o papel de gestor e prestador direto do serviço (WAGNER, 2006).

A descentralização foi tida como possibilidade de organizar um sistema que pudesse sobrepor-se à racionalidade do mercado, provendo atenção segundo necessidades e demandas da população com garantia do acesso universal. Além de um meio mais eficaz de organizar sistemas públicos, a descentralização apresentou-se como valor ético-político que os movimentos democráticos passaram a priorizar para sustentar suas ações (WAGNER, 2006).

Fleury (1994) considera ter sido bem sucedida a reforma sanitária brasileira, pois instituiu um novo padrão de intervenção do Estado na saúde no sentido de garantir direito universal, atenção integral, por meio de um sistema descentralizado e com abertura para formulação e execução da política, o que significa democratização. Entretanto, como afirma Wagner (2006), essa diretriz encontra limites que devem ser considerados. Não basta concluir que o sistema está funcionando de modo mais descentralizado, mas sim, se os novos arranjos descentralizados ampliaram a capacidade de produzir saúde. Dito de outra forma, a potência ou os limites da descentralização devem ser medidos pelos resultados sanitários alcançados e não apenas por ter se conquistado um desenho descentralizado que, supostamente, se apresentou como meio mais eficaz de organizar sistemas públicos.

Deve-se considerar que se não obtivermos resolubilidade na produção de saúde, a diretriz descentralização dificilmente se sustentaria somente em função de ganhos políticos (WAGNER, 2006). A afirmativa de Wagner nos desafia a observar como o governo local vem desenvolvendo sua capacidade técnico-administrativa para o exercício da gestão descentralizada e

principalmente, como o processo decisório local impacta no resultado na implementação e gestão da política de saúde.

O aprofundamento da descentralização em direção à municipalização da saúde coloca para os municípios as funções de coordenar e gerir a política de saúde em seu território que historicamente esteve vinculada à esfera federal (SOUZA, 2005).

Para Arretche (2006), houve um movimento real de descentralização com delegação de recursos e responsabilidade do governo federal para os governos locais. Mas Wagner (2006) afirma que até o momento não houve uma definição precisa de responsabilidades sanitárias dos entes federados, o que gera tanto uma superposição de ações quanto descompromisso com as questões de saúde. Faz-se necessário rever os papéis e responsabilidades dos entes federados e modificar o desenho da descentralização, o que implica na revisão da legislação que regulamenta a descentralização (WAGNER, 2006). Souza (2005) acrescenta que a autonomia política dos municípios e a não definição clara da hierarquia e dos papéis a serem desempenhados por cada instância governamental impacta negativamente as negociações em torno da descentralização do Sistema Único de Saúde. Mas, vale ressaltar que a Portaria n. 399, de 22 de março de 2006 (Pacto pela Saúde) visa estabelecer forma de financiamento, a definição de responsabilidades das três esferas de governo, metas sanitárias e compromisso entre gestores da saúde com metas e planos operativos (SANTOS, ANDRADE, 2007)¹⁹.

O processo de descentralização assume um sentido de municipalização radical em que o município passa a assumir a coordenação e gestão da política de saúde em seu território (SOUZA, 2005). Ao longo dos anos de 1990, o governo federal transferiu para os municípios brasileiros a responsabilidade pela gestão da atenção básica à saúde. Atividades até então desempenhadas pelo nível central passam a ser de responsabilidade dos municípios, como por exemplo, o controle das endemias rurais e urbana (dengue, malária, chagas, esquistossomose), as ações de vigilância sanitária, entre outras.

¹⁹ Maiores informações sobre a legislação pode ser encontrado no site do Ministério da Saúde (www.saude.gov.br), no Link Pacto Pela Saúde 2006.

Como destacado anteriormente, os instrumentos de descentralização política ficaram sem regulamentação até meados dos anos de 1990. A partir de 1990 a organização do sistema vem sendo regulamentada por um conjunto de leis e de portarias. Essas normas ditaram a formação e a organização do Sistema Nacional de Saúde e, conseqüentemente, influenciou o controle dos repasses de recursos²⁰. São elas: em primeiro lugar a Constituição Federal de 1988, seguida pelas leis que regulamentam o sistema (lei 8.080 e 8.142), além das Normas Operacionais Básicas de 1991, 1993 e 1996, a Norma Operacional de Assistência a Saúde de (2001) e, atualmente, o Pacto da Saúde de 2006 (SANTOS, ANDRADE, 2007). A edição de portarias através do Ministério da Saúde foi a estratégia utilizada pelo governo federal para a adesão dos estados e municípios à descentralização (ARRETCHE, 2002). Esse conjunto de leis indica o que deve ser descentralizado e como deve ocorrer esse processo (WAGNER, 2006).

O Ministério da saúde induziu estrategicamente à política de descentralização da saúde através das Normas Operacionais Básicas do SUS (NOBs), que buscaram instruir e regular a nova organização do sistema definindo formas de transferências de recursos, definindo modalidades de pagamento dos serviços de saúde, orientando o processo de descentralização, definindo tipos de assistência na oferta e definição do modelo de atenção (COTRIM, 2006).

Norma legal	Conteúdo
Norma operacional Básica 1991/1992 e 1993	Regulamentam os processos de descentralização da gestão dos serviços e das ações de saúde.
Norma operacional Básica 1996	Estabelece as responsabilidades e prerrogativas de cada esfera de governo, os mecanismos e fluxos de financiamento, a efetivação do controle e avaliação por parte do SUS, além de determinar diferentes condições de gestão da saúde e diferentes níveis graduais de responsabilidade por esfera de governo, no que se refere à administração dos serviços e recursos nesta área.
Norma Operacional de Assistência à Saúde	Amplia a responsabilidade dos municípios na Atenção Básica; estabelece o processo de regionalização como estratégia de

²⁰ Sobre a questão do financiamento Federal da saúde sugere-se a leitura de Mansur (2001).

	hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS e procede a atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios.
Portaria 399/GM/2006	Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS - e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto.

Quadro 5 - Normalizações do Ministério da Saúde para a descentralização da Saúde

A estratégia de indução se deu a partir da primeira Norma Operacional Básica (1991), que inicia a ampliação e as funções dos estados e municípios na operacionalização do sistema de saúde. Com base nessa NOB, estados e municípios, que se subordinassem às regras federais, estavam qualificados para receberem as transferências oriundas do governo federal. Essa NOB não operou mudanças significativas para a administração do sistema, pois ela assegurou o poder do INAMPS no SUS e minimizou as influências da reforma sanitária. As transferências de recursos intergovernamentais continuaram sob a forma de convênio. Estados e municípios eram considerados prestadores do SUS e recebiam por procedimentos realizados através do INAMPS, que centralizava o recurso da saúde. Somado a isso, houve forte recuo nas transferências de recursos, e os municípios, que passaram a ter encargos constitucionais no cuidado da saúde, não tiveram recursos necessários (SANTOS, ANDRADE, 2007). A NOB/91 foi duramente criticada pelo caráter centralizador, pois o nível federal mantinha a capacidade de indução e controle das ações. A forma de repasse feria a autonomia gestora dos municípios, que eram impedidos de direcionar o modelo assistencial e se adequar às necessidades locais (COTRIM, 2006).

A descentralização da política de saúde foi associada à municipalização, amplamente discutida na IX CNS que teve como tema central “Municipalização é o caminho”. A IX CNS foi realizada em 1992, seis anos após a VIII CNS, com ampla participação das autoridades ligadas ao setor saúde, a despeito de sucessivos adiamentos por parte do governo. Esta conferência realiza-se em um contexto de indignação que afetou o Brasil diante das transgressões éticas e morais do então presidente da república Collor de Mello. No processo de organização da IX conferência o ministro da saúde Alcenir Guerra, acusado de

corrupção, foi substituído por Adib Jatene, que se comprometeu com a conferência. Nesse espaço, foi amplamente discutida a questão do financiamento, frente à necessidade de garantia de aumento de recursos destinados à saúde (UGÁ, 2005).

O Conselho Nacional de Secretários Municipais (CONASEMS) desempenhou um papel importante nesse processo. Além de participar da comissão organizadora, teve uma expressiva participação na elaboração de proposta para o fortalecimento do SUS. Os secretários municipais constituíram o grupo de maior estruturação e articulação política nessa conferência, destacando a municipalização como tema central. O documento elaborado pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais colocou a questão do financiamento, da gestão efetiva do SUS e do pleno exercício do controle social como condição primordial para o processo de municipalização. Destacou ainda que a municipalização não se limita à execução de serviços, logo os municípios não poderiam ser vistos como prestadores de serviços, mas deveriam ter plena autonomia na definição das ações e formas de operacionalizá-las (GERSCHMAN, 2004).

Apesar da IX Conferência ter garantido a continuidade do processo de municipalização da política de saúde, atendendo aos princípios constitucionais, não avançou em relação à operacionalização da reforma no tocante a definição de responsabilidades dos estados e da federação na implementação da política. Havia que se definir modalidades de intervenção com garantia de orçamento para a saúde e uma forma de pagamento e repasse ágil dos recursos dos estados e municípios. A IX conferência representou uma arena de luta e de mobilização política na qual forças sociais diversas discutiram os problemas do setor saúde. Entretanto, não houve uma liderança política que pudesse agregar e negociar os interesses divergentes, como ocorreu na VIII Conferência, nem autoridade política que se propusesse a negociar interesses que fortalecessem o projeto da reforma sanitária. Assim, de forma diferente do ocorrido na VIII CNS, a IX CNS trouxe um novo processo político (GERSCHMAN, 2004). Segundo Santos e Andrade (2007), em 1992, com a expectativa de avanço democrático, a renúncia do presidente Collor e com o fato de um grupo de especialistas ligados ao movimento sanitário ter ocupado

cargos de relevância no Ministério da Saúde, inclusive na presidência do INAMPS, as condições políticas estavam dadas para uma nova condução do SUS.

Com as pressões exercidas na IX CNS para implementar o processo de descentralização, com a saída do governo Collor e com a extinção do INAMPS em abril de 1993 (decreto lei número 808), foi possível iniciar o processo de descentralização na saúde. O Ministério da Saúde passa a ter amplos poderes para a descentralização das ações de saúde e administração dos recursos orçamentário-financeiros, patrimoniais e humanos alocados ao SUS. A medida foi motivo de insatisfação para representantes políticos de partidos conservadores e, principalmente, representantes de hospitais privados (GERSCHMAN, 2004).

A tentativa de descentralização seguiu com a NOB/93 que regulamentou a sistemática de transferência de recursos aos estados e municípios. Foi a primeira NOB a ser editada pelo Ministério da Saúde sem a participação do INAMPS. Com a edição dessa NOB, estados e municípios puderam definir a própria condição de gestão do SUS, com base na sua capacidade técnica e operativa. Esta NOB estabeleceu responsabilidades, requisitos e prerrogativas para a gestão local do SUS. Estados e municípios poderiam optar por três modalidades de gestão: gestão incipiente, parcial e semiplena. Os municípios enquadrados na gestão semiplena tiveram maior governabilidade sobre os recursos e a administração da política de saúde. Os municípios nesse tipo de gestão assumiram a responsabilidade total sobre a gestão da prestação de serviços, o gerenciamento sobre toda a rede pública em seu território (exceto da rede estadual e federal) e o recebimento mensal do total de recursos financeiros para custeio de procedimentos ambulatoriais e hospitalares (SOUZA, 2005). A NOB/93 garantiu o repasse de recursos para estados e municípios fundo a fundo de acordo com a condição de gestão dos mesmos (SANTOS, ANDRADE, 2007).

Segundo Arretche (2002), as duas NOBs (NOB/91 e NOB/93) reduziram a incerteza de transferência de recursos através de negociações, pois a partir delas ficaram estabelecidas regras universais para transferências de recursos.

No entanto, as mesmas não atenderam as expectativas dos estados e municípios, pois até então o repasse de recursos era feito com a garantia de que estes prestariam serviços ao governo federal desenvolvendo as ações que caberiam ao último. Sendo assim, os primeiros ficavam impossibilitados de priorizar ações em seu território de acordo com seu quadro epidemiológico (ARRETICHE, 2002). Sob a regulamentação da NOB 93, a descentralização caminhou a passos lentos.

A NOB 93 resultou na formulação de novas formas de gestão (incipiente, parcial e semiplena), na transferência de recurso fundo a fundo de acordo com a condição de gestão e a criação de Comissão Intergestores Tripartite (CIT), com representantes do governo federal, estaduais e municipais; e Comissão Intergestores Bipartite (CIBs)²¹, que passaram a ser instâncias de pactuação das decisões de alocação, redistribuição e operacionalização de recursos nos estados e municípios (COTRIM, 2006). A criação dessas comissões garante a participação dos estados e municípios, principais atores, no debate sobre definição de estratégias para implementação do sistema em instâncias de participação institucionalizadas.

Vale ressaltar que quando aprovado o SUS, em 1988, na Assembléia Nacional Constituinte, o espaço de participação destes atores não estava garantido, impedindo a descentralização política do sistema (ARRETICHE, 2005). Concordamos com Arretche (2005) quando afirma que o SUS expressa um modelo particular de descentralização, pois ao mesmo tempo em que concentra autoridade no governo federal (através do Ministério da Saúde), garante a participação de importantes atores no processo de implementação do sistema.

Em 1996 foi realizada a X Conferência Nacional de Saúde com o tema financiamento, modelo assistencial e controle social. Essa conferência foi marcada pela necessidade de avaliar o SUS e buscar estratégias para sua implementação. O financiamento apareceu (como na conferência anterior), como principal entrave para a consolidação e o fortalecimento do SUS. No

²¹ Na condição de gestora municipal de saúde participo, por indicação do COSEMS, dos espaços de discussão da câmara técnica da CIB estadual, bem como das reuniões da CIB estadual que acolhe técnicos

período de realização dessa conferência, o SUS atravessava gravíssima restrição orçamentária provocada pelo ajuste fiscal adotado pelos governos desde 1990. Neste contexto, foi aprovada a NOB/96 que definiu duas modalidades de gestão. Para os municípios, a Gestão Plena da Atenção Básica e a Gestão Plena do Sistema e, para os estados, a Gestão Avançada do Sistema e a Gestão Plena do Sistema. Em ambos os casos, isso representava maior autonomia na definição das ações de saúde a serem implementadas. Essa NOB definiu a Programação Pactuada Integrada (PPI), como instrumento de gestão para as três esferas de governo. A PPI permite monitorar e avaliar as atividades assistenciais ambulatoriais e hospitalares, as ações da vigilância sanitária e epidemiológica e do controle e erradicação das doenças, apontando para um novo modelo de atenção com ênfase na promoção da saúde e na atenção básica (UGÁ, 2005). Através da PPI ampliou-se a possibilidade de assistência nos níveis de maior complexidade. A PPI incentivou gestores a pactuar novos acordos no que diz respeito ao acesso à procedimentos assistenciais, estimulando a reorganização e hierarquização do sistema de serviços de saúde sob coordenação do estado e, também possibilitou o fortalecimento das CIBs como instância de pactuação entre gestores (COTRIM, 2006).

Além disso, essa NOB previu estratégias para efetivação de uma reorganização do sistema, a partir da priorização da atenção básica de saúde. Permitiu uma relativa mudança de curso do processo de descentralização da política de saúde.

O relatório da X CNS propôs modificações na terceira Norma Operacional Básica de 1996 (NOB/96), que havia sido aprovada às vésperas da conferência. O relatório propôs que fossem incorporadas à NOB/96 as deliberações dessa conferência. Em setembro de 1996 foi publicada no Diário Oficial a nova versão da NOB/96 (UGÁ, 2005).

A NOB 96 inovou no processo da gestão descentralizada do SUS. A maior novidade para os municípios foi a introdução do “Piso da Atenção Básica”

e gestores municipais. Esses espaços permitem formulação de propostas e negociações entre os dois entes federados (estados e municípios).

(PAB)²². Com o PAB foi instituído para os municípios um valor *per capita* habitante/ano, para os mesmos executarem ou gerenciarem as ações da atenção básica. Para isso foram condicionadas duas formas de gestão. Os municípios deveriam habilitar-se ou na gestão plena da atenção básica, ou na gestão plena do sistema. É importante destacar que os municípios não habilitados em nenhuma das duas condições encontram-se fora da condição de credenciados do SUS. Nesse caso, o PAB desses municípios é gerido pelo governo do estado e o Ministério da Saúde efetua o pagamento direto aos prestadores estatais e privados (contratados ou conveniados) (MENDES, 2005).

Santos e Andrade (2007) afirmam que a NOB 96 criou um conjunto de instrumentos indutores de modelo assistencial que garantiu mudanças no sistema de transferência intergovernamental, através de duas fontes de recursos: o Piso da Atenção Básica (PAB), podendo ser repassado para dois fins: a) custeio de procedimentos de atenção básica com valor *per capita* (PAB-fixo); b) como incentivo para implementação de programas e ações específicas (PAB-variável). Entretanto, o financiamento para procedimentos de média e alta complexidade, medicamentos e insumos seguiu a estrutura tradicional de repasse por produção de serviços, exceto para municípios em gestão plena do sistema que o repasse seria feito “fundo a fundo”. Os mesmos autores afirmam que a organização do Sistema Único de Saúde (SUS) não foi orientada pelos artigos inscritos na Constituição Federal de 1988 e nas leis que regulamentam o SUS (leis 8.080 e 8.142), mas pela lógica de transferência de recurso da união para estados e municípios, através das portarias ministeriais.

As transferências e pagamentos financeiros da União aos municípios dependem do tipo de habilitação assumida. Elas são regulamentadas por portarias do gabinete do Ministro do Ministério da Saúde e portarias específicas de outras áreas do ministério associadas à programas e serviços que recebem incentivos financeiros próprios (MENDES, 2005, p. 80)

²² Mecanismo de remuneração *per capita* dos serviços de saúde.

Para Santos e Andrade (2007), as normas operacionais federais ditaram a formação e organização do Sistema Nacional de Saúde influenciando o controle de repasse de recursos não pela necessidade do sistema e/ou resultados pretendidos pelo movimento da reforma sanitária, mas pelo montante financeiro que a União se dispôs a aplicar no sistema.

Quando enquadrados na Gestão Plena da Atenção Básica, o município passa a ser responsável pela Atenção Primária à saúde. Vale dizer, por intermédio de suas unidades próprias ou contratadas, os municípios devem responsabilizar-se por ações de caráter coletivo e/ou individuais nas especialidades de clínica médica, ginecologia/obstetrícia, pediatria e pequenas cirurgias ambulatoriais (COTRIM, 2006).

Como exigência para pleitear essa condição de gestão, o município devia comprovar, entre outras exigências formais: a) capacidade de desenvolver ações de Vigilância Sanitária e Epidemiológica; b) capacidade administrativa para contratação, pagamento, controle e auditoria dos serviços sob sua gestão; c) a operação do Fundo Municipal de Saúde; d) o funcionamento do Conselho Municipal de Saúde; e) existência do Plano Municipal de Saúde; f) elaborar relatório de gestão para efeito de auditoria que contenha os balancetes do Fundo de Saúde e dados sobre gastos fiscais próprios destinados à saúde (COTRIM, 2006).

No que diz respeito ao funcionamento do Conselho Municipal de Saúde, vale ressaltar que estes representam mecanismo de controle social e instituição de um sistema de gestão compartilhada. Esses conselhos devem aprovar ou não os projetos e os planos de saúde anual e têm caráter deliberativo. Possuem o poder de fiscalizar, acompanhar e avaliar a gestão do sistema. O Artigo 4º da Lei 8.142/90, ao definir requisitos para o recebimento dos recursos provenientes do Fundo Nacional de Saúde, estabelece que os estados, municípios e o Distrito Federal devem elaborar um Plano de Saúde com a participação efetiva do Conselho de Saúde e, anualmente, devem elaborar o Relatório de Gestão descrevendo e avaliando as ações de saúde desenvolvidas devendo o mesmo ser aprovado pela instância de controle social.

O Plano de Saúde deve ser elaborado considerando o quadro epidemiológico. É um instrumento que, com base em uma análise situacional, deve apresentar intenções e resultados a serem perseguidos no período de quatro anos, expressos em objetivos, diretrizes e metas. Em síntese, o plano de saúde deve apresentar as prioridades e expressar o compromisso de uma determinada esfera de gestão, sendo base para a execução, o acompanhamento e a avaliação da gestão do sistema (BRASIL, 2007). O Relatório de Gestão deve apresentar os resultados alcançados na execução das ações planejadas, avaliando o que foi e o que não foi realizado. O relatório de Gestão deve servir de instrumento de avaliação do desenvolvimento do Plano de Saúde, registrando as ações obtidas, os obstáculos que dificultaram o trabalho, bem como as medidas necessárias para a efetivação do trabalho (BRASIL, 2007).

Estes instrumentos de gestão estão previstos na Lei 8.080 como condicionante ao repasse financeiro, ou seja, a lei que regulamenta o SUS atribui às esferas de gestão a responsabilidade de elaborar o planejamento e condiciona os instrumentos de gestão ao repasse financeiro. Assim, no processo de descentralização, os instrumentos de gestão são objetos de grande parte do arcabouço legal do SUS, seja para indicar processos e métodos de formulação, seja como requisito para fins de repasse financeiro (BRASIL, 2007).

Através das NOBs, o Ministério da Saúde ditou regras de organização e financiamento do SUS para estados e municípios interessados nas transferências financeiras federais. Cabe ressaltar que na lei 8.080 fora vetado pelo governo Collor de Mello o artigo de número 35 que estabelecia valores a serem transferidos a estados e municípios considerando o número de habitantes dos entes federados (SANTOS, ANDRADE, 2007).

A implementação das NOBs transferiu para estados e municípios brasileiros boa parte das funções de gestão das ações de saúde. No final da década de 1990, a maior parte dos municípios brasileiros estavam enquadrados em algumas das condições de gestão prevista pela NOB/96, significando que estes assumiram funções de gestão da oferta local de serviços de saúde, anteriormente desempenhadas pela União (ARRETCHE, 2002).

Para Arretche (2000) a adesão dos governos locais para assumir responsabilidades de uma dada política depende de um cálculo no qual são considerados os custos e benefícios alcançados na gestão da política e a capacidade fiscal e administrativa que cada administração dispõe para desempenhar tal tarefa. Caso os custos políticos e financeiros da gestão de uma dada política sejam avaliados como muito elevados, os entes federados tenderão a isentar-se das responsabilidades. Nessa lógica, o processo de descentralização da política só alcança efetividade à medida que as administrações locais avaliem positivamente o ganho que será obtido com a adesão a transferência das atribuições.

Arretche e Marques (2007) chamam a atenção para o fato de que a estratégia de construir um sistema descentralizado por meio de portarias editadas pelo Ministério da Saúde implicou alta concentração de autoridade nesse nível de governo para formular as regras que definem as ações de saúde dos estados e municípios.

A existência de uma estratégia de indução eficientemente desenhada e implementada foi decisiva para os resultados da descentralização da saúde. O governo federal dispôs de meios para formular e implementar os programas de descentralização cujo desenho atraiu significativamente as administrações locais para assumirem as atribuições de gestão (ARRETCHE 2000).

Segundo Wagner (2006) houve de fato um movimento real de descentralização no Sistema Único de Saúde, ainda que incompleto. Entretanto, a delegação de responsabilidades tem sido maior que a de poder. Nos últimos 15 anos, o sistema de saúde brasileiro modificou-se bastante, ampliando a importância e as funções dos sistemas estaduais e municipais de saúde. O mesmo autor afirma que os estados e municípios passaram a gerir praticamente toda a rede de serviços do SUS. No que se refere à atenção básica, a municipalização é ampla (97,6% das unidades básicas encontram-se sob o comando municipal). Quanto ao atendimento secundário, o município assumiu boa parte desses serviços (60% dos ambulatórios, centros de referência e serviço de urgência e de apoio diagnóstico). No que se refere às unidades de internação, 56,12% encontram-se sob administração das secretarias de estado da saúde. O mesmo autor afirma que os dados revelam uma real descentralização da

responsabilidade pela execução da assistência à saúde, evidenciando uma municipalização quase total da atenção primária e uma divisão de responsabilidades com os estados no que se trata de atendimento especializado ou hospitalar (WAGNER, 2006).

Na descentralização da política de saúde brasileira ocorreu a municipalização da atenção básica, entretanto não ocorreu descentralização da provisão nem da gestão dos serviços hospitalares (ARRETCHE; MARQUES, 2007). Os autores descrevem que historicamente no Brasil a provisão pública de serviços hospitalares dependeu da rede privada e que não esteve entre os objetivos da descentralização da política de saúde estatizar a produção de serviços hospitalares. Assim, a questão primordial da estratégia da descentralização não se refere à municipalização da rede hospitalar ou da provisão de serviços hospitalares, mas a municipalização da autoridade para gerir a rede hospitalar. Apesar de, constitucionalmente, a direção única do sistema ser do gestor, a rede privada não se subordina e/ou desconhece as normas que operacionaliza o sistema, ou seja, a gestão hospitalar não pertence ao gestor municipal, mas ao sistema privado que se encontra contratualizado ao SUS. Assim, no que tange a rede hospitalar, a direção do sistema de saúde deixa de ser única.

Abrucio (2006) destaca que o sistema de saúde brasileiro adquiriu um desenho muito particular. Cada instância de governo teve sua função de gestão definida e diferentes papéis quanto à autoridade sanitária. Ao governo federal coube coordenar o Sistema Nacional de Saúde, assim como garantir parte do seu financiamento, através de repasses automáticos de custeio e novos investimentos.

Através do Ministério, o governo federal além de coordenar e financiar o sistema, encarrega-se de algumas ações de apoio aos estados e municípios, como: produção de fármacos e insumos estratégicos, desenvolvimento de recursos humanos, regulação da vigilância sanitária e epidemiológica. Cabe ao governo central oferecer auxílio técnico e financeiro aos governos subnacionais, definir as funções, coordenar as ações mais gerais e avaliar as políticas de cunho nacional. Quanto aos entes federados, estes devem investir em suas estruturas administrativas e em seus mecanismos de construção democrática (ABRUCIO, 2006). Os gestores estaduais responsabilizaram-se,

através das secretarias estaduais de saúde, de coordenarem os sistemas de saúde do estado, bem como o processo de regionalização da atenção, além de garantir o fundo estadual de saúde. As secretarias municipais de saúde, como gestores únicos em seu território, além de coordenarem o sistema local, encarregaram-se da gestão da rede de serviços (WAGNER, 2006).

Apesar da inovação da NOB 96, o financiamento da saúde apresentava-se como um dos principais empecilhos para a consolidação e o fortalecimento de uma gestão descentralizada. Em resposta, o ministro do governo de Fernando Henrique Cardoso, Adib Jatene, elaborou a proposta de criação de um imposto específico voltado para a saúde: a contribuição provisória sobre movimentação orçamentária²³ (CPMF) e, a Emenda Constitucional 29 (EC 29) de outubro de 2000, que propõe repasse de recursos para o setor saúde das três esferas de governo. Adib Jatene esforçou-se para garantir a contribuição provisória sobre as movimentações financeiras (CPMF). Para isso, manteve aliança no congresso, juntamente com o movimento sanitário. Entretanto, não recebeu apoio no interior da coalizão de governo. Os ministros da Economia e do Planejamento cortaram recursos do Ministério da Saúde no Orçamento Federal ficando o recurso da CPMF como substituto das receitas orçamentárias anteriores à aprovação da contribuição provisória. Quanto a Emenda Constitucional 29, apesar de ter representado um grande avanço na garantia de receita para a política de saúde (por definir a participação de cada esfera no financiamento do SUS com garantia de repasse de um percentual mínimo do montante dos recursos arrecadados em cada esfera de governo), não surtiu grandes efeitos. Isto se explica pelo fato da EC 29 não ter sido efetivamente cumprida desde sua proposição em setembro de 2000²⁴.

Em fevereiro de 2001, o Ministério da Saúde edita a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) que regulamentou a estruturação do processo de regionalização e hierarquização do sistema de saúde, ou seja, a distribuição regional da assistência de alta e média complexidade. Essa NOAS visou preencher as lacunas da NOB/96 no tocante à área assistencial. O processo

²³ Tributo que seria destinado à saúde e que entrou em vigor em janeiro de 1997 sustentando-se até 2007.

²⁴ Vários conflitos serviram de empecilho para sua plena e automática aplicação, conflito até o presente momento não solucionado (UGÁ, 2005). Espera-se até o momento a regulamentação da EC 29 para a garantia de financiamento da saúde.

de regionalização da assistência à saúde tinha como objetivo aprofundar a descentralização, através da distribuição de recursos e de serviços por regiões de saúde e da definição de responsabilidades de cada nível de governo na garantia de acesso da população referenciada. Em atenção a NOAS, o governo aumentou gradativamente o repasse de recursos para procedimentos de média e alta complexidade e, em proporção menor, o repasse de recurso destinado à atenção básica, como afirma Úga (2005). As regulamentações definidas na NOAS permitiram o aprofundamento do processo de descentralização.

O governo federal, através do Ministério da Saúde, é responsável pelas decisões mais importantes na política de saúde. As políticas implementadas pelos governos locais dependem fortemente de recursos federais e de regras definidas pelo Ministério da Saúde. A principal arena de formulação da política nacional tem sido o poder executivo e, marginalmente, o congresso nacional utilizando como principal instrumento de coordenação, a emissão de portarias ministeriais. Em grande parte, essas portarias condicionam as transferências federais à adesão de estados e municípios aos objetivos da política federal, aumentando, assim, a capacidade do governo federal em coordenar as ações dos governos estaduais e municipais (ARRETCHE, 2004).

Com o processo de descentralização, os governos locais tiveram a possibilidade de aumentar sua capacidade de inovação política para responder aos conflitos decorrentes das questões que envolvem a saúde. Entretanto, se por um lado os governos locais conquistaram maior autonomia da gestão (pois o governo federal não é o único a decidir como e o que fazer para implementar a política de saúde), por outro os municípios esbarram na limitação dos recursos financeiros destinados a responderem às questões de saúde (GERSCHMAN, 2004). Como afirma Mendes (2005), o município é crescentemente responsabilizado pela gestão dos serviços de saúde e, conseqüentemente, pela execução das ações. Mas, a implementação está condicionada à garantia de recursos suficientes para planejamento e execução dos serviços, ou seja, sem recursos, o gestor local encontra-se impossibilitado de gerir o sistema.

O processo de implementação do SUS exigiu grandes debates entre diferentes atores e permanente reformulação do sistema. As falhas nas estratégias de regulamentação do SUS, pautado por financiamento fracionado e fortemente regulado pelo Ministério da Saúde, transformaram estados e municípios em gestores de projetos e programas federais. Para mudança desse quadro, os entes federados passaram a discutir a necessidade de novas bases para construir uma gestão compartilhada do SUS e para garantir de forma menos iníqua recursos da União para estados e municípios (SANTOS, ANDRADE, 2007).

Em 2006, o Ministério da Saúde publicou o Pacto Pela Saúde através da portaria/GM n° 399, de 22 de fevereiro de 2006. Este traz um conjunto de reformas institucionais do SUS pactuado entre as três esferas de gestão (União, estados e municípios). A proposta do Pacto sustenta três dimensões: Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e Pacto de Gestão, como possibilidade de efetivar acordos entre as três esferas de gestão do SUS para maior efetividade das ações em saúde. Com este Pacto, os municípios e estados substituem suas habilitações prevista na NOB/96 e NOAS/2001 (que definia responsabilidades de acordo com o nível de gestão) e aderem de forma solidária aos Termos de Compromisso de Gestão. Significa dizer que todos passam a ser totalmente responsáveis pela integralidade das ações, devendo garanti-las através da pactuação solidária entre estados e municípios. No Termo de Compromisso de Gestão, municípios e estados definem as ações que realizam, que não realizam e estipulam prazos para realizá-las, como também pactuam recursos para viabilizar as ações. O Termo de Compromisso é uma declaração pública dos compromissos assumidos pelo gestor perante os outros gestores e perante a população sobre suas responsabilidades. O Pacto pela saúde é resultado de um processo de negociação entre Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários Municipais (CONASEMS) e do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), negociação essa que durou dois anos (BRASIL, 2006).

Para Santos e Andrade (2007) o pacto visa estabelecer um novo acordo de financiamento, definição de responsabilidades, metas sanitárias, e responsabilidade compartilhada pelas três esferas de governo na produção da

saúde levando em consideração a realidade de cada estado e município, ou seja, a condição de gestão. O pacto deve considerar reivindicações de gestores de estados e municípios e reconhecer sua autonomia. Sendo assim, deixa de existir as habilitações que, teoricamente, colocavam gestores estaduais e municipais submissos ao Ministério da Saúde, que poderia reconhecer ou não o município e o estado como gestores da saúde em seu território. A habilitação é substituída pelo termo de compromisso, instrumento que vai formalizar os acordos e os pactos entre os gestores da saúde.

Vale ressaltar que no caso do Espírito Santo protelou-se a assinatura do Pacto de Gestão 2006 (em processo de assinatura), por dificuldades de acordo quanto ao termo de compromisso de gestão, que exige dos estados e municípios a definição de suas responsabilidades sanitárias. Como também há dificuldade de acordo quanto ao limite financeiro global que obriga os estados e municípios a definirem o percentual de investimentos em cada nível de atenção. No caso do Espírito Santo, os municípios através das CIBs micro (Comissão Intergestora Bipartite) e dos Colegiados de Gestores Municipais têm exercido pressão sobre o estado para que o mesmo garanta recursos voltados para construção de sua rede de atenção à saúde nas microrregiões, visando cobertura assistencial de serviços de média complexidade²⁵.

Santos e Andrade (2007) afirmam que um ponto crítico do pacto de gestão diz respeito aos blocos de financiamento²⁶. Os mesmos constituem caixinhas de transferências de recursos vinculados aos programas prioritários definidos pelo Ministério da Saúde. A única vantagem é que as “sobras” de recursos de uma caixinha podem ser remanejadas para outra atividade, desde que as atividades do programa, do qual a caixinha está vinculada, tenham sido cumpridas integralmente. Para os autores, o pacto pela saúde, a despeito de apresentar-se mais democrático (por definir consensualmente a organização, o funcionamento e o financiamento do sistema), traz em seu bojo traços das normas operacionais anteriores, considerando que vincula as transferências de recursos ao atendimento de programas determinados pelo Ministério. O

²⁵ Essa afirmação é feita com base na minha participação em reuniões de CIB Micro, espaços de pressões e negociações para pactuação de responsabilidades com a gestão do SUS.

recurso repassado pelo Ministério da Saúde ainda encontra-se atrelado a programas como Tuberculose, Hanseníase, Hipertensão e Diabete, saúde da mulher e da criança, entre outros, sem garantia de recurso para outras ações que atendam ao quadro epidemiológico do município. Dessa forma, os municípios encontram dificuldades para definir em seus planos municipais de saúde, estratégias próprias de construção da política de saúde local. Como afirma Mendes (2005), a política de financiamento do governo Federal mina as autonomias política, financeira, operacional e administrativa da gestão local.

Para Souza (2005), a atuação do Ministério da Saúde tem gerado condições e regras para o financiamento da atenção à saúde prestada pelos governos municipais. Com medidas fortemente indutoras, o nível central tem formatado o desenho dos sistemas municipais, privilegiando um modelo assistencial assentado na atenção básica e sobre determinados programas definidos pelo Ministério. Estes são objeto de incentivos financeiros atraentes para o nível local, como o programa do PACS e da ESF.

Ademais, até o momento não houve a regulamentação do artigo 35 da Lei 8.080, ou o cumprimento da Lei 8.142, no que se refere às transferências de recursos da União para estados e municípios. O Pacto pela Saúde também não define o padrão de integralidade que será colocado à disposição da população no que depende de incorporação tecnológica e de seus parâmetros de custo. Dito de outra forma, o pacto não prevê a garantia da construção de uma rede assistencial regionalizada nas várias linhas do cuidado à saúde. Assim, concordamos com Santos e Andrade (2007) quando estes afirmam que a despeito de o Pacto ser o modelo mais acabado e o que mais atende ao princípio da regionalização/hierarquização de ações e serviços de saúde e a integralidade da atenção, ele não logrará o efeito pretendido se não livrar-se das formas de repasse fracionadas, do sub-financiamento e dos arranjos administrativos não institucionalizados.

Para que os municípios possam obter maior nível de resposta às demandas de média e alta complexidade, o Ministério de Saúde propõe que as ações de

²⁶ Os blocos de financiamento para custeio são: atenção básica, atenção de média complexidade, vigilância em saúde, assistência farmacêutica e gestão do SUS.

saúde sejam desenvolvidas de forma regionalizadas e hierarquizadas, articuladas e estruturadas a partir da realidade microrregional. Portanto, cada município deve ter minimamente em sua estrutura um conjunto de ações para dar conta das questões de saúde e a garantia de uma rede de serviços de referência podendo ser esta local ou regionalizada (BRASIL, 2001).

O modelo de atenção à saúde no Brasil define a plena responsabilidade do poder público municipal que deve se responsabilizar, ainda que não isoladamente, pelas ações de saúde. O município passa a ser o responsável direto pelo atendimento das necessidades e demandas de saúde da sua população tendo como co-responsáveis os poderes públicos estadual e federal. Dito de outra forma, a criação e o funcionamento do sistema municipal responsabiliza o município no que se refere à saúde de todos os residentes em seu território. Entretanto, a realidade dos municípios é muito diferenciada, caracterizando diferentes possibilidades de desenvolver ações, considerando a disponibilidade de recursos, capacitação gerencial e perfil epidemiológico (BRASIL, 2001). Segundo Souza (2005), em muitos casos, a gestão da política de saúde é repassada para a esfera municipal (em sua maioria municípios de pequeno porte com baixa capacidade financeira e administrativa).

De acordo com Gomes e Dowell (2000), do total de municípios do Brasil (segundo dados do IBGE 2000), 25,4% são municípios com menos de 5 mil habitantes. Se tomarmos uma população com até 10 mil habitantes, este número sobe para 50%. Se ampliarmos o grupo para municípios com até 20.000 habitantes a proporção sobe para 70% no total. Segundo os mesmos autores, estes municípios dependem fortemente das transferências de impostos, especialmente os federais. Arretche (2004) afirma que os municípios de maior porte não apresentam melhor desempenho do que os de pequeno porte, independentemente da capacidade de arrecadação do estado em que estão localizados. Ambos dependem fortemente das transferências obrigatórias de caráter constitucional, que responsabiliza a União a distribuir parte das receitas arrecadadas para estados e municípios, assim como responsabiliza os estados a repassarem para seus respectivos municípios.

O Ministério da Saúde repassa para os estados e municípios, de forma regular e automática, 90% dos recursos por ele disposto. No entanto, esse repasse financeiro não significou ampliação da autonomia ou de poder aos municípios e estados possibilitando aos mesmos elaborarem seus próprios projetos e modelos de atenção. O Ministério da Saúde condiciona o repasse à execução de programas ou de algum tipo de procedimento previamente definido. Melhor dizendo, a União induz a gestão estadual e municipal à medida que condiciona o repasse de importante parcela dos recursos à adesão ao planejamento definido no nível central (WAGNER, 2006). É o que Arretche (2000) chama de “desenho de programa de descentralização que diz respeito ao conjunto da regulamentação proposta para a transferência de funções” (p. 245).

A reorganização do sistema de saúde e a garantia de acesso e de atenção com qualidade é muito relativo, considerando a diversidade no contexto político e sanitário das cidades e regiões de todo o país (WAGNER, 2006). Cidades que se organizaram conquistaram um sistema com certa estabilidade. Entretanto, a maioria das cidades pouco avançou em termos de mudança e ampliação da atenção à saúde desde os anos de 1980 (WAGNER, 2006). Os programas de tuberculose e hanseníase, por exemplo, apesar de terem recursos disponíveis, protocolos e orientação pedagógica para o treinamento de equipes, caminham muito lentamente e de forma heterogênea. A implantação das novas medidas de controle dessas doenças não ocorre em função da maior ou menor exposição das populações a essas endemias, mas sim pela capacidade gerencial e política de cada cidade e região (WAGNER, 2006).

A análise do processo de descentralização tem evidenciado que em muitos casos, a esfera municipal encontra limites para gerir a política de saúde, dado a precariedade da estrutura administrativa do município. Não são raros os casos em que a montagem dessa estrutura coincide com o momento em que o município assume a gestão da rede de serviço (SOUZA, 2005).

O Ministério da Saúde tem apoiado técnica e financeiramente a implementação de programas como PACS/ESF, Saúde Bucal, SISVAN, Sis/prenatal, entre outros. Ainda que não suficiente, em tese, este apoio permitiria a adesão dos municípios frente a uma prioridade sanitária. Entretanto, a adesão dos municípios aos programas não ocorre somente pelo risco ou vulnerabilidade

epidemiológica, mas depende também da vontade política dos dirigentes municipais, da capacidade de pressão da sociedade civil local, do grau de clientelismo e degradação dos costumes políticos de cada região, enfim, de um conjunto de variáveis que vão além do risco ou vulnerabilidade epidemiológica (WAGNER, 2006). Por outro lado, o apoio financeiro da União e dos estados assegura apenas parte dos custos dos programas. A parcialidade do financiamento impõe limites aos municípios responsáveis pelas ações de saúde, constituindo-se em um dos limites da descentralização.

Os municípios, responsáveis diretos pela atenção à saúde da população, no geral são responsabilizados pelo atendimento integral dos casos individuais ou coletivos (epidemias, calamidades sanitárias ou endemias). O que ocorre é que a maioria dos municípios brasileiros não compõe no próprio território toda a complexa rede de serviços necessários para assegurar o acesso e a atenção às necessidades da população, daí a necessidade de efetivar o processo de regionalização da saúde, preconizado pelo Ministério da Saúde, para constituição de uma rede de assistência integral à saúde (WAGNER, 2006).

Devemos considerar que essa rede assistencial deve ser constituída respeitando o princípio da hierarquização e regionalização, pois, tendo em vista o reduzido número populacional da maioria dos municípios brasileiros, seria irracional organizar em cada território um sistema complexo que contenha os diversos níveis de atenção (SOUZA, 2005).

De uma forma ou de outra, a descentralização da política de saúde responsabiliza o município na constituição de uma rede de serviços dentro do seu território, com possibilidade de instituir novos modelos de intervenção nas várias áreas de atenção à saúde. O modelo de rede de cuidado de base territorial exige articulação com outras políticas específicas que favoreça vínculo e acolhimento do sujeito proporcionado pelas diferentes áreas (saúde, educação, assistência social, cultura, esporte e lazer, assistência jurídica). Ou seja, o cuidado não pode limitar-se ao serviço de saúde. É nesse cenário que se configura nosso interesse de pensar a questão da política de saúde mental no Brasil e as implicações para os municípios brasileiros a sua implementação. Aqui, nossa preocupação se volta para os serviços de saúde oferecidos às pessoas que sofrem de transtorno mental num esforço de compreender de que

maneira estes serviços se organizam. Este recorte reflete a trajetória por mim percorrida na área da saúde mental, tanto acadêmica (como aluna de Iniciação científica), quanto profissional inserida em uma equipe mínima de saúde mental que atua em um município de pequeno porte e que ao me deparar com uma demanda de usuários que necessitam de um serviço de atenção diária em saúde mental, compreende também a não resposta do serviço à demanda que se apresenta em seu território. O trabalho objetiva identificar as possibilidades e limites para a implementação da política de saúde mental na atenção básica em municípios de pequeno porte do estado do Espírito Santo e faz parte de um trabalho mais amplo que objetiva analisar a implementação da política de saúde mental no estado do Espírito Santo destacando a rede assistencial existente. Cabe-nos aqui alertar para o conceito de atenção básica definido pela portaria 648/GM, de 2006, que para alcançar seu objetivo necessita consolidar uma rede de atenção.

Para tanto, adentraremos na discussão sobre o processo da reforma psiquiátrica brasileira, que sustenta a reorganização do modelo assistencial em saúde mental e como esta reorganização ocorreu no Estado do Espírito Santo dentro dos princípios e diretrizes da reforma psiquiátrica.

2 - A Reforma Psiquiátrica e a Assistência em Saúde Mental no Brasil em final do século XX e início do século XXI e a inserção da atenção básica na saúde mental.

Aqui discutiremos a formulação e dificuldade de implementação da política voltada para a pessoa que sofre com transtornos mentais²⁷, destacando a tensão entre o movimento de luta antimanicomial e a indústria da loucura. Evidenciaremos os entraves para reversão do modelo hospitalar e a consolidação de um modelo de atenção em saúde mental aberto e de base comunitária.

No processo de discussão da questão saúde, emerge um movimento que se propõe pensar a saúde mental no país, discutindo e denunciando as formas perversas dos tratamentos oferecidos, especialmente, em sanatórios e/ou manicômios. Nesta década, acirrou-se a defesa da política pública no campo da Saúde Mental quando movimentos civis que buscavam a democratização, juntamente com grupos de profissionais em saúde mental inseridos nesse processo, propuseram a eliminação dos manicômios em rejeição ao modelo psiquiátrico segregário e excludente. Propunham em seu lugar, um modelo de atenção extra-hospitalar de base comunitária (JORGE, 2005).

A discussão sobre a humanização dos serviços de saúde trazia como proposta inicial para a saúde mental o aperfeiçoamento tanto das instituições psiquiátricas quanto da gestão pública, mantendo o cunho institucionalizante. As iniciativas eram oferecer melhores condições de assistência prestada nos hospitais psiquiátricos e criar ambulatórios como alternativa à internação, enquanto a discussão sobre direitos do paciente continuava limitada. O tratamento continuaria a ser oferecido em espaço de exclusão, impossibilitando a sociabilidade. Nesta década (1980), assistiu-se a crítica do modelo privatista/asilar. As autoridades sanitárias comprovavam que os leitos psiquiátricos contratados junto ao setor privado, e financiados com dinheiro público, eram maiores que os diretamente públicos²⁸. Estes serviços eram

²⁷ Não utilizaremos um único termo para nos referir à pessoa que sofre com um transtorno mental.

²⁸ Tenório (2002) afirma que entre 1965 e 1970 se manteve o número da população internada em hospitais públicos, enquanto a clientela das instituições conveniadas remuneradas pelo poder público saltou de 14 mil, em 1965, para trinta mil, em 1970. Nos anos que se seguiram, esses números se

prestados por clínicas que funcionavam como empresas privadas e que a única fonte de receita se dava pela internação psiquiátrica, paga em forma de diária por paciente internado (TENÓRIO, 2002).

Segundo Resende (2000), entre 1965 e 1970 observou-se a constituição de uma indústria hospitalar, mantida por internações de doentes mentais indiscriminadas, de longa permanência em hospitais privados. A indústria da loucura tornou-se um sistema dispendioso e cronificador, pois o financiamento do sistema de atendimento psiquiátrico através da compra de serviços à rede privada, prestadas por clínicas psiquiátricas, destinou um aumento incontrolável de despesas, considerando que as internações são incentivadas para garantir às empresas seu financiamento e não por demanda clínica dos usuários (RESENDE, 2000; DELGADO, 2000).

Com o amadurecimento da crítica ao modelo privatista/asilar, e com a entrada de novos protagonistas na luta pela reforma psiquiátrica, dois grandes eventos foram realizados no ano de 1987: a I Conferência Nacional de Saúde Mental e, posteriormente, o II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental (DELGADO, 2000; TENÓRIO, 2002).

A I conferência foi esvaziada de caráter comunitário ou de participação social, em função da articulação da Divisão Nacional de Saúde Mental (DNSM) do Ministério da Saúde com a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), que deu ao evento um caráter congressual e científico. Constatou-se que a iniciativa privada (que mantinha a estrutura manicomial), a burocracia estatal e o conservadorismo psiquiátrico anulam nesta conferência a perspectiva sanitária de incorporar propostas reformistas nas políticas oficiais, revelando estratégias de resistência dos grupos contrários à reforma psiquiátrica (TENÓRIO, 2002). Como movimento contrário, os trabalhadores de saúde decidem, durante a I Conferência, a realização do II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental com o tema “Por uma Sociedade sem Manicômio”, com novas propostas de ações, novas práticas, nova relação entre profissional e usuários dos serviços, nova forma de pensar a loucura. Propõe

multiplicaram chegando a ter 80% de leitos contratados junto ao setor privado e apenas 20% diretamente público (TENÓRIO, 2002).

mudança das premissas teóricas e éticas da assistência psiquiátrica. Novos aliados entram nesta luta, são usuários e familiares que passam a participar de discussões, encontros e conferências²⁹. A tarefa da reforma psiquiátrica passa a ser a substituição de serviços, antes centrados no hospital, por serviços abertos e de natureza comunitária (TENÓRIO, 2002). É a luta por um tratamento que crie possibilidades concretas de sociabilidade. Rompe-se com a idéia de apenas transformar o modelo de assistência e propõe-se a descentralização desse modelo, estabelecendo-se então, um novo horizonte de ação: não apenas com novas instituições psiquiátricas, mas com uma nova forma de entender e tratar a loucura, adotando-se uma prática que reconheça o direito das pessoas que sofrem com um transtorno mental de terem um tratamento efetivo, terapêutico, não um cativo (AMARANTE, 1995).

A mudança do discurso oficial de um modelo de atendimento em saúde mental centrada em asilamento foi desencadeada por alguns fatores, como denúncias de maus tratos dos asilados, mercantilização da loucura por clínicas privadas e abandonos de hospitais públicos que, sem quaisquer condições sanitárias, abrigavam doentes. Este cenário, inúmeras vezes retratado pela mídia brasileira³⁰, trazia à tona uma pauta para a reformulação do modelo assistencial (DELGADO, 2000).

Em 1989 dá entrada no congresso Nacional o projeto de lei nº 3.657/89 do deputado Paulo Delgado³¹ (PT-MG), com propostas para regulamentação dos direitos das pessoas com transtornos mentais e extinção dos manicômios no país. O projeto sustentava-se em três proposições: a) impedia a construção ou contratação de novos hospitais psiquiátricos pelo poder público; b) previa recurso público a ser direcionado para serviços não-manicomial; c) a obrigatoriedade da comunicação das internações compulsórias às autoridades judiciais, que deveriam posicionar-se quanto à legalidade da internação. Aprovada pela Câmara dos Deputados, a lei encontrou dificuldade no Senado e tramitou nesta instância por dez anos. No período de sua tramitação,

²⁹ Para um aprofundamento dessa questão sugere-se a leitura de Amarante (1995).

³⁰ Como no caso da Clínica Anchieta em Santos e do hospital Adauto Botelho no Espírito Santo.

³¹ Paulo Gabriel Godinho Delgado (deputado federal entre 1986 e 2006) é irmão do psiquiatra, coordenador da área técnica da saúde mental do Ministério da Saúde (de 2000 até o presente momento).

realizaram-se ao nível nacional dois fóruns privilegiados para a saúde mental: a II e a III Conferência Nacional de Saúde Mental.

A II Conferência de Saúde Mental realizada em 1994 propõe a reestruturação da atenção em saúde mental (ou seja, 02 anos após a IX CNS). Traz a distritalização em saúde mental com adoção do conceito de território e de responsabilidade, com vistas a garantir o direito dos usuários à assistência em seu território e o rompimento com o modelo hospitalocêntrico. Um dos pontos centrais desta conferência foi a mudança da lógica da assistência com proposta de construção de uma rede³² constituída por serviços diversificados e qualificados para substituir o modelo hospitalocêntrico. Discute-se amplamente a necessidade de organizar a rede de atenção em saúde mental montada por unidade de saúde mental em hospital geral, emergência psiquiátrica em pronto socorro geral, unidade de atenção intensiva em saúde mental em regime hospital-dia, centros de atenção psicossocial, serviços territoriais com funcionamento 24 horas, pensões protegidas, centros de convivência e outros serviços que tenham como princípio a integralidade do cidadão (BRASIL, 1994).

Segundo Delgado et al (2007), a partir de 1992 vários estados brasileiros iniciam a implantação da rede extra-hospitalar³³. Isso ocorre, em parte, pela organização de movimentos sociais em defesa de um novo modelo de atenção a pessoas que sofrem com transtorno mental que, inspirados pelo projeto lei do Deputado Paulo Delgado, mesmo antes de sua aprovação no Senado, exercem força para aprovação de leis estaduais que determinam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada em saúde mental³⁴. A partir da década de 1990, a política do Ministério da Saúde para saúde

³² São pontos de atenção à saúde organizados de forma horizontal para prestar uma assistência contínua a uma população definida – no lugar certo, no tempo certo, na qualidade certa e com custo certo – e que se responsabiliza pelos resultados econômicos e sanitários relativo a essa população (CONASS, 2008).

³³ Vale ressaltar que na cidade de São Paulo já havia sido implantado o primeiro CAPS em 1987 e em 1989 a Secretaria Municipal de Saúde de Santos (SP) realizou a intervenção na Casa de Saúde Anchieta, frente à situação de maus tratos dos doentes mentais internos. Esta iniciativa resultou na implantação de serviços substitutos à internação psiquiátrica.

³⁴ Duas experiências são consideradas marcos inaugurais e paradigmáticos de uma nova prática de cuidados no Brasil: o Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira, em São Paulo; e a intervenção na Casa de Saúde Anchieta, realizada pela administração municipal de Santos (SP), iniciando o processo que se constituiria no complexo e exemplar Programa de Saúde Mental daquela cidade (TENÓRIO, 2002).

mental começa a se delinear. O Ministério da Saúde regulamenta a implantação de CAPS e hospital-dia, além de normas para fiscalização e classificação de hospitais psiquiátricos. Entretanto, o Ministério da Saúde não garante, neste momento, as linhas de financiamento para estes serviços, como também não prevê mecanismos para redução de leitos (DELGADO et al, 2007).

Em janeiro de 2000 foi aprovada pelo Senado o substitutivo do projeto de lei nº 3.657/89 do Deputado Paulo Delgado (aprovada há mais de dez anos pela Câmara dos Deputados). De volta à Câmara, mais de dez anos depois, as alterações propostas ao projeto original não garantiam serviços em substituição às internações psiquiátricas, não impediam a construção de hospitais, chegando até mesmo a propor construção de hospitais psiquiátricos em regiões onde inexistia, como também não designava o controle das internações às autoridades judiciais. Não satisfeitos com o substituto do Senado, a Câmara dos Deputados se propõe a rever a lei (TENÓRIO, 2002).

Em 2001, enquanto o projeto de lei tramitava novamente na Câmara dos Deputados, realizou-se em nível nacional a III Conferência Nacional de Saúde Mental. O norte do debate é o processo de descentralização, responsabilizando as três esferas de governo a garantir o desenvolvimento de políticas de saúde mental, priorizando a construção de rede de atenção integral à saúde mental. Para isso, a inclusão das ações de saúde mental deveria ser prioridade na agenda municipal de saúde. **As discussões da III conferência têm como ponto central a organização da rede de serviços e a preocupação de consolidar esses serviços de base comunitária e territorial, destacando os municípios como gestores do sistema de assistência em saúde mental.** A proposta era que até 2004 se consolidasse uma nova “sociedade sem manicômios”³⁵, com a estruturação de uma rede substituta de atenção integral ao doente mental e que gestores e políticos garantissem investimentos financeiros, materiais e humanos necessários à criação, manutenção,

³⁵ Tal proposta até hoje não foi alcançada, considerando por um lado a resistência de grupos de interesses em minar o processo de implementação da política de saúde mental, por outro os recursos insuficientes destinados à implementação de serviços extra-hospitalar.

sustentação e expansão dos projetos de saúde mental dentro dos princípios e diretrizes da reforma psiquiátrica (BRASIL, 2001).

Ainda em 2001 o substituto da lei nº 3.657/89, apresentado pelo Senado e revisto pela Câmara dos Deputados, foi aprovado sob a Lei 10.216 de 06 de abril de 2001, dispondo de um novo modelo assistencial em saúde mental com proteção e direito das pessoas portadoras de transtorno mental e, acima de tudo, impedindo a construção de novos hospitais psiquiátricos ou contratação destes hospitais por parte do poder público. O longo percurso do projeto de Lei original de 1989 intensificou a discussão sobre saúde mental em todo o país, polarizando entre os favoráveis e os contrários à proposta da nova Política de Saúde Mental. Este debate impulsionou avanços e conquistas nos anos que se seguiram produzindo efeitos antes mesmo da lei ser aprovada. A Lei em vigor, conhecida como “Lei da saúde Mental”, apesar de ter sofrido inúmeras mudanças do projeto original, contempla a essência inicial no que se refere a uma **diretriz não asilar** para funcionamento público e **reordenamento jurídico da assistência psiquiatra** no país. Em meio a esta transformação, a expressão reforma psiquiátrica resgata o sentido de cidadania interdita pelo exilamento do sujeito tutelado (TENÓRIO, 2002; VASCONCELOS, 2002; BRASIL, 2001).

A lei da Saúde Mental, e a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, ofereceu sustentação para a política de saúde mental do governo federal. O ministério cria linhas específicas de financiamento³⁶ para serviços substitutivos aos manicômios, como também, cria mecanismos para fiscalização, gestão e redução programada de leitos psiquiátricos em todo o país. As ações do governo federal definem duas linhas de atuação: **a construção de uma rede de atenção à saúde mental** para substituir o modelo hospitalar e a **fiscalização e redução progressiva e programada de leitos psiquiátricos** (TENÓRIO, 2002; BRASIL, 2001).

A rejeição ao modelo psiquiátrico segregário e excludente, e a busca por um modelo de atenção de base comunitária, resultou na adoção dos Núcleos de

³⁶ A portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002 estabeleceu três modalidades de serviços para os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), definindo valor de financiamento para cada modalidade.

atenção Psicossocial e dos Centros de Atenção Psicossocial (NAPS/CAPS) como serviços substitutos (JORGE, 2005).

A atenção psicossocial, entendida como um novo paradigma para as práticas em saúde mental apresenta-se, segundo o discurso da Política de Saúde Mental vigente, capaz de substituir o paradigma psiquiátrico que ainda domina. O termo psicossocial ganha estatuto de conceito a partir da década de 1980 quando se firmam os movimentos de crítica mais radical à psiquiatria, momento em que seu objeto é visto sob uma nova concepção. Novas relações terapêuticas estruturam-se e novos dispositivos institucionais passam a ser utilizados sob nova fundamentação teórica-técnica contrapondo-se com o paradigma psiquiátrico no país (COSTA-ROSA et al, 2003).

Vasconcelos (2008) alerta que no cenário atual, após quinze anos das primeiras experiências de atenção psicossocial, estamos passando por uma fase de institucionalização do cotidiano desse dispositivo, tendendo à perda de sua vitalidade, seu potencial de inovação e, mais que isso, do potencial político dos profissionais. Somam-se a isso as forças contrárias do movimento de reafirmação técnico-científica da psiquiatria convencional e de suas organizações corporativas, que nos desafia a retornar às trincheiras na luta pelo projeto de reforma psiquiátrica. Para o autor, a luta pela legitimidade do projeto não deve ser travada apenas pelos profissionais, mas também por outros atores sociais fundamentais, como usuários e familiares. O estímulo, fortalecimento e envolvimento de usuários e familiares no processo é visto pelo autor como um ponto que merece atenção redobrada.

Mas, retomemos ao começo. As primeiras experiências institucionalizadas de atenção psicossocial colocaram o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) como o modelo preferencial da política de saúde mental. Frente à necessidade de desconstruir conceitos sobre a loucura e romper com as formas de tratamento, o CAPS passou a ser a forma institucionalizada de conjugar diversas atividades visando à integração do sujeito com transtorno mental. Mas, se por um lado o CAPS ocupou o lugar de destaque na reorganização da assistência em saúde mental, por outro, pouco se investiu em outras formas de atuação na atenção básica (FIGUEIREDO, 2006). Nessa mesma linha

Vasconcelos (2008) reafirma a necessidade de estimular e dar condições de desenvolver novas formas de atenção psicossocial³⁷.

No processo de institucionalização dos CAPS, em fevereiro de 2002, o Ministério da Saúde lança a portaria nº 336 estabelecendo três modalidades de serviços para os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) com garantia de financiamento. O Ministério da Saúde (MS) discrimina que os CAPS estão previstos para os municípios com população acima de 20.000 habitantes, significando que municípios de pequeno porte não têm garantia de financiamento para implantação deste serviço em sua base territorial (BRASIL, 2002). Segundo Cordeiro (2005), o ano de 2002 configurou um período de transição para o modelo comunitário e territorializado na atenção ao doente mental com intensificação de CAPS implantados (420 CAPS em todo o país), atendendo a política de saúde mental. Em 2007, o Ministério da Saúde aponta a existência de 1011 CAPS, dispostos da seguinte forma: 46 na região norte, 344 na região nordeste, 62 na região centro-oeste, 358 na região sudeste e 201 na região sul do país (BRASIL, 2007). Em janeiro de 2009 registrou-se a existência de 618 CAPS I, 382 CAPS II, 39 CAPS III, 186 CAPS ad e 102 CAPS i, totalizando **1.326 CAPS**.

Entretanto, os CAPS existentes estão longe de atingir as metas da política. Há um déficit na oferta de todos os tipos de CAPS (tabela 1).

Tabela 1 - Déficit de CAPS no Brasil hoje

Tipo de Caps	Número Existente	Número previsto pelo MS	Déficit
Caps I	618	1026	- 408
Caps II	382	568	- 186
Caps III	39	136	- 97
Caps ad	101	256	- 155
Caps i	186	256	- 70

Fonte: MS, 2009

O valor repassado para estados e municípios, na forma de incentivos, para implantação de CAPS, de serviços Residenciais Terapêuticos e para atividades

³⁷ O autor traz experiências exitosas de movimento popular que para ele se apresentou como um dispositivo no campo da atenção psicossocial (VASCONCELOS, 2008).

de inclusão social pelo trabalho foi de R\$ 6.108.000,00, em 2006. Mas, a ampliação da rede exige maiores investimentos.

A proposta atual da política de saúde mental é a garantia da estruturação de uma rede de atenção integral constituída por vários dispositivos que possibilitem a atenção psicossocial às pessoas com doença mental. A rede deve contar com centros de atenção Psicossocial (CAPS), serviços residenciais terapêuticos (SRT), leitos em hospitais gerais, ambulatórios, bem como o Programa de Volta para Casa, além das ações de saúde mental na atenção básica (atendimento individual e/ou em grupos aos usuários e familiares, oficinas terapêuticas, estratégias de prevenção à doença mental, entre outras) que podem ser desenvolvidas através das equipes mínimas de saúde mental articuladas à Estratégia Saúde de Família. Pensa-se em outros dispositivos, que se caracterizam como atividades de cuidado e suporte social sustentadas por ações intersectoriais, como trabalho protegido, lazer, advocacia de direitos e de questões previdenciárias (JORGE et al, 2005). A rede deve funcionar de forma articulada, tendo os CAPS como serviços estratégicos na organização de sua porta de entrada e de sua regulação.



Figura 3 - Rede de atenção à saúde mental (MS)

A rede de atenção à saúde mental proposta pelo Ministério da Saúde coloca o CAPS como ordenador da rede e ao fazê-lo, reiteira o foco nesse dispositivo. Entretanto, corre-se o risco de não valorizar os demais dispositivos territorial e, mais que isso, não investir no desenvolvimento de outras formas de promoção da atenção psicossocial.

Alguns municípios e estados intensificaram o processo de mudança do modelo assistencial com criação de CAPS ou equipe mínima de saúde mental. Entretanto, na maioria das regiões do país, o processo se dá de forma lenta. Identifica-se a permanência da centralidade do hospital psiquiátrico no Sistema de Saúde. Em 2002 em todo país, existiam de 51.393 mil leitos psiquiátricos e, os últimos dados disponíveis registram em 2006, 38.842. A redução foi de 12.551 (24,42%) do total de leitos existentes em 2002 (BRASIL, 2007). Tomando o parâmetro do Ministério da Saúde que prevê a necessidade de 50 leitos para cada 100 mil habitantes, podemos dizer que foi alcançado o objetivo da política de desospitalização do doente psiquiátrico. O último relatório de gestão aponta que em 2006 o Ministério da Saúde investiu R\$ 943.281.548,72 na saúde mental. Do valor investido, 54,86% (R\$517.478.979,39) voltou-se para as ações e programas extra-hospitalares e 46,14% (425.802.569,33) para ações e programas hospitalares. O dado aponta para uma mudança na política de investimento e abre possibilidade para que, gradualmente, os gastos com internação sejam revertidos para ações e serviços extra-hospitalares.

Em resposta ao processo de desinstitucionalização, em janeiro de 2004, o Ministério da Saúde lança a portaria nº 52 instituindo o programa anual de reestruturação da assistência psiquiátrica hospitalar no SUS, que estabelece critérios técnicos para a redução progressiva dos leitos dos hospitais psiquiátricos, especialmente nos hospitais de maior porte³⁸. Não se trata de fechamento dos hospitais psiquiátricos para reduzir custos dentro da lógica neoliberal de redução de gastos sociais, mas de uma estratégia para incentivar a criação de serviços extra-hospitalares, para atenção ao doente mental em seu território. A estratégia utilizada é extinguir gradualmente o número de leitos psiquiátricos e utilizar o recurso gasto com as Autorizações de Internações

³⁸ Hospitais com mais de 160 leitos.

Hospitalares (AIHs), com serviços de base comunitária. Mas, isto não ocorre de forma tranquila. As equipes técnicas do Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares (PNASH), responsáveis pela avaliação dos hospitais psiquiátricos, enfrentaram dificuldades de ordem política no nível local. Em alguns casos, encontraram dificuldades na obtenção de liminar para que as intervenções fossem feitas (BRASIL, 2007).

A redução defendida pelo Ministério da saúde deve ocorrer garantindo transferências de leitos de hospitais com mais de 160 leitos, para hospitais gerais em regiões de maiores densidades onde inexistente este suporte. Os hospitais psiquiátricos com mais de 160 leitos contratados/conveniados ao SUS devem direcionar estes leitos para regiões onde se identifica um vazio territorial de serviços hospitalares. A transferência deve ser feita a partir de pactuação entre gestores (municipal, estadual e federal), prestadores de serviço e instâncias de controle social (BRASIL, 2007).

No período de 2004 a 2006, o Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares no SUS (PNASH), forçou a reconfiguração dos portes dos hospitais. Em 2002, 24,11% dos leitos psiquiátricos encontravam-se dispostos nos hospitais de pequeno porte (até 160 leitos). Em 2006, 42,53% dos leitos encontravam-se dispostos nos hospitais de até 160 leitos. Significa dizer que no decorrer de 04 anos ocorreu a transferência de leitos psiquiátricos de macro-hospitais para hospitais de pequeno porte que, ao contrário dos macro-hospitais, apresentam-se para o Ministério da Saúde como tecnicamente mais adequados a um bom funcionamento clínico e com maior integração com a rede extra-hospitalar, segundo avaliação do Programa Nacional de Assistência Hospitalar (BRASIL, 2007).

Visando intensificar o processo de desinstitucionalização, em outubro de 2003 o Ministério da Saúde editou a portaria número 2.077 para pacientes com internação de longa permanência em hospitais ou unidades psiquiátricas. Trata-se do programa de Volta para Casa, que oferece um auxílio no valor de R\$ 240.00 mensal para o usuário de longa permanência em hospitais psiquiátricos ou seu representante legal, para ajudar na manutenção desses

em casa³⁹. Este auxílio visa incentivar o retorno do sujeito à sua família, muitas vezes de municípios e até mesmo de estados distantes de sua origem. Em 2003, o número de pessoas beneficiadas com o Programa de Volta para Casa foi de 206 beneficiários. Em 2008 este número aumentou para 3.206 pessoas que deixaram a vida asilar (BRASIL, 2007). O desafio é garantir que esse processo de desinstitucionalização caminhe junto com o processo de expansão do CAPS, de Serviços Residenciais Terapêuticos, de Centro de Convivência e Cultura, ambulatorios e abertura de leitos psiquiátricos em hospitais gerais (JORGE, 2005). Do contrário, os sujeitos desinstitucionalizados não encontraram suportes que garantam a ressocialização dos mesmos.

Como apontado no Relatório de Gestão 2003-2006, o Ministério da Saúde nos últimos quatro anos dobrou os gastos com serviços e programas de saúde mental extra-hospitalares e pela primeira vez, estes gastos superavam os gastos com serviços hospitalares. Entretanto, não ocorreu ampliação de investimentos, apenas transferências de recursos aplicados anteriormente em internações. O relatório de gestão 2003-2006 do Ministério da Saúde propõe que o pacto pela saúde assegure a manutenção e a ampliação progressiva do financiamento da rede extra-hospitalar. Dito de outra forma, que os recursos destinados ao modelo comunitário não se limitem aos recursos financeiros e humanos, transferidos do componente hospitalar. A proposta avança na necessidade de ampliar no próximo biênio os recursos destinados à saúde mental, para pelo menos 3% do orçamento da saúde, e que até 2010 se amplie para no mínimo 4,5%. O relatório propõe ainda que seja garantido recurso de outros ministérios para projetos intersetoriais voltados para a saúde mental nas áreas de cultura, lazer, esporte, trabalho, desenvolvimento social, entre outros (BRASIL, 2007).

³⁹ Essa iniciativa merece acompanhamento e avaliação, tendo em vista que na maioria das vezes a família não se encontra preparada e/ou não encontra suporte para receber o sujeito. Em maio de 2007 a Coordenação Nacional de Saúde Mental organizou em Brasília um seminário de Avaliação do Programa de Volta para Casa, mas a avaliação deste seminário ainda não foi divulgada.

Lei 10.216 da Saúde Mental	Abril de 2001
Portaria 336 que estabelece modalidades de serviços para CAPS	Fevereiro de 2002
Portaria 2.077 que incentiva a reabilitação fora da unidade hospitalar	Outubro de 2003
Portaria 52 que institui o programa anual de reestruturação da assistência psiquiátrica hospitalar no SUS	Janeiro de 2004

Quadro 06 - Normalizações recentes do Ministério da Saúde para Saúde Mental

Borges e Baptista (2008) apontam que o período de 2002 a 2004 foi momento de expansão de um modelo assistencial impulsionado por essas três portarias (quadro 6). Mas, apesar dos avanços conquistados na busca pela superação de antigos modelos hospitalocêntricos, ainda não se consolidou uma proposta de tratamento para os usuários dos serviços de Saúde Mental. A predominância de hospitais psiquiátricos públicos e privados, que ainda concentra recursos consideráveis destinados à Saúde Mental no Brasil, reforça a idéia de que a pessoa com transtornos mentais é incapaz de conviver na sociedade e mantém o modelo hospitalocêntrico e a indústria da loucura (JORGE, 2005).

A política de saúde mental deve promover a mudança no uso e na gestão dos recursos, buscando a responsabilidade de vários agentes no cuidado ao doente mental, integrando instituições, sistema de saúde e sociedade. O Ministério da Saúde tem utilizado na atenção a pessoas com transtorno mental o conceito da responsabilização, visando vincular o doente à comunidade e ao serviço de saúde de base comunitária e o conceito de equipe mínima que requer uma atenção qualificada dos profissionais com responsabilidades compartilhadas (BRASIL, 2007).

Essa proposta exige uma atenção básica qualificada que exerça o papel de coordenadora de uma rede capaz de fornecer esse cuidado. Cabe-nos aqui reafirmar o conceito abrangente de atenção básica definido na portaria 648/2006. Segundo Silva (2008), a atenção básica é formada por um conjunto de elementos estruturais e funcionais que garantem a cobertura e o acesso

universal; oferece cuidados amplos, integrados e apropriados, enfatizando a prevenção e a promoção; e constitui a primeira linha de atenção. O desafio é alcançar uma prática abrangente e qualificada da atenção básica, concretizando acessibilidade universal e resolubilidade para 85% da demanda assistencial que se apresenta no território, e fazer dela coordenadora do cuidado integral à saúde.

A atenção básica tem um papel importante no processo de reinserção social dos usuários com transtorno mental, pois ela é desenvolvida no território e, através dela se desenvolve a produção de saúde em geral, tanto para os usuários, quanto para seus familiares. O desenvolvimento da atenção básica exige a atuação de profissionais com saberes diversificados que se constituam como equipe interdisciplinar, ou seja, diferentes profissionais que trabalham juntos mantendo suas atuações específicas, com troca de informações dentro de áreas de interseção, o que permite a construção de novos saberes e práticas (FIGUEREDO, 2006). Nessa lógica, o cuidado na saúde mental deve ser oferecido, minimamente, através de equipe interdisciplinar composta por um psiquiatra ou médico generalista, dois técnicos de nível superior e auxiliar de enfermagem, definida como equipe mínima de saúde mental. Todos devem estar aptos para lidar com a questão da saúde mental.

Porém, a constituição de equipes de saúde mental não foi acompanhada de grandes investimentos. Os profissionais foram absorvidos sem revisão de seu processo de formação ou outras propostas de capacitação profissional. As equipes foram se compondo com recursos humanos insuficientes e com pouca clareza do seu papel. E mais ainda, sem o acompanhamento de dispositivos institucionais que lhes permitam refletir sobre os limites e possibilidades para o desenvolvimento de suas tarefas (FIGUEREDO, 2006). O prejuízo para a rede básica de saúde na atenção à pessoa com transtorno mental é gritante, pois pouco se investiu para que a rede básica acompanhasse os avanços técnico-assistenciais na área da saúde mental. Em decorrência disso, a saúde mental opera nas unidades de saúde com práticas centralizadas nas tradicionais guias de referência e contra-referência. Encaminha-se o usuário para especialidades ou para o nível de maior complexidade, repercutindo quase sempre em des-responsabilização pela produção de saúde (FIGUEIREDO, 2006).

Em um número expressivo de municípios existem profissionais da saúde mental lotados em unidades de saúde realizando atendimento ambulatorial na atenção básica (atendimento individual, grupal e ações de prevenção à saúde). Entretanto, esta forma de atendimento necessita de maior efetividade, resolubilidade e articulação com a rede de atenção à saúde (BRASIL, 2007).

Segundo o Relatório de gestão do Ministério da Saúde em muitos estados, municípios com menos de 20 mil habitantes desenvolvem ações de saúde mental nas unidades básicas de saúde. Em alguns destes municípios, existem ações sistemáticas com apoio de profissionais de saúde mental. Porém, em grande parte desses municípios, as ações apresentam menor regularidade e não contam com o apoio de profissionais de saúde mental (BRASIL, 2007).

Consta também, a existência de CAPS em municípios com população em torno de 20 mil habitantes onde o apoio matricial⁴⁰ às equipes da atenção básica acontece a partir dos CAPS. Esse levantamento demonstra que mecanismos de indução financeira por parte do Ministério da Saúde, para o desenvolvimento da política de saúde mental na atenção básica são fundamentais. Esta deverá ser uma das principais prioridades para a expansão e qualificação da saúde mental na atenção básica na gestão 2007- 2010 (BRASIL, 2007).

Entretanto, a mudança do modelo assistencial exige um mecanismo de supervisão das atividades terapêuticas e de gestão desenvolvidas. É indispensável que as equipes dos CAPS tenham supervisão técnica para auxiliá-las na dinâmica do trabalho. O Ministério da Saúde recomenda uma supervisão quinzenal, preferencialmente uma semanal, para todos os CAPS, entretanto, essa recomendação não tem sido atendida, tendo em vista a insuficiência de recursos humanos qualificados para desenvolver tal atividade.

Outra proposta é a vinculação das equipes de saúde mental junto às Estratégias Saúde da Família, que tem sido vista como um instrumento na construção de um modo de fazer saúde centrado no sujeito e não na doença.

⁴⁰ O apoio matricial é dado por profissionais de saúde mental que oferecem orientação e supervisão técnica às equipes de saúde da atenção básica, possibilitando maior eficácia nas ações de saúde mental realizadas por estas equipes (BRASIL, 2007)

Para isso, o Ministério da Saúde tem como proposta ofertar cursos de capacitação em saúde mental às Equipes da Saúde da Família, aos Agentes Comunitários de Saúde e às Equipes da atenção Básica, na intenção de possibilitá-los a oferecer melhor assistência ao doente mental em seu território e evitar encaminhamentos inadequados. O processo de capacitação é ínfimo até o momento, mas com proposta de expansão por parte do Ministério da Saúde e coordenações estaduais de saúde mental (JORGE et al, 2005). Em 2003, o Ministério da Saúde instituiu a Gestão do Trabalho e Educação na Saúde para enfrentar a deficiência de recursos humanos no SUS. Conquistou-se no campo da saúde mental, 21 núcleos regionais em funcionamento, realizando cursos de especialização e atualização para trabalhadores da atenção básica e dos CAPS em 15 estados. Entretanto, a cobertura é insuficiente e necessita de expansão.

Segundo o Ministério da Saúde, várias experiências de apoio em saúde mental na atenção básica estão acontecendo, tais como: em Aracaju/SE com a vivência de equipes itinerantes desenvolvidas a partir de profissionais dos CAPS junto com as equipes de referência ambulatorial nas UBS; em Betim/MG, por meio da parceria entre equipe de saúde mental e Agentes Comunitários de Saúde, entre outras (BRASIL, 2007). Mas, por maiores que sejam as estratégias utilizadas pelos estados e municípios, a implementação da política de saúde mental encontra seus desafios e exige cada vez mais articulação de diferentes atores. Dentre os desafios: a) aumentar recurso destinado à saúde mental; b) fortalecer a política de saúde voltada para grupos de pessoas com transtornos mentais graves e aumentar a cobertura assistencial; consolidar e ampliar uma rede de atenção de base territorial, que promova a reintegração social e o exercício da cidadania. E aqui eu acrescento, potencializar a atenção básica para desenvolver as ações de saúde mental. Com base nesses desafios propomos, examinar a política de saúde mental no estado do Espírito Santo, considerando o cenário de tendência de reversão do modelo hospitalar para ampliação da rede extra-hospitalar, de base territorial.

3.1 – A Política de Saúde Mental no Espírito Santo

No caso do estado do Espírito Santo, a reestruturação da assistência psiquiátrica inicia-se em 1985 quando foi realizado em Vitória o I encontro Nacional dos Coordenadores de Saúde Mental da região sudeste (encontro considerado como um dos precursores da realização da I Conferência Nacional de Saúde Mental). O debate intensificou-se no estado com a realização do II Encontro de Coordenadores de Saúde Mental realizado em 1992, espaço aberto para o amadurecimento de propostas a serem apresentadas na II Conferência Nacional de Saúde Mental (no qual o estado se fez representar nacionalmente com delegação).

A partir de 1995 o estado do Espírito Santo se coloca de forma efetiva no contexto da reestruturação da assistência psiquiátrica no país, destacando dois fatores decisivos para isso: a) a definição clara para os estados e municípios de uma política Nacional de Saúde Mental prescrita no contexto da década de 1990; b) a eleição em 1994, de um governo estadual popular e democrático que em seu plano de governo priorizou a política de saúde. Para os técnicos da área da saúde mental, estes dois fatores constituíram um terreno favorável à discussão de uma política Nacional de Saúde Mental para o Espírito Santo. Até então, o estado possuía um modelo de assistência em saúde mental centrado na lógica hospitalocêntrica, com recursos totalmente voltados para os leitos psiquiátricos. Profissionais engajados na luta antimanicomial elaboraram, em 1994, uma “Proposta para uma Política de Saúde Mental do Estado do Espírito Santo” trazendo como principal meta a criação de uma rede de serviços extra-hospitalares de base comunitária, dispositivos capazes de substituir a internação hospitalar (ES, 1994). No mesmo ano, ampliou-se a discussão entre profissionais e governo sobre a situação em que se encontrava a assistência psiquiátrica no estado e resultou na inclusão do tema na agenda política do governo (FERREIRA, 2005).

No início da gestão do governo em 1995, a Secretaria Estadual de Saúde (SESA) conduziu o processo de municipalização, previsto na Norma Operacional Básica (NOB) de 1992, discutindo com os municípios a organização dos serviços de saúde mental municipal. Vale lembrar que o

processo de municipalização colocou para os municípios, de forma geral, a responsabilidade de garantir atenção à saúde da população no primeiro nível de assistência. Este cenário possibilitou a SESA, através do programa de saúde mental, planejar uma série de ações para a implantação de serviços assistenciais de saúde mental, nas diferentes regiões do estado (realização de seminários microrregionais, capacitações voltadas para os profissionais que atuavam na área da saúde mental, implantado um Grupo de Avaliação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar), além de discutir possibilidades de viabilizar condições para gestores e técnicos implantarem serviços ambulatoriais em saúde mental (FERREIRA, 2005).

Segundo dados da Coordenação Estadual de Saúde Mental, em 1995 o estado dispunha de 921 leitos psiquiátricos, sendo 391 públicos e 530 privado-contratados (maior parte concentrava-se na Clínica Santa Isabel localizada em Cachoeiro do Itapemirim, sul do Estado). A região metropolitana contava com três hospitais psiquiátricos, totalizando 536 leitos (em sua maioria público). Seis leitos públicos encontravam-se dispostos no hospital geral São Lucas destinados à emergência psiquiátrica (não sendo os mesmos usados para tal fim por resistência da direção do hospital e dos profissionais médicos em atender o usuário da saúde mental dada a falta de capacitação dos profissionais). A maior parte da clientela do hospital Aduino Botelho (localizado em Cariacica, região metropolitana) eram de pacientes moradores e/ou de longa permanência. Identificava-se a inexistência de um projeto terapêutico voltado para a recuperação do doente, não havendo planejamento do tratamento. As internações eram realizadas sem controle, não havendo previsão de alta (ESPÍRITO SANTO, 1995).

Os serviços ambulatoriais com profissionais de saúde mental existente neste período (23 serviços) distribuíam-se em sua maioria na região metropolitana, constituindo-se em serviços de baixa resolubilidade considerando o número insuficiente de profissionais especializados e distribuídos de forma dispersa, longe de serem considerados equipes de saúde mental. A precariedade das instalações físicas das unidades ambulatoriais, o despreparo dos profissionais no cuidado com a clientela, a não garantia de psicofármacos dificultavam o

acesso e a adesão de pacientes egressos de internação e, conseqüentemente, o tratamento extra-hospitalar (FERREIRA, 2005).

Os surtos psiquiátricos eram, em sua maioria, encaminhados pela comunidade às delegacias de polícia ou às Secretarias de Ação Social resultando em internações indiscriminadas das pessoas que sofrem com um transtorno mental. Este cenário acenava para a necessidade urgente de mudanças que começaram a se configurar a partir do contexto político ocorrido nacionalmente, e no Espírito Santo, a partir de 1995 (FERREIRA, 2005).

O comprometimento inicial do governo estadual, que assumiu em 1995, com a política de saúde mental foi considerado pelos técnicos da área da saúde mental como elemento decisivo para o processo de mudanças que a coordenação de saúde mental da SESA intentava implementar. No período de 1995/1996⁴¹, o Programa de Saúde Mental da SESA realizou seminários microrregionais envolvendo gestores municipais, profissionais de saúde e população, no intuito de mapear a realidade do estado e planejar, de forma descentralizada, os serviços de saúde mental com base ambulatorial. Neste período, foram realizados treinamentos voltados para profissionais de saúde mental nos diferentes postos e áreas de atuação (hospitalar, ambulatorial, urgência/emergência).

Atendendo a portaria ministerial de Sistema de Avaliação em Saúde n° 145/1994, que instituiu o subsistema de supervisão, controle e avaliação da assistência em saúde mental, a SESA instituiu o Grupo de Avaliação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar, que trabalhou no sentido de adequar os quatro hospitais do estado especializados em psiquiatria⁴² para que cumprissem os critérios de normalização estabelecidos pelo Ministério da Saúde, tais como avaliação das condições de infra-estrutura, modelo de atenção aos usuários, número de profissionais correspondentes na instituição e as atividades desenvolvidas na Instituição. Esse movimento evidenciou por um lado o desejo político dos técnicos em implementar mudanças, por outro os

⁴¹ Período da administração do governo do PT Vitor Buaiz - 1995 a 1998.

⁴² Hospital Aduino Botelho, Clínica Santa Isabel, CAPAAC e HPM.

interesses privados da indústria da loucura e resistências de profissionais que não aderiram a lógica antimanicomial.

Em dezembro de 1996, o governo do estado aprovou a lei Estadual nº 5341 instituindo o Programa de Aprimoramento Gerencial do Sistema de Saúde do Estado do Espírito Santo, visando melhorar a qualidade da assistência à saúde dentro dos princípios e diretrizes do SUS. Os hospitais iniciaram um processo de reestruturação e, no caso do Adauto Botelho, foram criadas unidades assistenciais terapêuticas na instituição (FERREIRA, 2005). No caso da Clínica Santa Isabel, maior hospital psiquiátrico do estado com então 350 leitos (conveniada com o SUS), se contrapôs à diretriz da Política de Saúde Mental e apresentou forte resistência ao Programa de reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica, negando-se a assinar a pactuação para redução de leito. Como afirma Souza (2007), até 2006 a redução foi de apenas 05 leitos representando 1,23% do total de leitos ofertados pela referida instituição (SOUZA, 2007).

Segundo Rossoni (2006), no período de 1995 a 2001, a política de saúde mental no estado foi marcada por três importantes momentos: a constituição do Fórum Estadual de Saúde Mental em 1999, a pactuação de um indicador em saúde mental (número de equipes mínimas de Saúde Mental implantada no período), para avaliar a implantação de serviços extra-hospitalar e a realização da II Conferência Estadual de Saúde Mental. O fórum⁴³ trazia como intensão a construção de um espaço de discussão permanente entre técnicos e gestores, sobre os rumos da saúde mental no estado. Para os técnicos, o fórum permitiu a socialização de informação acerca dos limites e possibilidades da implementação da política de saúde mental nos municípios e um maior conhecimento técnico sobre saúde mental, considerando que neste espaço as formas de cuidado com a saúde mental desenvolvidas nos municípios (experiências consideradas exitosas) eram alvo de apresentação.

⁴³ Como espaço de articulação política, o fórum foi analisado por Reis (2008) que discutiu a elaboração e implementação da política de saúde mental no espaço do fórum buscando compreender a tensão existente entre os dois grandes projetos políticos societários (projeto democrático participativo e projeto neoliberal) e como se configura essa tensão dentro do fórum.

Em 2000 a coordenação estadual em saúde mental criou um indicador, pactuado com os gestores na Programação Pactuada Integrada da Epidemiologia e Controle de Doenças (PPI-ECD), importante instrumento de gestão. O indicador previa a implantação de no mínimo uma equipe de saúde mental em cada município independente de sua base populacional. O objetivo era avaliar a criação de serviços extra-hospitalares em saúde mental, considerando o processo de descentralização. O estado recomendou que os municípios devessem oferecer serviço em saúde mental em seu território, constituindo ao menos uma equipe mínima composta por um psiquiatra ou médico generalista e dois profissionais de nível superior podendo ser Psicólogo, Assistente social ou Enfermeiro (ROSSONI, 2006). Neste período, apenas 14 municípios dispunham de serviços extra-hospitalares em saúde mental.

Os serviços estavam dispostos no estado da seguinte forma: 01 município dispunha somente de um ambulatório (Viana), 01 dispunha de ambulatório e Equipe Mínima de Saúde Mental (Serra), 01 dispunha de CAPS e Equipe Mínima de Saúde Mental (Cariacica), 01 dispunha de CAPS e Equipe Mínima de Saúde Mental e consulta psiquiátrica (V. Velha), 02 dispunham de CAPS e consulta psiquiátrica (Vitória/ C. Itapemirim), 02 dispunham de CAPS (Guarapari, São J. do Calçado) e 06 dispunham de Equipe Mínima de Saúde Mental (Montanha, St^a. M^a. De Jetibá, D. Martins, M. Floriano, V. N. do Imigrante, R. N. do Sul e B. Jesus do Norte). Os municípios que dispunham de mais de uma modalidade de serviços eram Vitória, Serra, Vila Velha, Cariacica e Cachoeiro do Itapemirim (ESPÍRITO SANTO, 2005).

Em outubro de 2001, realizou-se a II Conferência Estadual de Saúde Mental que permitiu uma avaliação desta política no estado e serviu como etapa preparatória para a III Conferência Nacional. O debate da II Conferência Estadual colocou para o município a necessidade de organizar a atenção às pessoas com transtorno mental com oferta de serviço ao nível ambulatorial, visando diminuir internações. Esta conferência repassou para os municípios a responsabilidade de assumirem a atenção ao doente mental com as seguintes propostas: a) criar serviços ambulatoriais com a constituição de uma equipe mínima de Saúde Mental (proposta que foi constituída em anos anteriores e

que ainda não havia alcançado seu objetivo); b) incluir ações de saúde mental no PACS e PSF; c) garantir linhas de financiamento para implantação do CAPS. Estavam presentes nesta conferência usuários dos serviços de saúde mental, profissionais da área e gestores municipais (ROSSONI, 2006).

Em 2002, buscando avançar na reformulação da assistência da saúde mental foi elaborado a “Política Estadual de Saúde Mental” como forma de garantir orçamento para área da saúde do Estado, para o período de 2000-2003 reforçando os princípios norteadores das práticas em saúde mental em processo de implantação (FERREIRA, 2005).

A política de saúde mental no estado do Espírito Santo, pensada para os 78 municípios, trazia como proposta a redução progressiva dos leitos psiquiátricos, a qualificação dos profissionais que atuam na saúde mental, a expansão e fortalecimento da rede extra-hospitalar, como centro de atenção psicossocial (CAPS), serviços residenciais terapêuticos (SRTs), unidades psiquiátricas em hospitais gerais (UPHG), implantação do programa “De Volta para Casa” e implementação das ações de saúde mental na atenção básica através das Equipes Mínima de Saúde Mental (ES, 2001). A rede de atenção é pensada: a) **ao nível ambulatorial** - através da unidade básica de saúde, Estratégia Saúde da Família, Centro de Atenção Psicossocial e ambulatório especializado em saúde mental; b) **ao nível hospitalar** – através de serviço de urgência psiquiátrica em hospital geral, leito ou unidade psiquiátrica em hospital geral e hospital especializado em psiquiatria; c) **serviços residenciais terapêuticos** - através de casa lar, pensão protegida, centros de convivência, projeto de geração de trabalho e renda (ESPÍRITO SANTO, 2007).

Observa-se que entre 1995-2002, a coordenação estadual de saúde mental buscou criar as bases legais e políticas para implementação da Política Estadual de Saúde Mental. Nesse sentido, a partir de 1995 foram se constituindo serviços ambulatoriais em saúde mental. Nove municípios do estado constituíam 23 locais de atendimentos ambulatoriais, a maior parte deles (18) concentrava-se na região metropolitana, entretanto os profissionais que realizavam os atendimentos ainda não se constituíam como equipe de saúde mental. Em 1999, vinte municípios realizavam atendimento ambulatorial

em saúde mental. Neste ano, foram implantados cinco serviços na modalidade de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Em 2003 identificou-se 36 municípios com serviços implantados, totalizando sete CAPS e cinco unidades ambulatoriais com atendimento médico especializado em psiquiatria (ESPÍRITO SANTO, 2005). O ano de 2003, 42% dos municípios dispunha de algum serviço em saúde mental.

O período de implantação destes serviços culmina com o movimento realizado por estado e municípios a partir da II Conferência Estadual em Saúde Mental e III Conferência Nacional (realizadas no final de 2001), que repassaram para os municípios a necessidade de assumirem a responsabilidade da atenção ao doente mental com criação de serviços ambulatorial. Até então, na maioria dos municípios do estado não havia atenção voltada para as pessoas que sofrem com um transtorno mental.

Em 2005, a ampliação da rede ambulatorial atingiu 43 municípios (55%). Destaca-se que a macrorregião sul aglomerou a maior parte dos serviços implantados em 2005. Resultado do enfrentamento da coordenação de saúde mental do estado com grupos de interesses políticos e econômicos, concentrados, principalmente nesta micro, que insistem em manter o modelo hospitalocêntrico garantindo internações compulsórias para o doente mental. A constituição de serviços extra-hospitalares nesta micro revela o movimento do estado, de gestores e de profissionais comprometidos com o processo de desinstitucionalização e destaca a importância de novos atores no processo de construção da política de saúde mental no estado. Os dados fornecidos pela Coordenação Estadual de Saúde Mental, demonstram que a partir de 1999 a rede ambulatorial em saúde mental no estado tem expandido progressivamente.

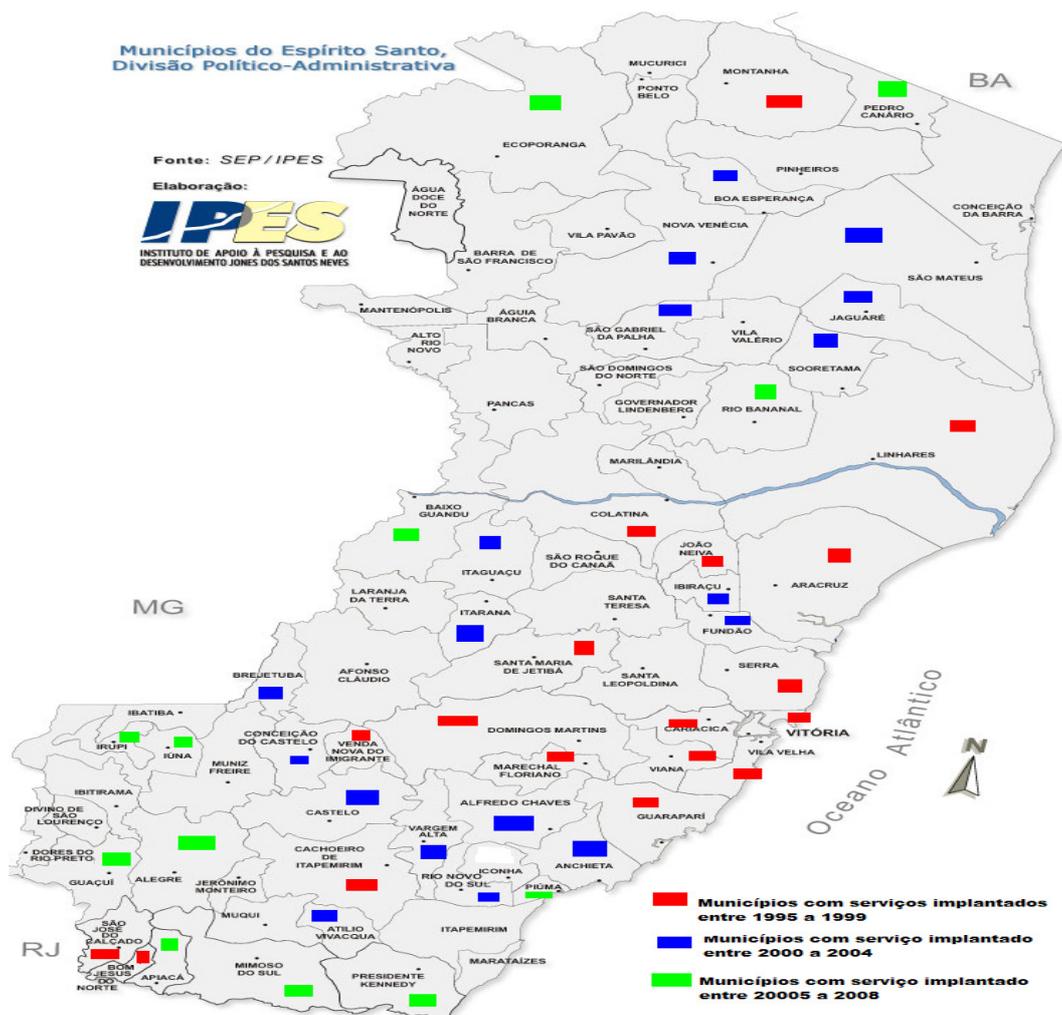


Figura 4 - Municípios com serviços de saúde mental entre 1995 a 2008

No cenário atual do Estado do Espírito Santo, observa-se que a reversão do modelo hospitalar vem sendo construída lentamente através de ampliação de rede extra-hospitalar. Mas essa distribuição aponta para a necessidade de consolidação e ampliação de uma rede de atenção de base comunitária e territorial.

Segundo informação da Coordenação de Saúde Mental do estado, a rede⁴⁴ de atenção em saúde mental em 2008 configura-se com a existência de 19 CAPS, 36 equipes mínimas de saúde mental em 36 municípios, 02 ambulatórios de referência, 05 serviços com consulta psiquiátrica situados no centro de referência de especialidades e policlínicas, 03 hospitais psiquiátricos com total de 485 leitos (dentre eles, 01 privado), 03 hospitais gerais totalizando 30 leitos

⁴⁴ Utilizaremos o termo “rede” por assim ser considerada pela coordenação de saúde mental.

psiquiátricos e 05 residências terapêuticas que abrigam 40 ex-moradores do hospital psiquiátrico Aduino Botelho.

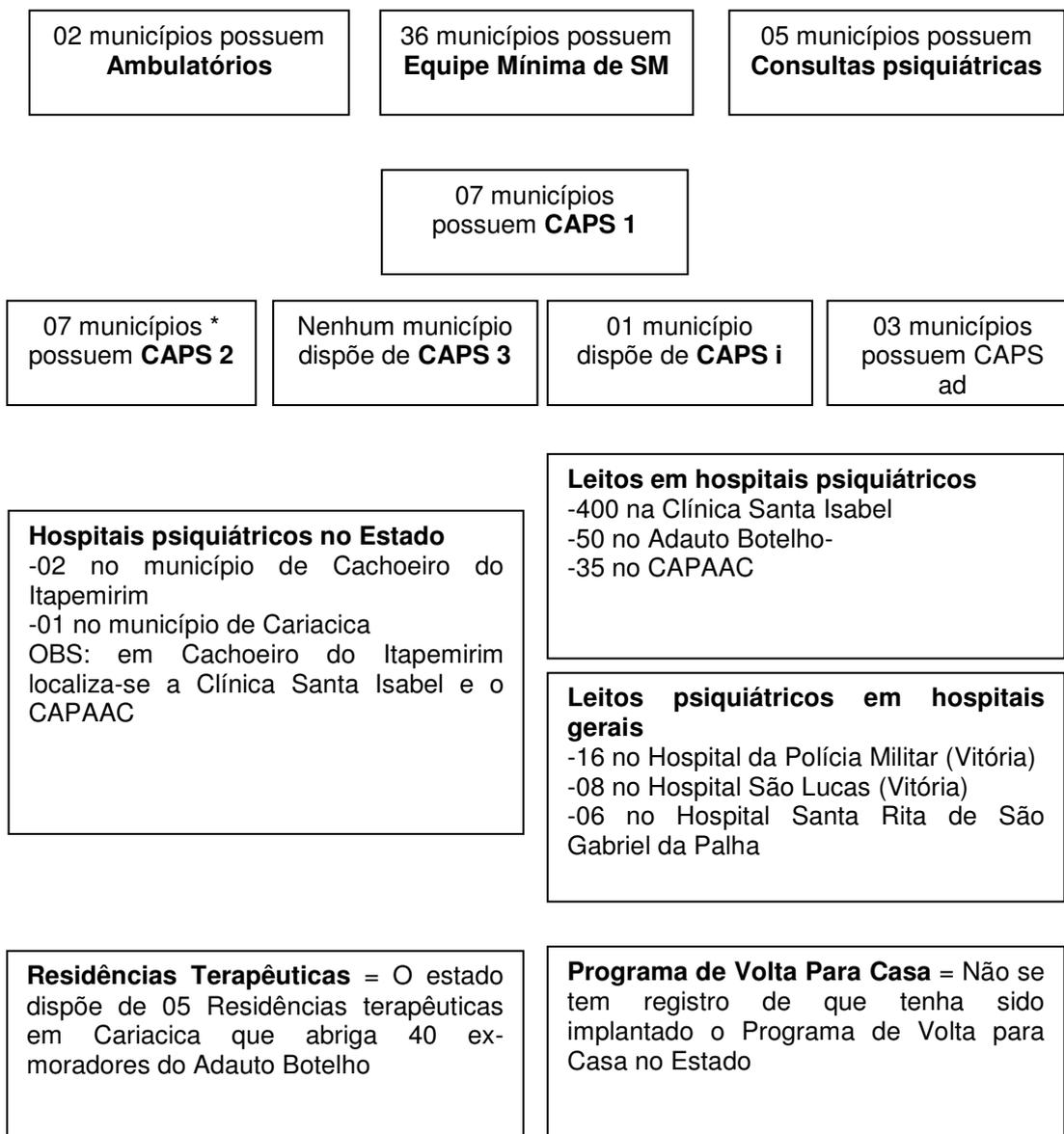


Figura 5 - Rede de atenção em saúde mental do Espírito Santo

* O município de Cariacica tem dois CAPS II

Considerando a “rede de atenção em saúde mental” do estado, verifica-se que a estratégia utilizada pela maior parte dos municípios para responder minimamente a política estadual de saúde mental, tem sido a constituição da equipe mínima multiprofissional. Entretanto, estes municípios não têm garantia de uma rede de serviço de referência para pacientes egressos de hospitais psiquiátricos e de outros serviços de urgência.

Baseado nos dados de 2008, constata-se que dos 78 municípios do Estado, 48 possuem serviço ambulatorial em saúde mental. Dos 48 municípios com serviço de Saúde Mental, 21 são considerados de pequeno porte (menos de 20.000 hab.) e oferecem serviço na atenção básica através de equipes mínimas de saúde mental.

Segundo o Plano Diretor Regional (PDR)⁴⁵, o estado divide-se em três macrorregiões (norte, centro e sul) e oito microrregiões.

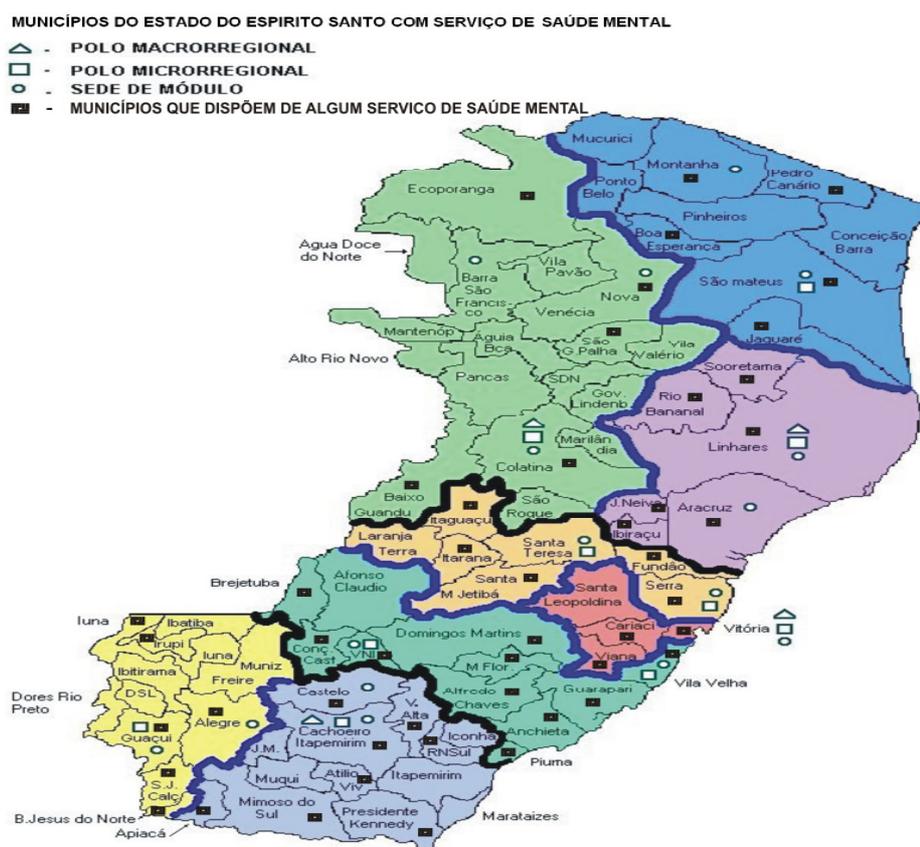


Figura 6 – Municípios com serviços de SM

A microrregião São Mateus reúne 09 municípios. 05 deles oferecem serviços em saúde mental (maior parte implantados entre 2001 a 2003). Destaca-se nesta micro a existência de 01 CAPS localizado em São Mateus, que se encontra na gestão plena do sistema e possui mais de 102 mil hab, sendo este ao mesmo tempo pólo microrregional e sede de módulo, ou seja, converge a demanda assistencial dos municípios vizinhos. Dos outros quatro municípios

⁴⁵ O Plano Diretor Regional elaborado em 2003 dividiu o estado em três macro- regiões e oito micro- regiões de saúde

com serviços implantados, dois são de pequeno porte e prestam serviço através de equipe mínima de saúde mental. Os municípios desta micro possuem coeficiente de internação abaixo de 1% com exceção dos municípios de São Mateus, Montanha, Ecoporanga e São Gabriel da Palha que ultrapassam 1%. A maior parte dos encaminhamentos é feito para o sul do estado onde se localiza a Clínica Santa Isabel (ESPÍRITO SANTO, 2005).

A microrregião Colatina reúne 17 municípios. 05 deles oferecem serviços de saúde mental. Dentre estes, destaca-se o município de Colatina, que se encontra na gestão plena do sistema, com mais de 111 mil hab e dispõe de 01 CAPS. O segundo CAPS dessa micro localiza-se em Baixo Guandu. Os 03 outros municípios desta micro possuem pouco mais de 20 mil hab e implantaram o serviço na unidade básica de saúde entre 2003 a 2006, através de uma equipe mínima de saúde mental. A maior parte dos municípios desta micro não possuem serviço em saúde mental. O coeficiente de internação está entre 0,78% e 1,70% e encaminham preferencialmente para a Clínica Santa Isabel (ESPÍRITO SANTO, 2005).

A micro Linhares reúne 06 municípios e todos com serviço de saúde mental. A maior parte dos serviços desta micro foram implantados em 1999. Dentre eles, destaca-se o município de João Neiva que com menos de 17 mil hab dispõe de 01 CAPS implantado em 1999 e encontra-se na gestão plena do sistema. Esta micro dispõe de um segundo CAPS localizado no município de Linhares com mais de 122 mil hab (ESPÍRITO SANTO, 2005). Consta-se que a micro Linhares dispõe de maior quantitativo de serviço considerando o número de municípios que a compõe e a densidade demográfica. Mais de 50% dos serviços disponíveis nesta micro, que compõem a macrorregião norte, foram implantados após 2001. O fluxo de internação desta micro é semelhante ao da micro Colatina.

Na macrorregião centro destaca a micro Vitória que reúne a maior parte dos serviços em saúde mental de média complexidade com a existência de 05 CAPS e um ambulatório de psiquiatria. Esta micro possui maior densidade populacional da macro-centro com dois municípios de grande e um médio porte com serviço em saúde mental, estando eles na atenção básica, a despeito da

densidade populacional e recursos assistenciais alocados no território. Apenas 01 município desta micro não oferta serviço em saúde mental, sendo ele de pequeno porte. Os municípios desta micro apresentam coeficiente de internação entre 1% a 1,59%, com exceção de Cariacica com coeficiente de internação em 4,41% (ESPÍRITO SANTO, 2005). Localiza-se neste município o hospital psiquiátrico Adauto Botelho que recebe maior parte dos encaminhamentos desta micro.

A microrregião Serra/Santa Teresa reúne 07 municípios, destes, 05 com serviço em saúde mental. A maior parte dos municípios desta micro são considerados pequeno porte e tiveram serviços implantados entre 2003 a 2004. A exceção da Serra com 394.370 mil hab possui um ambulatório em psiquiatria e Santa Maria de Jetibá com 32.844 e que em 1999 tinha registro de serviço implantado. O serviço de saúde mental desta micro é mantido por equipes mínima de saúde mental. Os 02 CAPS dispostos nesta micro foi implantado recentemente no final de 2005 no município da Serra. O coeficiente de internação dos municípios desta micro está entre 1,11% a 1.59% sendo a maior parte dos encaminhamentos feito para a Clínica Santa Isabel no sul do Estado (ESPÍRITO SANTO, 2005).

A microrregião Vila Velha/Venda Nova reúne 12 municípios, destes apenas 01 não dispõe de serviço em saúde mental. Destaca-se nesta micro a existência de 03 CAPS. Um encontra-se disponível no município de Vila Velha com 405.374 mil hab sendo ao mesmo tempo sede de pólo e de módulo. Além do CAPS Vila Velha dispõe de equipe mínima e consultas psiquiátricas. O segundo CAPS está disposto no município de Guarapari com 108.123 hab e o terceiro no município de Anchieta com 22.312 mil hab. Os demais municípios dispõem de equipes mínimas de saúde mental. Destaca-se nesta micro cinco municípios com coeficiente de internação acima de 2,5% com destaque para o município de Conceição do Castelo com 3.6% e o município de Piúma com 5,2% tendo estes municípios fácil acesso ao município de Cachoeiro do Itapemirim (localização da Clínica Santa Isabel), para onde é destinado a maior parte dos encaminhamentos desta micro (ESPÍRITO SANTO, 2005).

Na macrorregião sul destaca-se a micro Cachoeiro do Itapemirim que reúne 13 municípios. Destes, 08 dispõem de serviços de saúde mental. Essa micro dispõe de dois CAPS. O primeiro CAPS encontra-se disposto no município de Cachoeiro com 198.148 mil hab, sede de pólo e de módulo. O segundo no município de Vargem Alta com 21 mil habitantes. Os demais municípios da micro, que dispõem de serviços, são considerados pequeno porte, com exceção de Mimoso do Sul, e possuem equipes mínima de saúde mental. Os municípios desta micro possuem, de uma forma geral, os maiores coeficientes de internação do estado, chegando, no caso de Cachoeiro do Itapemirim, a 9% (ESPÍRITO SANTO, 2005). Constata-se que a proximidade e a facilidade de acesso à clínicas e hospitais psiquiátricos elevam o índice de internação dos municípios e não estimulam a implantação de serviços extra-hospitalar dada a facilidade da internação e, possivelmente, maior influência de interesses políticos e econômicos desses grupos.

A micro Guaçuí, composta por município de pequeno porte, com exceção do município de Alegre, reúne 11 municípios, destes, 06 dispõem de serviço em saúde mental. Essa micro dispõe de 02 CAPS. Destaca-se nessa micro a existência de 01 CAPS I no município de São José do Calçado com menos de 11mil hab⁴⁶. Os municípios desta micro estão dentro dos que mais encaminham para internação. Os encaminhamentos são realizados para Clínica Santa Isabel, com exceção dos municípios de Bom Jesus do Norte, São José do Calçado e Apiáca que apresentam coeficiente de internação 0% no estado (ESPÍRITO SANTO, 2005). Ressalta-se que estes municípios se localizam próximo à divisa com o estado do Rio de Janeiro e encaminham para lá as internações psiquiátricas. Esse estado mesmo não sendo referência de assistência para os referidos municípios, recebe as internações psiquiátricas encaminhadas⁴⁷.

⁴⁶ O município de São José do Calçado foi estudado por Alvarenga (2008), intitulado “Municípios de Pequeno Porte e a Política de Saúde Mental: o caso de São José do Calçado”.

⁴⁷ Alvarenga (2008) demonstra que a Clínica de Repouso Itabapoana (CRI), foi avaliada pelo PNASH e nessa avaliação o “Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares/psiquiatria 2005/2006” atribuiu à instituição nota inferior a 61%, nota mínima para o credenciamento no Ministério da Saúde. Desse modo, a Pt nº 501 de setembro de 2007, determinou que o gestor local criasse medidas para a suspensão de novas internações e o seu descredenciamento.

Os dados revelam que dos 19 CAPS existentes no estado, 13 estão dispostos em municípios entre 100 a 400 mil hab e os CAPS disponíveis nestes municípios não dão conta de absorver toda a demanda do próprio município. Identifica-se a insuficiência deste serviço na rede, considerando a não absorção da demanda. Esta questão é colocada nos fóruns de debate de coordenadores da saúde mental, que ocorrem trimestralmente no Estado, espaço em que é ressaltada a dificuldade de assistência ao doente mental em municípios que não dispõem de um serviço de atenção diária de média complexidade e não têm para onde encaminhar a demanda para tal serviço. Destaca-se a fragilidade da rede no que se refere ao vazio de serviços assistenciais em consequência da não aplicabilidade do PDR. O mesmo foi proposto para promover a descentralização das ações e serviços de saúde e garantir o acesso da população a serviços e ações de saúde com integralidade e resolubilidade. Atendendo ao princípio de regionalização, o PDR deveria promover a integração entre pontos assistenciais de saúde mediante a constituição de uma rede de atenção à saúde microrregional e macrorregional dentro dos critérios de economia de escala e de escopo. Entretanto, junto com o PDR não foi desenvolvido o Plano Diretor de Investimento (PDI), inviabilizando o processo de regionalização da saúde.

Os municípios de João Neiva e São José do Calçado, considerados pequeno porte, merecem destaque com CAPS implantados. Os demais municípios de pequeno porte seguem a recomendação da política estadual de manterem ao menos uma equipe mínima em saúde mental para atenção ao doente mental.

Visando fortalecer o processo de descentralização político-administrativa, princípio constitucional do Sistema Único de Saúde, a política estadual de saúde mental propõe que as ações de saúde mental sejam desenvolvidas de forma regionalizadas, hierarquizadas, articuladas e estruturadas a partir da realidade microrregional para que os municípios possam ampliar o nível de resposta às demandas de média e alta complexidade (internação hospitalar, serviços residenciais terapêuticos, CAPS I, II, III, CAPS ad e CAPS i). Portanto, cada município deve ter minimamente em sua estrutura uma equipe mínima de saúde mental e a garantia de uma rede de serviços de referência podendo ser esta local ou regionalizada (ES, 2001).

referência para pacientes egressos de hospitais psiquiátricos e de outros serviços de urgência.

Instigadas por esses dados algumas questões foram tecidas: Como se organiza a assistência ao portador de transtorno mental em um município de pequeno porte frente ao processo de descentralização das ações de saúde? Qual a capacidade de articulação do serviço de base local com a rede assistencial disponível no estado? Quais dispositivos são utilizados por estes municípios para responder a demanda na nova proposta de assistência? Que dispositivos assistenciais as equipes identificam no município?

Partimos do pressuposto de que a política de saúde mental no estado do Espírito Santo não se consolidou ainda dentro das diretrizes da reforma psiquiátrica. Logo, a construção da rede de atenção ao doente mental de base territorial é um desafio que se coloca para gestores, profissionais da área e representantes do poder público, que se comprometem com a Reforma Psiquiátrica.

O presente trabalho se insere numa pesquisa maior⁴⁸ que busca analisar o processo de implementação da política de Saúde Mental no estado do Espírito Santo, procurando identificar os grupos que se colocam na defesa e os que resistem à implementação da Reforma Psiquiátrica.

Alguns estudos vêm sendo construídos nesta área avaliando a política em Saúde Mental no Espírito Santo (FERREIRA, 2005; GARCIA, REIS, 2005; ROSSONI, 2006; SOUZA, GARCIA, 2008; ALVARENGA, GARCIA, 2008; OLIVEIRA, GARCIA, 2008; REIS, GARCIA, 2008)⁴⁹. Compreendendo a necessidade de ampliar e aprofundar a temática, propomos analisar o processo de implementação da política de Saúde Mental, buscando refletir a questão: como os municípios de pequeno porte vêm respondendo à necessidade de produzir respostas às demandas de saúde mental de seus munícipes em um contexto de descentralização política e administrativa?

⁴⁸ Trabalho financiado pelo CNPq intitulado “Análise da Política de Saúde Mental do Espírito Santo”.

⁴⁹ Os trabalhos de Souza e Garcia (2008); Alvarenga e Garcia (2008); Oliveira e Garcia (2008); Reis e Garcia (2008), foram ou estão sendo realizados pelo Grupo (FENIX), Grupo de Estudo e Pesquisas em Análise de Políticas Públicas dentro de um projeto que tem como objetivo analisar a política de saúde mental implementada nos municípios capixabas.

3.1.1 - O processo de implantação da política de saúde mental na atenção básica em municípios de pequeno porte do Espírito Santo.

Desconfiai do mais trivial, na aparência, singelo. E examinai, sobretudo, o que parece habitual. Suplicamos expressamente: não aceiteis o que é de hábito como coisa natural, pois em tempo de desordem sangrenta, de confusão organizada, de arbitrariedade consciente, de humanidade desumanizada, nada deve parecer natural nada deve parecer impossível de mudar (Bertold Brecht).

Neste capítulo optou-se por construir um percurso em dois momentos: inicialmente apresenta-se a situação de cada um dos seis municípios de pequeno porte pesquisados para, posteriormente, identificar os processos vivenciados para a implementação (ou não) da política de saúde mental (tal como preconizada pelo Ministério da Saúde e pela coordenação estadual de saúde mental).

Cabe aqui um alerta: as linhas que se seguem estão recheadas de imagens fortes, às vezes desanimadoras, às vezes motivadoras, às vezes de pura idealização (do que deveria ser, mas não é) do serviço de saúde mental. Um fato, entretanto, se destacará em todo o percurso: a contraditória ausência presente do médico psiquiatra, cuja imagem aparece em todos os discursos. Marcada sua presença por uma atuação centrada em uma lógica produtivista, por uma ida pontual aos municípios do interior (quando estão presentes) e, por uma ausência nos grupos focais. Mas, essa ausência formal não fez desaparecer seu raio de ação e intervenção: medicação, internação e surto psiquiátrico foram sinônimos de sua presença/ausência.

Tal qual recomendou Brecht, adotamos uma postura de desconfiança ao que se apresentava como “singelo”. Para tanto, cruzamos depoimentos com dados do Ministério da Saúde (Datusus), da SESA (Tabnet), da urgência psiquiátrica e da revisão da literatura, naquilo que na análise do discurso se procura o processo discursivo.

Nossa primeira parada foi no município de Ibirapu⁵⁰.

⁵⁰ A ordem com que os municípios são aqui apresentados não segue a seqüência com que as visitas foram feitas pela pesquisadora e seus colaboradores.

3.1.2 - A política de saúde mental no município de Ibirapu: “A menina dos olhos”

O contato com o município de Ibirapu foi realizado diretamente com o secretário de saúde que, imediatamente, se colocou à disposição juntamente com sua equipe. Os documentos de gestão haviam sido prontamente enviados, quando solicitados pela equipe. A agenda para realização do grupo focal foi feita no primeiro contato com o secretário de saúde com data para a semana que se seguiu, dia de reunião de planejamento e estudo de casos da equipe. De forma receptiva, a equipe se dispôs ao grupo focal realizado com a participação de 01 Assistente social, 02 Agentes de saúde, 01 Oficineira/Psicopedagoga, 01 Psicólogo e a Coordenadora da equipe de SM.

Ao chegarmos ao município nos direcionamos ao local combinado (ambulatório de saúde mental) 30 minutos antes do horário marcado. Apesar do ambulatório de saúde mental não ser de fácil acesso, para quem não é da cidade, não foi difícil localizá-lo, pois de maneira geral era conhecido pela comunidade. Fomos recepcionadas por duas integrantes da equipe de saúde mental que apresentaram alguns usuários do programa e trabalhos realizados nas oficinas terapêuticas. Minutos depois, contamos com a presença do secretário de saúde que nos deu boas vindas e se colocou à disposição para posteriores esclarecimentos no que diz respeito ao grupo de saúde mental. Falou do programa como “a menina de seus olhos” e relatou tê-lo apresentado em um seminário organizado pelo COSEMS em comemoração aos vinte anos do SUS, realizado no município de Guarapari. Nesse seminário, os municípios tiveram a oportunidade de apresentar experiências exitosas desenvolvidas no âmbito municipal. De pronto, o gestor avisava que o programa era uma experiência exitosa – era a sua “menina dos olhos”, dando visibilidade estadual à sua gestão. Após a recepção, este justifica que não participará do grupo por ter uma agenda com o município vizinho.

O Município de Ibirapu localiza-se a 65 km de Vitória (capital do Espírito Santo), cortado pela BR-101 e pela Estrada Ferroviária Vitória-Minas. Com uma população de 10.688 habitantes (considerado pequeno porte), limita-se ao

norte com o município de João Neiva, a leste com Aracruz, a sul com Fundão e a oeste com Santa Teresa. Possui extensão territorial de 199,82 km (figura 8).

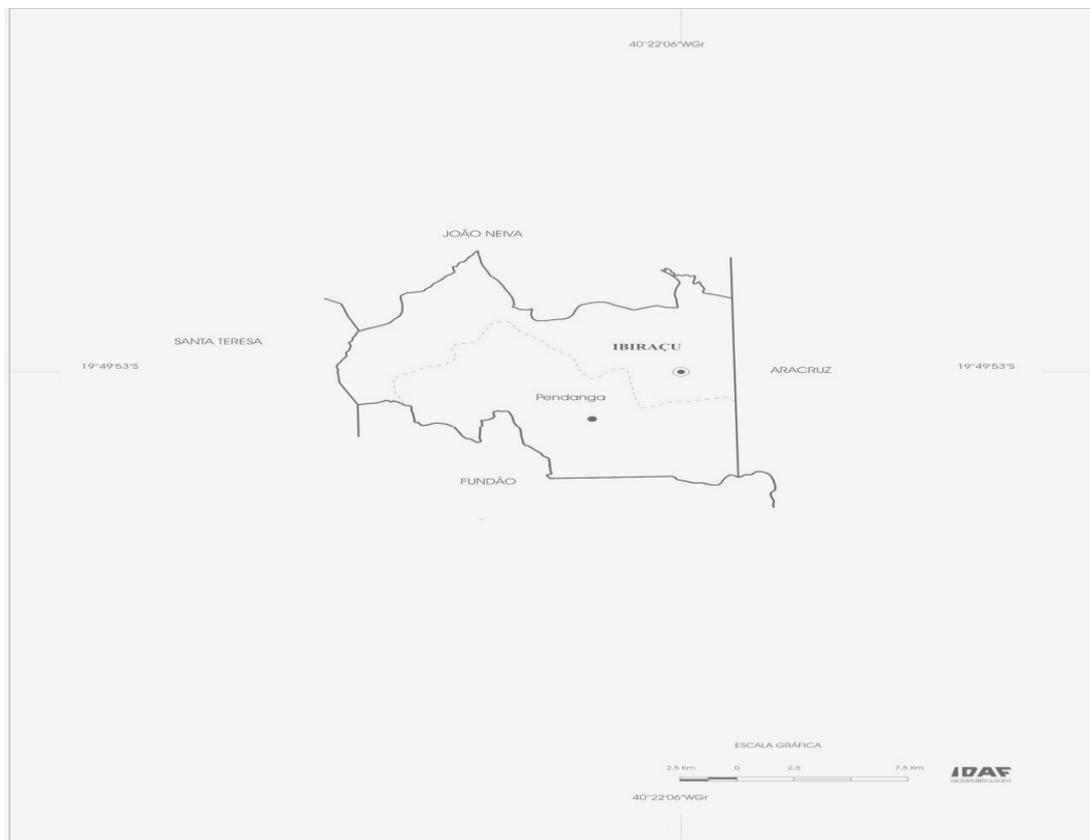


Figura 8 – Mapa de divisa territorial de Ibiracu

O município hoje é constituído por 2 distritos: Ibiracu e Pendanga e, como município de pequeno porte populacional, integra a lista de municípios brasileiros com pequena densidade econômica e fortemente dependente de transferências fiscais. Segundo dados dos municípios capixabas (IJSN, 2007), em 2006, o PIB de Ibiracu ocupava o 38º lugar no ranking dos municípios do ES, o 7º lugar em relação à taxa de analfabetismo e IDH.

Tabela 2 - Distribuição dos gastos por função do município de Ibirajú

Item Gasto	%
Administração, previdência, judiciária e encargos da dívida	32,4
Educação	23,5
Saúde	19,0
Saneamento, habitação, transporte e urbanismo	11,7
Cultura, desporto, lazer, cidadania, assistência social e segurança	6,1
Legislativa	4,6
Apoio ao desenvolvimento	2,7
Despesa total	100%

Fonte dos dados: Balanços Municipais, IJSN, 2007.

Avaliando a distribuição de gastos, observamos que o percentual aplicado na educação ficou abaixo do estabelecido no Artigo 212 da Constituição Federal de 1988 que prevê investimento para a educação de, no mínimo, 25% do montante de recursos próprios, o que demanda maior fiscalização do Conselho Municipal de educação. No caso da saúde, o município (que se encontra na gestão plena da atenção básica), cumpriu a Emenda Constitucional 29 que prevê investimento de, no mínimo, 15% do montante do recurso próprio. Observamos que o município investiu acima do percentual mínimo estabelecido para desenvolver a política de saúde no âmbito municipal.

Encontrando-se na Gestão Plena da Atenção Básica, o município não tem que dispor de recursos tecnológicos e serviços de maior complexidade, mas vale lembrar que este não deixa de ser o responsável direto pela Atenção à saúde no primeiro nível da assistência, devendo responsabilizar-se por ações de caráter coletivo e/ou individuais. Para atender a atenção básica, o município conta com uma rede que dispõe de 12 unidades básicas de saúde, um posto de atendimento odontológico móvel e um pronto socorro (tabela 3). Reúne um contingente de 78 profissionais da área da saúde e, entre eles, conta com apenas 01 assistente social.

Tabela 3 - Relação de profissionais que atuam nos estabelecimentos de saúde do município de Ibirapu

ESTABELECIMENTO DE SAÚDE	PROFISSIONAIS									TOTAL
	MÉDICO	ENFERMAGEM	AUX. ENF.	TÉC. ENFERMAGEM	PSICÓLOGO	ASSISTENTE SOCIAL	AGENTE COMUN. DE SAÚDE	TÉCNICO EM RADIOLOGIA	ODONTÓLOGO	
US Ibirapu	05	01	01	04	01	01	00	-	-	13
US São Benedito	-	-	01	-	-	-	-	-	-	01
US Alto Bérgamo	-	-	01	-	-	-	-	-	-	01
US C Bernardo	-	-	01	-	-	-	-	-	-	01
US Monte Seco	-	-	01	-	-	-	-	-	-	01
US Guatemala	-	-	01	-	-	-	-	-	-	01
Odonto móvel	-	-	00	-	-	-	-	-	01	01
US PACS de Ibirapu	04	02	01	01	-	-	17	-	02	27
US Francisco Tótola	-	-	01	-	-	-	-	-	-	01
US Pedro Palácios	-	-	-	01	-	-	-	-	-	01
US Pendanga	01	01	01	01	-	-	09	-	01	14
US Rio Lampê	-	-	01	-	-	-	-	-	-	01
US Santo Anatônio	-	-	01	-	-	-	-	-	-	01
Pronto Socorro	05	01	03	04	-	-	-	01	-	14
TOTAL	15	05	14	11	01	01	26	01	04	78

Fonte: Relatório de Gestão 2006

Das 12 unidades de saúde, 09 são de interior, mantidas como ponto de apoio das equipes de saúde, ou seja, o atendimento diário é prestado por um profissional auxiliar de enfermagem, que realiza procedimentos de curativos, aplicação de vacina, aferição de pressão arterial, entre outros, compatíveis à sua função. O auxiliar de enfermagem também é responsável por agendar os atendimentos realizados pela equipe de saúde uma vez na semana. A Unidade Pendanga e PACS de Ibirapu comportam as Estratégias Saúde da Família

(100% de cobertura), oferecendo atendimento diário por profissionais médicos, enfermeiro, técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem, agente comunitário de saúde e odontólogo. A unidade Ibraçu funciona como sede e, além dos profissionais que compõe a ESF, dispõe de 01 psicólogo e 01 assistente social. Para a demanda de urgência e emergência, o município dispõe de um pronto socorro municipal.

Os serviços de maior complexidade devem ser referenciados seguindo a lógica do Plano Diretor de Regionalização da Saúde (PDR). No PDR, Ibraçu pertence a macrorregião norte e microrregião Linhares e sua referência em saúde para média e alta complexidade deve ser feita para os municípios da micro com maior densidade tecnológica, especialmente Linhares, pólo de micro e macrorregional e sede módulo, que se localiza a 66 km de Ibraçu.

Para demonstrar o fluxo de referência de Ibraçu para média e alta complexidade, apresentamos a seguir o quadro de internações dos residentes realizadas em outros municípios.

Tabela 4 - Internações de residentes de Ibraçu em outros municípios por especialidade

Municípios referenciados	Clínica	Obstetrícia	Clínica	Psiq	Ped	Total
	Cirúrgica		Médica			
Aracruz	33	113	36	-	24	206
C. de Itapemirim	-	-	-	23	-	23
Cariacica	2	-	-	-	-	2
João Neiva	2	8	68	-	17	95
Linhares	3	-	-	-	1	4
Santa Teresa	3	1	1	-	1	6
Serra	12	1	4	-	1	18
Vila Velha	11	1	4	-	2	18
Vitória	108	1	19	-	15	143
Total	174	125	132	23	61	515

Fonte: Relatório de Gestão de Ibraçu 2006

Observa-se que os municípios da Grande Vitória (Vitória, V. Velha e Serra), concentram 35,1% da demanda encaminhada. Aracruz absorve 40% e João Neiva 18%. Estes municípios são os que mais recebem a população referenciada do município de Ibraçu. Apesar do município de Linhares ser pólo de micro e macro, o fluxo de referência não obedece à lógica do PDR, possivelmente dada à distância e/ou capacidade de resposta do serviço a ser referenciado.

A maior parte da demanda referenciada para o município de Aracruz é para obstetrícia, significando que Aracruz é referência para Ibraçu na saúde da mulher e da criança. Teoricamente, Aracruz possui em seu território um conjunto de tecnologias que atende a esse tipo de demanda de seus municípios e demanda referenciada de municípios vizinhos. O município de Vitória recebe de Ibraçu a maior parte da demanda para Clínica Cirúrgica, fluxo natural também de outros municípios, dado a concentração de recursos tecnológicos do município de Vitória. O município de João Neiva, localizado a 9 km de Ibraçu recebe a maior parte da demanda de Clínica Médica. A demanda de psiquiatria é toda encaminhada para Cachoeiro de Itapemirim, localizado a 192 km de Ibraçu.

Considerando que o município de Ibraçu é diretamente responsável pela organização e fortalecimento da atenção básica, cabe-nos perguntar que ações e procedimentos de saúde o município tem desenvolvido para o fortalecimento da atenção básica.

Buscando responder esse questionamento, analisamos o Relatório de Gestão como instrumento que visa avaliar o cumprimento dos objetivos e metas explicitadas no Quadro de Metas constantes do Plano Municipal de Saúde. Constam nos relatórios analisados (2005 e 2006)⁵¹ descrições numéricas dos procedimentos ambulatoriais e hospitalar destinados aos municípios do Município de Ibraçu, o perfil epidemiológico, a descrição dos parâmetros

⁵¹ Vale lembrar que quando iniciamos a coleta dos documentos de gestão (no início de 2008), o Relatório de Gestão de 2007 ainda não havia sido elaborado. De acordo com a Legislação, o Relatório de Gestão do ano anterior deve ser aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde até o final do primeiro trimestre do ano seguinte.

assistenciais constantes na Portaria 1.101/02⁵², bem como da aplicação anual dos recursos. Não encontramos descrições de ações desenvolvidas para prevenção e promoção da saúde da população. Apenas descritores numéricos de procedimentos realizados em programas definidos como prioritários pelo Ministério da Saúde, como Tuberculose (TB), Hanseníase (Hanse), Hipertensão/Diabetes, saúde da mulher e da criança, imunização, saúde bucal, entre outros. Nesse sentido, o Relatório de Gestão nos pareceu limitado enquanto instrumento de avaliação do desenvolvimento do planejamento da saúde por não avaliar as ações planejadas, descrevendo o que foi realizado e justificando o que não foi, bem como por não apontar os obstáculos que dificultaram o trabalho e as medidas necessárias para efetivação do mesmo.

Para realizar a análise do relatório tomamos por base também o Plano Municipal de Saúde 2006 a 2009 que, como instrumento de gestão, deve apresentar (com base em uma análise situacional), intenções e resultados a serem perseguidos no período de quatro anos expressos em objetivos, diretrizes e metas. O plano definiu quatro objetivos e metas para alcançá-los. O primeiro: oferecer atenção integral à saúde da população, priorizando as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Para alcance desse, estabeleceu-se como metas a implantação e implementação dos programas definidos pelo Ministério da Saúde, a saber: manutenção e ampliação da Estratégia Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde; Saúde Bucal; Assistência Farmacêutica, entre outros, bem como compra de equipamentos para as unidades de saúde.

O segundo objetivo foi garantir o acesso da população à atenção à saúde complementar; serviços de média complexidade; atendimento de urgência e emergência; serviços laboratoriais e de rádio-imagem. Para o alcance do objetivo definiu-se como metas: manutenção das ações de média complexidade; o consórcio de saúde; serviço de urgência/emergência por meio de um Pronto Atendimento; implantação do Centro de Reabilitação Física de Ibiraju; e **estruturação e manutenção do Programa de Saúde Mental.**

⁵² Estabelece os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do SUS.

O terceiro objetivo foi definido como organização das ações de vigilância epidemiológica, ambiental e sanitária, com vistas ao cumprimento das metas e indicadores pactuados nas três esferas de governo. Para o alcance desse objetivo foi tomado os indicadores de saúde estabelecidos na Programação Pactuada Integrada (PPI da Atenção Básica).

O quarto objetivo foi melhorar a gestão da saúde no município, nas dimensões política, administrativa, operacional e de infra-estrutura e, para isso, estabeleceu-se como meta: construção, reforma e ampliação de Unidades de Saúde e administrativas; Implementação das ações de planejamento, controle e avaliação. Para o alcance das metas e objetivos, definiu-se no plano o valor a ser destinado para o desenvolvimento das ações. Como instrumentos de gestão, previstos na Lei Orgânica, o Plano Municipal de Saúde e o Relatório de Gestão foram elaborados pelo município seja na intenção de indicar processos e métodos de formulação, seja como requisito para fins de repasse financeiro. De uma forma ou de outra, em termos legais, o município, ao apresentar os instrumentos de gestão, atendeu a Lei que atribui às esferas de gestão a responsabilidade de elaborar seu planejamento.

No planejamento das ações de saúde do município de Ibiraju, a Saúde Mental apareceu em um dos eixos de ação definidos no plano municipal de saúde, dentro do objetivo: “garantir o acesso da população à atenção à saúde complementar”. Neste é previsto a necessidade de estruturação do programa saúde mental sendo definida como metas a adequação das instalações físicas para o atendimento aos usuários da saúde mental e aquisição de equipamentos.

A estratégia de estruturar o programa saúde mental indica a compreensão do município de que a saúde mental não faz parte dos programas prioritários do Ministério da Saúde (por isso apareceu na saúde complementar), mas certamente faz parte das ações de saúde prioritárias do município por considerar dados apontados no relatório de gestão que sugerem investimentos na área.

As internações dos residentes de Ibiraju ocorreram em Cachoeiro do Itapemirim. Abaixo apresentamos os valores gasto com estas internações.

Tabela 5 - Valores totais com internações de residentes de Ibirapu – 2006

Especialidades		Quant.	%
Clínica cirúrgica	R\$	183.571,45	56,6
Obstetrícia	R\$	47.984,26	14,8
Clínica médica	R\$	53.973,32	16,6
Psiquiatria	R\$	15.605,10	4,8
Pediatria	R\$	23.048,22	7,1
Total	R\$	324.182,35	100,00

Fonte: Relatório de Gestão, 2006

Destinou-se à internação psiquiátrica 4,8% do percentual gasto com internação, representando um valor de R\$15.605,10 que, dentro da proposta da reforma psiquiátrica, parte deste recurso poderia ser revertido para ações ambulatoriais se houvesse uma política de investimento para reversão do modelo.

Ao considerarmos a série histórica das internações dos residentes de Ibirapu entre 2000 e 2006, podemos afirmar que no decorrer desse período houve diminuição no número de internações realizadas, como descreve a tabela abaixo.

Tabela 6 - Internações de residentes de Ibirapu por Especialidade

Especialidade	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Clínica cirúrgica	122	166	220	128	179	175	174
Obstetrícia	147	136	95	89	96	81	125
Clínica médica	193	165	175	157	165	162	132
Psiquiatria	48	26	40	18	17	20	23
Pediatria	74	76	57	56	75	70	61
Total	584	569	587	448	532	508	515

Fonte: Relatório de Gestão, 2006

No caso da internação psiquiátrica, a redução foi de mais de 50%, se considerarmos o número de internações ocorrido em 2000. Cabe lembrar, que no período de 1999 a 2000 vivencia-se no estado o processo de

implementação da política de saúde mental que incentivou a abertura de serviços de base comunitária e, ao mesmo tempo, o fechamento de leitos psiquiátricos no estado. Em 2000, o município de Ibiraju registrou 48 internações psiquiátricas com coeficiente de internação em 4.13%. Em 2006, com registro de 23 internações psiquiátricas, o coeficiente de internação ficou em 2.15%. Em 2007, este número caiu para 17, com coeficiente de internação em 1.57% e, em 2008 registrou-se 19 internações psiquiátricas elevando o coeficiente de internação para 1.78%. Constata-se uma queda considerável no coeficiente de internação psiquiátrica do município de Ibiraju nos últimos oito anos.

Em resposta ao movimento do estado para implementação da política de saúde mental, o município de Ibiraju implantou em 2002 o programa de saúde mental que atende pessoas com transtorno mental grave, moderado e leve, neuroses e usuários de álcool e outras drogas. Assim, 2003 marca uma redução superior a 50% no número de internações realizadas no ano anterior. O foco principal do programa são os pacientes com transtorno mental grave (psicoses). Entretanto, por tratar-se de um programa de referência no município na área da Saúde mental, são atendidas as demais demandas apresentadas. O atendimento é realizado através de uma equipe mínima de saúde mental exclusiva, composta por dois psicólogos, um psiquiatra, uma técnica de enfermagem que coordena o programa, uma psicopedagoga, uma assistente social e uma técnica de enfermagem que auxilia a equipe. O Serviço é custeado com recursos próprios, o que demanda priorização de investimento voltado para a área por parte dos gestores. Segundo a equipe que atua no programa, a meta é reduzir o alto índice de internação de seus munícipes em hospitais psiquiátricos e, para isso, desenvolvem oficinas terapêuticas, atendimentos em grupos, atendimentos individuais, visitas domiciliares, acompanhamentos aos familiares dos usuários do programa e ações educativas junto à comunidade. Chama a atenção assim, para um fato relevante: a redução nas internações psiquiátricas já alcançada não é considerada pela equipe como satisfatória. Há para o grupo uma meta a ser perseguida.

A proposta do município foi montar uma atenção diária que funcionasse na mesma lógica de um CAPS, mas que não dispõe do mesmo suporte físico e logístico. O funcionamento do programa encontra limites por ser financiado com recursos mínimos, sem contrapartida de recursos do governo federal pelo fato de não possuir um número mínimo de habitantes, exigido pelo Ministério da Saúde para a garantia de financiamento de um serviço como CAPS.

Ressaltamos aqui que dos 78 municípios capixabas, 55 são de pequeno porte (menos de 20.000 mil habitantes), ou seja, apenas 23 municípios têm garantia legal de repasse de recurso para implantação de CAPS, destes, apenas 15 dispõem do serviço. Os demais se vêem obrigados a implantarem serviços independentes de sua capacidade de alocação e/ou se articular com municípios vizinhos para, dentro do processo de regionalização, formular um projeto de construção de um CAPS regional. Isso demanda um longo processo de negociação entre gestores municipais, tendo em vista que o sucesso da negociação vai depender de uma série de fatores em que serão consideradas questões geográficas (acessibilidade), garantia de referência e contra-referência, capacidade de gestão de serviços e questões políticas (autonomia dos gestores e visibilidade da ação).

O Ministério da Saúde define como prioritários os programas de combate e controle de doenças que aumentam a morbidade e mortalidade da população e/ou doenças que disseminam, tornando-se um problema de saúde pública. Seguindo essa lógica, as ações de saúde dos municípios deveriam ser priorizadas tomando por base o quadro epidemiológico do município. Mas, no geral, não é assim que funciona, tendo em vista a forte dependência dos municípios de repasses do governo federal para o desenvolvimento das ações de saúde. Nesse sentido, a capacidade do governo local em formular e implementar uma dada política apresenta-se limitada, ou seja, a capacidade de gestão do município na implementação de um determinado programa encontra-se condicionada a incentivos financeiros.

Tomando por base o quadro epidemiológico, devemos considerar dados da secretaria de estado da saúde (SESA) que, ao definir diretrizes para a organização da Atenção Primária à Saúde, aponta que 22% da população

adulta apresenta algum transtorno mental e necessita de atenção para sua saúde mental (para Ibiraçu esse percentual representa uma população alvo de aproximadamente 1.600 pessoas). Mas, ainda assim, a saúde mental até 2008 não havia entrado como programa prioritário do Ministério da Saúde. No início de 2008, a Portaria nº 325/GM estabeleceu prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Vida para 2008 e os indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde, destacando a saúde mental como uma das áreas prioritárias. Para isso, foram pensados em dois indicadores: a) taxa de cobertura CAPS por 100 mil habitantes; b) taxa de cobertura do Programa de Volta para Casa. Os objetivos desses indicadores são: ampliar a cobertura de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e beneficiar pacientes de longa permanência em hospitais psiquiátricos por meio do Programa de Volta para Casa. O alcance desses dois indicadores implica em priorização de investimento na área por parte do governo Federal e estadual, ou seja, o incentivo financeiro.

Vale destacar que o parâmetro de população alvo estimada para atenção em saúde mental é maior que o estimado para Hipertensão (20% da população adulta hipertensa) e para o Diabetes (8% da população adulta diabética). Como não poderia ser diferente, estes últimos fazem parte dos programas prioritários do Ministério desde o início da Programação Pactuada Integrada (PPI), mas o mesmo não havia acontecido com a saúde mental.

Independente do percentual de população em risco de adoecimento mental, até o início desta década não havia incentivo financeiro por parte do Ministério da Saúde para criação de serviços de atenção à saúde mental de base comunitária. O incentivo ocorria apenas em termos de debate, fomentando a necessidade de criação de serviços. Esse processo resultou na criação de serviços frágeis que, por vezes, não dispõem de recursos humanos, físicos e logísticos para uma atenção adequada ao usuário. Nossa afirmativa se sustenta com base nas visitas realizadas nos municípios capixabas⁵³ quando buscamos identificar a organização dos serviços existentes no espaço municipal.

⁵³ A Pesquisa “Política de Saúde Mental: entre tramas, redes e atos” percorreu os 78 municípios capixabas.

No caso de Ibirajú, confrontam-se duas imagens: a vontade política dos técnicos de fazer avançar o trabalho e um cotidiano marcado por dificuldades operacionais.

“[...] precisávamos de um veículo próprio que ficasse à disposição integral do programa, um espaço físico mais adequado, como a cada dia aumenta mais a demanda, se aumentasse a equipe seria muito bom, mas funcionamos de acordo com o que o município pode estar oferecendo” (fala do profissional 1 da equipe de SM).

O que o município pode oferecer, expressa claramente, por um lado a limitação de recursos financeiros e, por outro, a existência de uma demanda por este serviço, superior a sua capacidade de resolubilidade. Essa demanda pressiona o grupo a pensar e repensar suas ações e alternativas possíveis de serem utilizadas para melhorar o trabalho. Uma das questões pontuadas pelos técnicos foi a necessidade de garantir instrumentos utilizados por estes no cotidiano do trabalho.

“É preciso melhorar a ferramenta de trabalho, como computador, teste psicológico” (fala do profissional 2 da equipe de SM).

A fala da equipe aponta dificuldades na ausência de alguns instrumentos de trabalho considerado por eles necessários, que depende da capacidade de alocação de recursos, fato que impõe limites no desempenho das atividades. Mas, ainda assim, no entendimento da equipe, o município está à frente de outros de sua macro que não garantem atenção voltada para as pessoas em sofrimento mental. Assim, o “podemos melhorar” tem como parâmetro também o desempenho do município vizinho.

“[...] nós atendemos pacientes de Aracruz. Porque Aracruz não tem um programa de referência montado, nem CAPS, apesar de pela população comportar um CAPS II. Aracruz tem mais de 60.000 mil habitantes e muito dinheiro da Aracruz Celulose, mas não estruturaram nenhum programa...” (fala do profissional 1 da equipe de SM).

O município de Aracruz, apontado pela equipe, encontra-se na relação de municípios de médio porte (75.020 mil hab.), mas que só dispõe de equipe mínima de saúde mental. Entretanto, como afirmado acima (e confirmado pela equipe de pesquisa), não existe um serviço de atenção diária naquele município e os atendimentos são realizados isoladamente pelos profissionais (psiquiatra e psicólogo) que lá atendem em dias alternados.

“[...] se você fizer uma comparação do nosso município com o município de Aracruz que é muito maior do que o nosso em número de habitantes, nós vamos estar de parabéns...” (fala do profissional 2 da equipe de SM).

A equipe avalia positivamente a existência e o funcionamento de um programa de saúde mental municipal, tendo como parâmetro um município de sua micro com maior número populacional, com garantia de recurso do governo Federal para implementação de um serviço de referência. Apesar do aparente esforço do município de Ibiracu em sustentar um serviço de atenção à pessoas com sofrimento psíquico, e compreender o mesmo como referência em sua micro, não identificamos nenhum instrumento de avaliação do serviço nem relatórios de avaliação do trabalho. Por outro lado, as ações realizadas em saúde mental não são nem mesmo mencionadas no relatório de gestão. Devemos considerar que a ausência de avaliação e monitoramento dos serviços pode colocar em risco a visibilidade das ações e até mesmo impossibilitar a manutenção e/ou ampliação das mesmas.

Se tomarmos por base o discurso de integrantes da equipe, podemos afirmar que a proposta de intervenção do município se coloca dentro da lógica proposta pela reforma psiquiátrica. Mas, ainda que seja, não se pode avaliar o impacto das ações desenvolvidas no âmbito local. Essas vão depender em muito, além das concepções ideológicas que norteiam as ações da equipe de saúde mental, da capacidade de articulação da mesma com os demais profissionais e setores da comunidade sustentados na quebra de paradigma.

O cuidado dispensado pela equipe e o olhar desta sobre o doente mental deve ser uma prática da comunidade, pois não haverá possibilidade de reinserção social se não operar mudança no olhar da sociedade sobre a pessoa que sofre com transtorno mental.

“A questão da saúde mental passa pela questão da cidadania. Enquanto eles não forem vistos como cidadãos, como alguém que também pertence ao município, o olhar vai ser de preconceito, vai ser de indiferença, vai ser um olhar que machuca. Porque o olhar da sociedade para o doente mental é um olhar cheio de preconceito e nós tentamos fazer essa diferença” (fala do profissional 1 da equipe de SM).

Os técnicos destacam a resistência da sociedade em perceber a pessoa que sofre com transtorno mental como sujeito. Percepção que reafirma a segregação que é imposta a esses sujeitos. Identifica-se aqui uma dimensão do trabalho que transcende os limites da unidade de saúde e se amplia na direção da comunidade local. É imprescindível uma ação técnica, política e ideológica que se inicie no município e rompa suas fronteiras.

Por maiores que sejam as estratégias utilizadas pelos profissionais que atuam na área, a implementação da política de saúde mental apresenta desafios que não podem ser superados apenas pela manutenção e comprometimento de um serviço, ou seja, extrapola a capacidade de resposta de um dispositivo assistencial. Prova disso é que a despeito do município garantir uma equipe mínima exclusiva para atenção ao sujeito com transtorno mental e de apresentar uma proposta de trabalho sustentado na concepção de reinserção social, as internações psiquiátricas são todas realizadas em Cachoeiro do Itapemirim, que fica a 192 km de Ibirapu onde a internação se dá por um período mais prolongado (em média 60 dias). Esse fator demonstra o predomínio da lógica da exclusão social em que o doente deve ser retirado do convívio social. Outro aspecto que chama a atenção é o baixo registro de atendimento de munícipes de Ibirapu na urgência Psiquiátrica do Hospital São Lucas referência para internação psiquiátrica. Dados desse setor indicam que entre 2006 e 2008, 19 munícipes de Ibirapu foram atendidos naquela instituição (ES, 2009). Entretanto, nesse período foram registradas 59 internações.

Soma-se a isso o fato de que o município apresenta um dos maiores índices de internação psiquiátrica de sua micro, apesar de constatar que, de fato,

houve redução no número de internação, seja pela capacidade de resposta do serviço de base comunitária, seja pela redução no número de leitos psiquiátricos no estado, frente ao movimento de desinstitucionalização.

No discurso, a equipe aponta uma dimensão ideológica que vai ao encontro da proposta de desinstitucionalização, mas que encontra um movimento de resistência.

“A gente tem que estar trazendo o paciente até aqui, porque a família muitas vezes não tem disposição pra trazer o paciente. Quer mais que eles fiquem trancados em casa mesmo. Então, a nossa vontade é trazer o paciente até aqui pra que eles desenvolvam pelo menos atividades de arte terapia” (Fala do profissional 2 da equipe de SM).

O suporte familiar é um elemento imprescindível no cuidado ao sujeito com transtorno mental. A fala do profissional aponta para necessidade de uma atenção voltada para os familiares dos usuários do serviço, objetivando envolvê-los no cuidado da pessoa que sofre com transtorno mental. A tarefa é despertar a família para uma nova forma de se relacionar com o sujeito, sustentada no respeito e no reconhecimento de suas potencialidades.

“Porque o que a família deseja num caso de surto psiquiátrico é a internação compulsória e a equipe resiste em internar. Então, a gente tenta convencê-los de que a idéia não é internar, mas procurar socializar o paciente” (Fala do profissional 1 da equipe de SM).

Os profissionais sofrem, em maior ou menor escala, pressões e influência de familiares que, por dificuldades de diferentes ordens em lidar com o transtorno mental, defendem a política de internação. Influenciam essa defesa à disponibilidade de leitos em hospitais psiquiátricos e a facilidade de acesso a eles, como também, a inexistência de um serviço que ofereça suporte no momento de crise.

Para minar o movimento de resistência da família no cuidado com a pessoa que sofre de transtorno mental, segundo a equipe, eles recorrem ao Ministério Público para garantir o direito de permanência do sujeito na comunidade. O Ministério Público é acionado para desempenhar seu papel de defensor dos direitos dos cidadãos, atendendo a Constituição de 1988.

“Então, explicamos que o paciente não precisa ser internado e sim acompanhado pela equipe de saúde e o promotor é muito receptivo ao trabalho da equipe e entende a situação” (Fala do profissional 2 da equipe de SM).

Segundo a equipe, o Ministério Público se apresenta como suporte para o serviço. As famílias de usuários costumam dirigir-se à promotoria para garantir a internação compulsória. Nesse caso, a equipe emite um parecer técnico sobre o tratamento e acompanhamento do usuário afirmando que não há necessidade de internação e, em sua maioria, é apreciado pela promotoria. Também a equipe recorre à promotoria no caso de necessitar responsabilizar a família para acompanhar o tratamento do usuário e assisti-lo.

“Às vezes também a família não dá assistência ao paciente e até maltrata, aí a promotoria chama a família pra conversar” (Fala do profissional 4 da equipe de SM).

Outro suporte apontado pela equipe é o destacamento da polícia militar (PM). Os policiais militares são acionados no caso de uma abordagem a usuários em surto que, por vezes, faz-se necessário o uso da força para imobilizá-los. A equipe pactua com os policiais militares o suporte para esse tipo de abordagem, visando resguardar a integridade física da equipe. Evidencia-se aqui o despreparo da equipe para lidar com o sujeito no momento de crise. Frente ao despreparo, não é possível utilizar técnicas de contenção, restando à equipe a técnica da força policial. Assim, a integridade da equipe pode significar a violação do direito do sujeito.

“Quando a gente tem que abordar um paciente surtado, precisamos do apoio da Polícia Militar, mesmo que no final a equipe consiga abordá-lo sem a ação policial tem que haver a presença de um policial. Estipulamos isso como norma do programa para garantir a integridade física da equipe” (Fala do profissional 4 da equipe de SM).

O suporte policial ao mesmo tempo em que revela os limites da atuação da equipe e dos familiares no controle do usuário em um momento de crise, aparece como instância de manutenção da ordem e instrumento de poder para contenção dos desvios que afetam a essa ordem social. A polícia militar historicamente foi acionada para conter o chamado “louco”. Para garantir uma atenção mais humanizada voltada para o sujeito com transtorno mental, inclusive em uma situação de crise, a Secretaria de Estado da Saúde, através da coordenação de saúde mental, elaborou em 2008 as diretrizes clínicas da

saúde mental. Seu conteúdo traz orientações para os profissionais quanto à gestão da clínica, conforme a complexidade de cada ponto de atenção, e quanto ao fluxo de atendimento aos usuários desses serviços. O lançamento da chamada “linha guia” foi feito no segundo semestre de 2008 e, na seqüência, distribuídos aos municípios. Entretanto, até o momento não se garantiu treinamento para aplicação do material.

O desafio na luta pelo processo de desinstitucionalização exige articulação da equipe com diferentes setores dentro e fora do município. A ESF é apontada pela equipe como parceira no acompanhamento dos usuários do serviço e no processo de inclusão social dos mesmos. Para isso, segundo a equipe, é oferecido capacitação para os Agentes Comunitários de Saúde para que os mesmos trabalhem no sentido de sensibilizar a comunidade em como tratar o doente mental. O propósito é possibilitar que as equipes de saúde trabalhem junto à comunidade o respeito e o acolhimento ao sujeito com transtorno mental. Nesse caso, o ACS é orientado como se deve abordar o sujeito e orientar/estimular a família a lidar e a envolver-se no processo de tratamento.

Somado ao desafio da consolidação de uma nova dimensão ideológica, faz-se necessário uma ação e decisão política. A equipe destaca o apoio político na construção e organização do trabalho. Afirmam que o prefeito e o secretário validam o processo de trabalho e isso sustenta a atuação da equipe. Os primeiros participam das programações educativas desenvolvidas nas comunidades na área da saúde mental e o secretário participa das reuniões de planejamento realizadas semanalmente. Essa participação abre espaço para a equipe apresentar o trabalho que está sendo desenvolvido e planejar avanços.

“Nosso secretário e o prefeito estão sempre presentes e essa presença é um estímulo.....um apoio” (Fala do profissional 2 da equipe de SM)

“Então..... a gente precisa muito desse apoio. Se não tiver esse apoio do secretário de saúde, do prefeito que nos deixa bem a vontade, participam das nossas programações.....sempre estão nos apoiando, eu acho que não teria como tá avançando não. Então passa pela vontade política” (Fala do profissional 1 da equipe de SM).

A implementação de uma dada política não passa pela vontade ou dedicação dos técnicos responsáveis, mas também pela vontade e decisão política. O envolvimento da gestão com a implementação da política que aparece na fala

dos técnicos entrevistados também é observada pela equipe pesquisadora quando nos lembramos da fala do secretário, referindo-se ao programa como “a menina dos olhos”. Mas também, há um estranhamento diante da ausência de avaliação e monitoramento de um programa reconhecido como tão relevante.

Um dos fatores que aponta para o comprometimento da gestão com a implementação da política de saúde mental é a garantia de recurso no orçamento da saúde para funcionamento do serviço no valor de R\$10.000,00 ano, apesar de apresentar pequena capacidade financeira e administrativa. Para a implementação de um serviço de saúde, o gestor local necessita dispor de recursos para planejar e efetivar as ações. Pelo fato da saúde mental ser um programa de transferência de competências proposto do nível federal para o municipal, supõe que cada administração local avalie se tem recursos para arcar com a responsabilidade pública para a gestão do serviço. Assim, configura-se aqui a presença dos componentes de cálculo e de decisão local no processo de descentralização das atribuições. Assim, a garantia de recurso, ainda que insuficiente, evidencia que a gestão tem a saúde mental como uma de suas prioridades, como aparece na fala da equipe.

“[...] Aí a gente percebe o quanto nós crescemos no serviço por sermos um município pequeno e quase não recebemos recursos e temos que trabalhar a saúde mental sem nenhum incentivo do governo Federal” (Fala do profissional 2 da equipe de SM).

A previsão de recurso é um aspecto positivo para execução das ações planejadas, aumentando as possibilidades de efetivação das mesmas. A garantia de recurso voltado para a saúde mental coloca em vantagem o projeto de saúde mental deste município que não se enquadra nos critérios definidos pelo Ministério da Saúde para captação de recursos voltados para a área.

Para aumentar a capacidade de resposta do serviço à demanda que se apresenta, a equipe de saúde mental aciona dispositivos assistenciais no município. No âmbito da saúde, a equipe se articula com as equipes da ESF para acompanhar usuários do serviço que se encontram em acompanhamento. A equipe da ESF ajuda a monitorar o tratamento e, em caso de surto

psiquiátrico, acionam a equipe de saúde mental para garantir encaminhamento mais adequado e evitar internações desnecessárias.

“[...] temos uma boa relação com as equipes de PSF e também com a equipe do PA e Unidade de saúde e sempre que a gente organiza uma capacitação, convidamos a eles e temos uma boa resposta” (Fala do profissional 5 da equipe de SM).

Na fala do profissional a unidade de saúde e o pronto socorro aparecem como dispositivos assistenciais. No caso da unidade de saúde, o suporte se dá para atendimento médico quando o usuário da saúde mental encontra-se fora do surto, considerando que o psiquiatra atende o programa uma vez por semana. Aqui, observa-se uma preocupação com a atenção regular à saúde dos usuários da saúde mental. No caso do pronto socorro, esse é acionado no momento do surto quando o psiquiatra não se encontra. Segundo a equipe, se o médico do plantão avaliar que o usuário necessita de internação, a equipe é consultada antes que o encaminhamento seja feito e a referência passa a ser o Hospital São Lucas, indicado pelo estado como porta de entrada para internação psiquiátrica.

“[...] quando o paciente entra em surto e a gente não consegue tirar ele do surto aqui mesmo no Pronto Atendimento, não tem jeito. A gente pega a ambulância e manda o paciente para o Pronto Socorro psiquiátrico do São Lucas para evitar internação compulsória” (Fala do profissional 5 da equipe de SM).

Segundo afirmação do profissional, no caso de confirmar internação, o hospital de referência (São Lucas) ou mantém o usuário na instituição com internação breve, ou encaminha para o Hospital Adauto Botelho ou Hospital da Polícia Militar. Afirma ainda que as internações realizadas na clínica Santa Isabel são feitas através da família do usuário que não procura a equipe por saber que não haverá concordância da mesma no processo de internação compulsória. Entretanto, o hospital São Lucas registrou em 2007, 08 atendimentos na urgência psiquiátrica de Ibirapu e em 2008, 06 urgências psiquiátricas. Em contrapartida, registrou-se 17 internações de Ibirapu na Clínica Santa Isabel em 2007, e 19 em 2008. Somam-se a isso a constatação de que 100% das internações foram realizadas na Clínica Santa Isabel, apontando para uma dicotomia entre o discurso e a prática.

“Contamos com o Hospital São Lucas para internações. Quando o paciente está em surto, e o psiquiatra não está aqui, a gente envia para o hospital São Lucas e de lá eles providenciam internação para o Adauto Botelho porque no HPM é mais difícil” (Fala do profissional 2 da equipe de SM).

O hospital São Lucas, referenciado pelo estado como pronto socorro psiquiátrico e porta de entrada para internação, aparece no discurso da equipe obedecendo a lógica do fluxo definido pelo estado para internações. Entretanto, dada a ausência de suporte de leitos para internações breves (poucos leitos em hospitais gerais e inexistência de CAPS III no estado) e, a impossibilidade de segurar o usuário no pronto socorro psiquiátrico, o mesmo retorna para o município com encaminhamento para internação, que é facilmente conquistada na Clínica Santa Isabel.

“[...] em Cachoeiro a gente tem internação, mas é via a própria família porque internar em Cachoeiro é muito fácil. E é muito triste porque a gente sabe que na maioria das vezes o paciente volta de lá pior do que foi, mas é a própria família que interna lá sem passar pela equipe. Porque nossa via de internação é o hospital São Lucas” (Fala do profissional 6 da equipe de SM).

Com o encaminhamento para internação do pronto socorro psiquiátrico é possível a família articular-se e obter a vaga na Clínica Santa Isabel. Por mais que o município se esforce em garantir um serviço à pessoa com sofrimento mental dispondo de algum dispositivo assistencial em seu território, sua capacidade de resposta encontra limites. Há aqui delineado vários entraves: a) ausência de leitos em hospitais gerais, b) a resistência da Clínica Santa Isabel em aderir às normas e diretrizes do Programa de Nacional da Assistência Hospitalar, c) ausência de resposta de organização da urgência psiquiátrica no estado, d) ausência do fortalecimento das ações de saúde mental na atenção básica.

No que se refere ao atendimento dos usuários de álcool e outras drogas, por exemplo, a equipe afirma encaminhar para o CPTT localizado no município de Vitória.

“Para os dependentes químicos contamos também com unidades terapêuticas. Encaminhamos geralmente para o CPTT” (Fala do profissional 5 da equipe de SM).

Frente à impossibilidade da equipe em responder às demandas que se apresentam em seu território, a mesma recorre a serviços fora, serviços estes

mantidos por outro município que não tem por objetivo atender a demandas referenciadas de municípios circunvizinhos. O encaminhamento feito para o CPTT demonstra que a equipe o reconhece como serviço de referência especializado em dependência química. Entretanto, trata-se de um serviço disposto e financiado integralmente pelo município de Vitória até 2002. A partir dessa data o mesmo foi credenciado como CAPS ad passando a receber o incentivo do Ministério da Saúde. Como demonstrou Reis (2006), os encaminhamentos realizados por outros municípios impactam na organização e capacidade de resposta a que o serviço se propôs, pois as atividades ficam centradas nos atendimentos individuais e de grupos sem privilégio para as ações de promoção e prevenção junto à comunidade. Ao mesmo tempo, essa questão de Ibirapu aponta para a responsabilidade do estado em garantir a estruturação de uma rede de atenção integral constituída por vários dispositivos que possibilitem a atenção psicossocial às pessoas com problemas mentais. O estado deveria dispor de 10 CAPS ad para atender a demanda. Entretanto, dispõe de apenas 03 CAPS ad, estando eles localizados na região metropolitana da Grande Vitória (Vitória, Serra e Vila Velha).

Não aparece na fala dos técnicos a deficiência de capacitação em saúde mental para os profissionais que atuam na atenção básica e a necessidade de mudança da concepção de que a atenção ao doente mental não deve ser responsabilidade exclusiva da equipe de SM. Ao contrário, a equipe toma para si total responsabilidade no cuidado ao sujeito com transtorno mental. A interação da equipe com as demais, seja da área da saúde, seja de outras áreas, se dá num esforço de sensibilizá-los para uma abordagem ao doente mental menos preconceituosa.

De uma forma geral, a equipe mostrou-se coesa e articulada com outros setores. Demonstrou conhecer a política estadual de saúde mental e ter clareza de um projeto terapêutico que possibilite a inclusão dos usuários do serviço na comunidade. Entretanto, o que se observa é que a equipe encontra-se focada nela mesma, ou seja, atribui os avanços obtidos na capacidade de funcionamento e manutenção do serviço, parecendo não se dar conta de que o mesmo depende de um conjunto de fatores externos que extrapolam a capacidade de atuação da própria equipe. Esta observação se sustenta no fato

de que quando indagados sobre mudanças necessárias para um melhor resultado do trabalho desenvolvido, a equipe aponta para a necessidade de garantia de um veículo que atenda ao programa. Explicitam que, o que falta para que o serviço funcione de forma mais satisfatória é que o poder público municipal atenda às reivindicações da equipe, que “se esforça incansavelmente para estruturar o serviço”.

A equipe também não menciona a necessidade de estruturação de uma rede de atenção ao doente mental micro ou macrorregional, dentro da política estadual de saúde mental. Num esforço de reduzir o coeficiente de internação psiquiátrica, a equipe se volta para a capacidade de resposta do próprio município, que não dispõe de recursos financeiros para maior investimento na área. Nesse sentido, não aparece no discurso elementos importantes que contribuem e/ou dificultam a consolidação da política de saúde mental no estado. A exemplo, não é mencionado o movimento da indústria da loucura que luta para manter o modelo médico hospitalocêntrico e mina a possibilidade de consolidar o modelo proposto pelo movimento pela reforma sanitária.

Assim, ao mesmo tempo em que a equipe demonstrou comprometimento com a proposta do movimento pela reforma sanitária, apresentou-se limitada na proposição de estratégias que possibilitem a quebra do modelo hegemônico que passa por outras dimensões que transcendem o serviço. Saímos de Ibirapu com um sentimento dúbio: há ações estruturadas, há previsão de recursos para a saúde mental, mas há muito que se avançar na formação da equipe, em sua articulação em nível local, micro e macrorregional, em sua concepção e projeto político profissional na área da saúde mental. Mas, o que vimos em Ibirapu não encontramos mais nos outros municípios estudados.

Nossa próxima parada foi no extremo norte capixaba: a cidade de Montanha.

3.1.3 - A política de saúde mental no município de Montanha: um longo percurso

O contato com o município de Montanha foi realizado diretamente com a secretária de saúde que prontamente se colocou à disposição juntamente com

sua equipe. Os documentos de gestão haviam sido enviados após o primeiro contato. A agenda para realização do grupo focal também foi feita através da gestora que, de forma receptiva, dispôs sua equipe para participação no grupo focal que foi realizado com a participação de 03 integrantes da equipe de referência em saúde mental (02 de nível médio e 01 de nível superior) e profissionais de duas equipes da ESF, totalizando 09 pessoas.

Foi a mais longa viagem realizada para realização do grupo focal. Percorremos mais de 700 km entre ida e volta. Ao chegarmos ao município, nos direcionamos para o local combinado e fomos recepcionadas por todos os profissionais que participariam do grupo focal. Estes nos aguardavam na chegada. Este fato nos surpreendeu, pois em nenhum outro município a equipe estava tão disposta e receptiva à realização do grupo focal. O local cedido para a realização do grupo focal foi o auditório de uma das unidades de saúde da família que integram o sistema de saúde municipal de Montanha. As instalações haviam sido recém inauguradas e garantia conforto.

O Município de Montanha localiza-se a 336 km de Vitória (capital do Espírito Santo), possui uma população de 16.718 habitantes (considerado pequeno porte). Localizado no extremo norte do estado, limita-se ao norte com o estado de Minas Gerais, a nordeste com o estado da Bahia, a leste com o município de Pedro Canário, a sul com Pinheiros e a oeste com Mucurici e possui extensão territorial de 1.103,66 km.

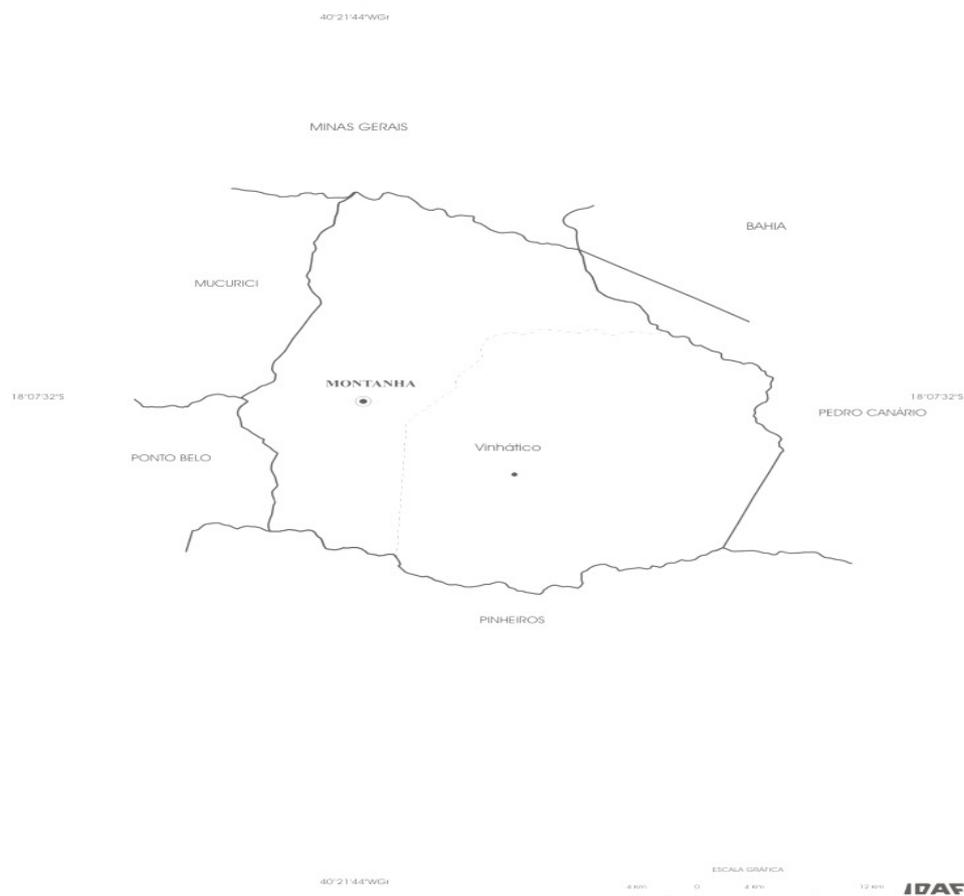


Figura 10 – Mapa de divisa territorial de Montanha

Montanha possui 01 distrito, 06 assentamentos rurais e 03 povoados. Era um município com história e características diferentes das encontradas em Ibiraçu. Segundo dados dos municípios capixabas (IJSN, 2007), em 2006 o PIB de Montanha ocupava o 41º lugar no ranking dos municípios do ES e o 50º lugar em relação à taxa de analfabetismo e IDH.

Tabela 7 - Distribuição dos gastos por função do município de Montanha

Item Gasto	%
Administração, previdência, judiciária e encargos da dívida	13,4
Educação	31,2
Saúde	18,2
Saneamento, habitação, transporte e urbanismo	24,9
Cultura, desporto, lazer, cidadania, assistência social e segurança	5,8

Legislativa	2,8
Apoio ao desenvolvimento	3,7
Despesa total	100%

Fonte: Balanços Municipais, IJSN, 2007.

O percentual aplicado na educação ficou acima do estabelecido no Artigo 212 da Constituição Federal de 1988 que prevê investimento para a educação de no mínimo 25% do montante de recursos próprios. No caso da saúde o município investiu acima do percentual mínimo estabelecido para desenvolver a política de saúde cumprindo a Emenda Constitucional 29, que prevê investimento de, no mínimo, 15% dos recursos próprios (tabela n. 4).

Para atender a demanda de saúde, o município dispõe de 02 hospitais filantrópicos (perfazendo um total de 109 leitos conveniados), 02 unidades básicas de saúde convencional e 05 unidades da ESF.

Tabela 8 - Estabelecimentos de saúde do município de Montanha

Estabelecimentos	Quantidade
Hospital e Maternidade Nossa Senhora da Aparecida	01
Casa Nossa Senhora da Saúde	01
Unidade básica da Saúde da Família	05
Unidade de saúde convencional	02

Fonte: CNES/DaTASUS/2008

A unidade de saúde convencional localiza-se na sede do município oferecendo atendimentos fisioterápicos e odontológicos, agendamento de consultas especializadas e marcação de consultas para clínica geral. As comunidades localizadas na zona rural (18 localidades) são atendidas pelas ESF (100%) e contam com o suporte de uma unidade móvel.

No Plano Diretor de regionalização da saúde (PDR) o município de Montanha pertence a microrregional São Mateus e os serviços de maior complexidade devem ser referenciados para São Mateus (sede de módulo e de pólo microrregional). Os serviços de alta complexidade deve ser feita para Linhares

(pólo de micro e macrorregional e sede módulo), que se localiza a 197 km de Montanha.

O fluxo de referência de Montanha para média e alta complexidade ocorre da seguinte forma:

Tabela 9 - Internações de residentes de Montanha em outros municípios por especialidade

Municípios referenciados	Clínica	Obstetrícia	Clínica	Psiquiatria	Pediatria	Total
	Cirúrgica		médica			
Boa Esperança	1	-	-	-	-	1
C. do Itapemirim	-	-	-	18	-	18
Cariacica	1	-	-	-	-	1
Colatina	10	-	-	-	-	10
Guarapari	1	-	-	-	-	1
Linhares	2	-	1	-	-	3
Montanha	113	244	487	-	179	1.023
Mucurici	1	3	1	-	-	5
Pinheiros	-	1	1	-	-	2
Santa Tereza	15	-	-	-	-	15
São Gabriel da Palha	-	-	1	-	-	1
São Mateus	44	4	16	-	7	81
Serra	8	-	-	-	-	8
Vila Velha	7	-	-	-	2	9
Vitória	68	2	25	-	14	109
Total	271	254	532	18	202	1.287

Fonte: AIH/DATASUS- 2006

Observa-se que a maior parte da demanda dos munícipes de Montanha foi referenciada para o próprio município (79,48%). Além das demandas de urgência e emergência de pronto socorro, o hospital realiza partos naturais e cesáreas, internações diversas e cirurgias de urgência e eletivas, reduzindo encaminhamentos para os municípios de referência da micro. 100% da demanda de obstetrícia foi referenciada para os hospitais do município. São Mateus e Vitória receberam parte da demanda da clínica médica e cirúrgica.

Não houve registro de procedimentos realizados no município de Linhares, referência para o município de Montanha dentro do PDR. O município de Cachoeiro do Itapemirim (localizado a 462 km de Montanha) recebeu 100% da demanda em internações psiquiátricas.

Buscando identificar as ações e procedimentos de saúde que o município tem desenvolvido para o fortalecimento da atenção básica, recorreremos ao Relatório de Gestão. Constam nos relatórios o perfil de morbi-mortalidade, informações de saúde sobre nascidos vivos, descrições numéricas dos procedimentos realizados na vigilância epidemiológica no controle de doenças transmissíveis, procedimentos realizados nas unidades de saúde e hospitalar, os indicadores pactuados e alcançados da programação pactuada integrada, bem como a aplicação anual dos recursos. Os indicadores de morbi-mortalidade apontaram para óbitos associados pelo uso abusivo do álcool (cirrose hepática de etiologia alcoólica), indicando a necessidade de implementar ações na área. Entretanto, os relatórios não descreveram nenhuma ação realizada pelo programa saúde mental. O Relatório de Gestão não avaliou as ações desenvolvidas como também não apontou limites e possibilidades no processo de organização da gestão.

Recorreremos ao Plano Municipal de Saúde 2006 a 2009, buscando identificar as metas traçadas para o período de quatro anos. O plano definiu linhas de ação a serem desenvolvidas no período. A primeira e a segunda linha de ação apontou para implementação de ações em programas da atenção básica prioritários do MS. A terceira referiu-se a atenção especializada apontando para ações que não são de competência do município, mas do estado, como por exemplo, implementar ambulatórios de pré-natal e gravidez de alto risco. A quarta diz respeito ao sistema de informação, indicando a necessidade de implantação de um sistema informatizado que proporcione controle dos serviços prestados pelo SUS. A quinta linha de ação apontou para a necessidade da regulação, controle e avaliação das ações e serviços prestados pelo SUS. A sexta apontou para a necessidade de desenvolvimento de recursos humanos para o sistema. A sétima indicou a necessidade de adequação da rede física. A oitava referiu-se a estruturação da assistência farmacêutica, e a nona seguiu apontando para a necessidade de garantir que o

pronto socorro dos hospitais se coloquem como referência e contra referência para as equipes da ESF.

No planejamento das ações de saúde do município de Montanha, a Saúde Mental apareceu como proposta de ação. Registrou-se no plano a constituição de uma equipe de saúde mental formada por 01 psiquiatra, 02 psicólogos e 01 técnico de enfermagem, com suporte dos ACS. Definiu-se como meta a implantação de 01 CAPS ad⁵⁴, considerando que a macro dispõe apenas de 01 CAPS I, disposto em São Mateus e um CAPS II disposto em Linhares que não chega a absorver a demanda do próprio município. O plano apontou para a necessidade de garantir as medicações do elenco básico da saúde mental, capacitação dos profissionais da rede básica para o atendimento ao sujeito com transtorno mental e a articulação com as ESF, secretaria de educação e ação social no cuidado à saúde mental. Mas, em direção contrária à proposta, o município não garantiu no plano, recurso específico para a saúde mental.

Ao consultar o sistema de informação, identificamos os valores gastos pelo município com internações.

Tabela 10 - Valores totais com internações de residentes de Montanha – 2006

Especialidade	Quant.	%
Clínica cirúrgica	R\$ 206, 014,80	35,39
Obstetrícia	R\$ 90.139,53	15,48
Clínica médica	R\$ 188.773,54	32,43
Psiquiatria	R\$ 10.958,75	1,9
Pediatria	R\$ 86.208,34	14,8
Total	R\$ 582.094,96	100,00

Fonte: AIH/DATASUS- 2006

Destinou-se à internação psiquiátrica 1,9% do percentual gasto com internação representando um valor de R\$10.958,54, valor menor comparado a outros municípios do estado (por exemplo, a Ibirajú que gastou 4,8%).

Ao considerarmos a série histórica das internações dos residentes de

⁵⁴ Proposta até o momento não implantada pela não garantia de recurso.

Montanha 2000 a 2006, observamos que no decorrer desse período houve uma oscilação no número de internações tendendo a uma diminuição em relação a 2000, com exceção da psiquiatria que sofreu um aumento.

Tabela 11 - Internações de residentes de Montanha por especialidade

Especialidade	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Clínica cirúrgica	273	288	349	332	319	331	271
Obstetrícia	323	314	261	274	296	251	254
Clínica médica	628	698	819	756	780	625	532
Psiquiatria	3	11	5	1	3	10	18
Pediatria	231	158	221	167	220	194	202
Total	1.459	1.469	1.656	1.530	1.618	1.411	1.287

Fonte: SIH/DATASUS/2006

Observa-se aumento de 6 vezes no número de internações psiquiátricas em relação a 2000, mas ainda assim o município manteve um número de internação significativamente menor em relação aos demais municípios estudados, provavelmente em função da dificuldade de acesso às instituições de internação psiquiátrica (localizado na capital ou na região sul do ES).

Em 2000 o município apresentava um coeficiente de internação de **0,18**. Em 2006 o coeficiente subiu para **1,08** com 18 internações. Em 2007, o coeficiente se manteve em **1,08** e em 2008 em **1,02** com 17 internações. Nesse mesmo período não houve registro na urgência e emergência do hospital São Lucas nenhum munícipe de Montanha.

Buscando identificar as ações realizadas pelo município para atender a política de saúde mental, recorreremos à equipe técnica do município para identificar a existência de serviço voltado para a pessoa com transtorno mental no âmbito municipal. A coordenação estadual de saúde mental tem registro de que o município dispõe de uma equipe mínima para responder a demanda de saúde mental desde 1999. Através do contato realizado com a secretaria de saúde, identificamos no município uma equipe mínima de referência em saúde mental

composta por um técnico de enfermagem, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem com experiência de alguns anos no cuidado ao sujeito com transtorno mental e dois médicos da ESF que oferecem suporte para o acompanhamento medicamentoso. A equipe conta com o suporte de um psiquiatra que atende uma vez por mês e uma psicóloga que, no momento da realização da pesquisa, encontrava-se em licença maternidade.

A atenção à saúde mental no município de Montanha reúne três técnicos de referência em saúde mental (01 técnico de enfermagem, 01 auxiliar de enfermagem e 01 enfermeiro) que realizam busca ativa dos casos de transtornos mentais para que os mesmos sejam acompanhados sistematicamente pela equipe de saúde mental, tentando com isso a diminuição dos episódios de crise.

“[...] no município a gente tem a equipe de apoio com uma atenção centralizada...falo muito centralizada porque o atendimento é feito pelos três (aponta para o técnico, o auxiliar e um enfermeiro) que têm que se desdobrar em mil” (fala da profissional 1 da ESF).

Como referência na saúde mental, os três profissionais se “desdobram” para responder junto às famílias e à comunidade as situações de crise que se apresentam, sem dispor no município de serviços que atendam nesses momentos. Soma-se a isso a responsabilidade dos mesmos em acompanhar os sujeitos fora da crise. O recurso acionado para o último caso são as equipes da ESF que são convocadas a dividir responsabilidades na atenção ao sujeito com transtorno mental. Na concepção do profissional que primeiro se pronuncia, as ESFs devem assumir responsabilidades no cuidado à saúde mental e a equipe de referência deve se colocar como suporte. O discurso da coordenadora está em consonância com a proposta da política nacional que convida os profissionais da saúde mental a se inserirem nas ESF e oferecer apoio à equipe generalista no atendimento à demanda que tem sua especificidade. Nesse caso, os profissionais da saúde mental devem oferecer suporte no atendimento a demanda de saúde mental no raio de atuação da equipe e, juntamente com a mesma, desenvolver um trabalho com a comunidade e familiares de usuários egressos de internação, com episódio de crises frequentes, objetivando envolvê-los no processo de tratamento, como também articular-se com outros setores da comunidade que possam oferecer

suporte. Entretanto, essa proposta não é atendida, pois os profissionais da saúde mental encontram-se focados nas situações emergenciais do cotidiano da saúde mental.

A fala da coordenadora repercutiu sobre um dos profissionais que se indignou com a responsabilidade atribuída às equipes da ESF por compreender que a saúde mental é uma área que demanda atendimento especializado. Aponta para a necessidade de garantir o atendimento de rotina por um médico psiquiatra, além de um centro de referência para atender as pessoas com doença mental. Entende que as ESFs trabalham limitadamente com a saúde mental por não dominar a área da psiquiatria e ainda por não contar com garantia de leitos para internação frente à crises.

“A gente está trabalhando da seguinte forma: mantemos a medicação prescrita pelo médico psiquiatra e rezamos para o paciente não surtar” (fala do profissional 2 da ESF).

A fala traz o desabafo de um profissional que se encontra diante de um dilema: por um lado, acompanhar um usuário com demandas específicas sem que tenha sido preparado para isso. Por outro, lidar com pressões colocadas hoje sobre o trabalho da ESF para o qual os técnicos (especialmente o médico), com formação universitária estruturada na lógica da especialização, não tem recebido nem capacitação adequada, nem status social de destaque. Assim, como expressa o médico: “é rezar para o paciente não surtar”. De fato, o município não dispõe de um serviço especializado para atendimento no momento de crise e muito menos a garantia de internações breves. Ou seja, o fechamento de leitos psiquiátricos não foi acompanhado pela implantação de serviços substitutos em número adequado à reversão do modelo . A postura do médico é de total indignação frente ao fechamento dos leitos psiquiátricos do hospital Adauto Botelho. Afirma que a política estadual fechou os leitos deixando os municípios sem suporte para a saúde mental. Especialmente essa micro que dispõe de apenas um CAPS I, situado no município de São Mateus e quatro municípios que afirmam dispor de equipes mínimas de saúde mental. A fala do profissional repercutiu sobre o grupo. É preciso reagir àquele que se configura como oposição ao discurso defendido.

Há no grupo um rechaço a essa fala, que se opunha frontalmente a coordenação da ESF. No embate, a coordenadora da ESF recebe o apoio da equipe que apresenta expressões de concordância na sua fala.

“A gente sabe que a política não é mais internação, porque a internação não contribui pra reabilitação do paciente. A proposta é que tenha um atendimento diário pra que esse paciente seja acompanhado, reintegrado na sociedade” (fala do profissional 1 da ESF).

O discurso aponta para a necessidade de estruturar um serviço como o CAPS que possibilite atenção diária com atividades terapêuticas, garantia de um espaço de convivência. Afirma que a gestão municipal tem empreendido esforços para implantação de um CAPS em parceria com o município de Pinheiros, localizado à 30 km de Montanha. A equipe discorda que a solução seja a garantia de um psiquiatra que atenda diariamente garantindo a medicação e alerta para o risco de implantar um serviço tido como lugar de atendimento para a pessoa com sofrimento psíquico.

“Não vai adiantar conquistar um CAPS e dizer: esse paciente é do CAPS, ele tem que ir pro CAPS.....daí a necessidade de capacitar as equipes para que elas sejam referência no atendimento e garanta a contra-referência para o serviço do CAPS” (fala do profissional 1 da ESF).

A fala do profissional alerta para o risco de se garantir um espaço para a pessoa que sofre com transtorno mental sem que se quebre paradigmas. Aqui, muda o lugar de tratar o “louco”, mas se mantém as formas de relação. O discurso do profissional remete à ESF como referência para atenção nas várias áreas da saúde. O atendimento especializado é apontado como suporte para o atendimento básico, que deve ser de responsabilidade das ESF. A coordenadora aponta para a necessidade de capacitação das ESF para o cuidado às pessoas com sofrimentos psiquiátricos. A defesa é feita no entendimento de que a pessoa com transtorno mental não deve ter uma instituição que responda por ele, mas deve estar incluído nas propostas de ação dos profissionais que atuam na rede básica de saúde. O centro de referência estaria colocado para garantir uma proposta terapêutica adequada com base em um diagnóstico e possibilitar a estruturação de uma política de atendimento em que o usuário tenha a garantia da referência e contra-referência. Essa afirmação é compartilhada por outros integrantes da equipe.

“Daria sim pra gente acompanhar esses pacientes já avaliados pelo psiquiatra e, em caso de dúvidas, poderíamos ligar para o colega. Mas tem que ter interação entre paciente, família e ESF e isso ainda não tem” (fala do profissional 3 da ESF).

O processo pensado dessa forma envolveria para além do usuário, a ESF, a família e, acrescentaria a comunidade. Mas isso precisa ser construído pela equipe. A interação é apontada como forma de garantir o acompanhamento para evitar internações. A equipe afirma que as internações se repetem porque não há acompanhamento adequado ao sujeito com transtorno mental por parte dos profissionais de saúde e da família que não oferece suporte. Nesse sentido, a ESF é vista como possibilidade de desenvolver um trabalho junto as famílias e a comunidade e montar estratégias para diminuir episódios de crise.

“As ações planejadas em nível de município ela ainda não existe. Apenas começou a ser pensada. Sabemos das necessidades, mas temos a dificuldade de implantar essas ações no nível local” (fala do profissional 3 da ESF).

As ações planejadas vão desde atividades ocupacionais, através de oficinas terapêuticas que poderiam ser oferecidas em um serviço de referência, a procedimentos a serem adotados no caso de crise. Ainda não se conquistou isso nos municípios visitados, que não dispõem de CAPS (com exceção do município de Ibirajú que garante uma equipe exclusiva para atenção diária a saúde mental). A equipe aponta para estratégias pensadas, mas não realizadas pela não garantia de uma estrutura física. Denominam a estrutura como lugar de acolhimento a pessoas com transtornos mentais e a vislumbram.

“Nossa gestora tem um projeto para montar uma sala na unidade sanitária pra acolher o paciente quando ele entrar em surto e precisar de observação por um curto período de tempo enquanto não conquistamos o CAPS” (fala do profissional 1 da equipe de SM).

O suporte logístico é pensado por um período de 24 a 48 horas na tentativa de controlar o surto. Suporte que, na proposta de serviços pensado pelo Ministério da Saúde, deveria ser oferecido através dos CAPS, mas o município, por ser de pequeno porte, não tem a garantia de financiamento de um CAPS, sendo obrigado a montar outras estratégias. A proposta de montar uma sala para oferecer suporte no momento de crise é pensada pela própria equipe diante da incapacidade de resposta à prevenção do surto psiquiátrico. A equipe reconhece que a proposta mais adequada seria a garantia de um espaço que

promovesse a integração e a socialização das pessoas com transtornos mentais e familiares.

“Se nós desenvolvermos ações integradas com esses pacientes todos os dias, automaticamente vamos detectar o que é que está desencadeando essa crise” (fala do profissional 1 da ESF).

O discurso aponta para a necessidade de garantir uma estrutura de base territorial para referência de saúde mental. Espaço que garanta acolhimento aos usuários e familiares voltado para as atividades terapêuticas diárias. De uma forma geral, a equipe demonstra conhecer a política de saúde mental. Observa-se ainda que a gestão municipal demonstra preocupação em responder a demanda de saúde mental que se apresenta. Entretanto, o município se vê solitário nesse processo por não contar com uma rede estadual de referência e contra-referência que ofereça suporte às equipes da atenção básica. Outra demanda é a necessidade de capacitação para desempenho das ESF.

“Eu trabalho nesse estado há quase cinco anos e nunca vi uma capacitação em SM. Mas as cobranças vêm assim: toma, se vira que o filho é seu” (fala do profissional 1 da ESF).

O estado ofereceu uma única capacitação para os profissionais da área da saúde mental em 2006, privilegiando os municípios do sul do estado que possuem os maiores coeficientes de internação hospitalar, dada a proximidade com a Clínica Santa Isabel. As vagas não foram publicizadas e muito menos disponibilizadas para os municípios do norte do estado. Sem um programa de educação permanente proposto pelo Ministério, a ser realizado em diferentes níveis, os profissionais se vêem frente às demandas da população com poucas respostas diferentes daquelas tradicionalmente realizadas. “Toma que o filho é seu” expressa esse processo de abandono que os profissionais vivenciam.

“As equipes de PSF estão sempre participando de capacitação, mas na área de SM não tem nada” (fala do profissional 4 da ESF 2).

A capacitação é colocada como possibilidade de reordenação do serviço. Na concepção da equipe, a ausência de capacitação inviabiliza a possibilidade de novas propostas e montagem de estratégias de atuação. Nesse sentido, o estado é responsabilizado por não oferecer as condições necessárias para

mudança do modelo assistencial, pois a equipe é convocada a atuar dentro da lógica antimanicomial, mas não encontra suporte para o desempenho de suas funções. A ausência de capacitação é um dos obstáculos colocados pela equipe que deve ser superada para a implementação da política de saúde mental no município, somado a implantação do CAPS e a garantia de uma rede de referência e contra-referência em saúde mental em nível regional e estadual.

A equipe não aponta para ações terapêuticas realizadas como grupos e oficinas. Idealizam o espaço do CAPS para o desenvolvimento desse trabalho, mas encontra dificuldades para implantá-lo por falta de recursos financeiros. Também encontram dificuldades para planejar e implementar uma rede de atenção à saúde mental de base territorial, mas parcialmente articulam-se com outros setores no âmbito municipal.

“A secretaria de Ação Social nos oferece suporte em relação a transporte, nos ajuda a localizar os familiares e a intervir junto a eles para o cuidado com o paciente, ajuda a supervisionar a administração do medicamento e a identificar se o paciente está ou não em acompanhamento” (fala do profissional 1 da ESF).

O suporte oferecido pela secretaria de Ação Social revela que, independente da resistência da comunidade em acolher o sujeito com transtorno mental, ele e sua família encontram-se no espaço da comunidade e não podem ser ignorados, pois de uma forma ou de outra, em algum momento, demandarão a atenção dos diversos serviços assistenciais. Daí a necessidade de articulação dos vários setores na atenção voltada para o sujeito com transtorno mental.

“Tem também o CRAS que dispõe de Assistente Social, Psicóloga, Fisioterapeuta que quando a gente precisa é só acionar que eles se propõem a uma ou outra intervenção. A secretaria de educação disponibiliza um nutricionista e um psicopedagogo para intervir em alguns casos. Sempre que a gente precisa acionar esses profissionais eles disponibilizam” (fala do profissional 2 da equipe de SM).

Apesar de tratar-se de intervenções pontuais, a equipe consegue visualizar dispositivos assistenciais que podem vir a ser suporte mais efetivo à medida que a rede for se configurando. Apresenta-se a possibilidade de uma política municipal com ampliação da atenção psicossocial com multiplicidade de serviços, para cidadãos em momentos clínicos distintos.

A equipe mostrou-se articulada com outros setores e demonstrou conhecer a política de saúde mental, bem como ter clareza de um projeto terapêutico com possibilidades de inclusão dos usuários da saúde mental. Identifica-se um discurso de co-responsabilização e o conceito de atuação de uma equipe interdisciplinar com responsabilidades compartilhadas. Por um lado, a equipe de referência assume seu papel de organizadora e articuladora do processo. Por outro, a ESF responsabiliza-se no cuidado ao doente mental. Obviamente as resistências aparecem. Por um lado, a resistência expressa o limite e a sobrecarga de ações hoje, colocadas sobre as equipe da ESF. Assim, Montanha apresenta-nos um cenário no qual o discurso configura uma tentativa de inclusão da saúde mental na agenda de trabalho da ESF. Mas esse processo de mudança é permeado por inúmeros desafios e resistências.

Saímos de Montanha com um misto de sentimento: a enfática retórica da atenção básica como porta de entrada no SUS e o seu papel de referenciar aos demais níveis, a ausência do psiquiatra (presente uma vez por mês), a necessidade de avaliar o processo. Enfim, era hora de cruzar o estado e chegarmos à região sul – era a vez de Irupi.

3.1.4 - A política de saúde mental do município de Irupi: uma equipe virtual

Considerando várias tentativas mal sucedidas de falar com a Secretaria Municipal de Saúde, o contato para aproximação da equipe de Irupi e para acessar os documentos de gestão, foi realizado com a assessora desta e a coordenadora da ESF. As técnicas nos informaram que o município dispunha, para atenção à saúde mental, de um farmacêutico recém concursado, uma psicóloga e um médico da Estratégia de Saúde da Família. Após várias tentativas, agendamos o grupo focal com os profissionais acima citados, somados a outros integrantes da Estratégia de Saúde da Família. Os documentos de gestão nos foram enviados parcialmente, durante um longo processo de negociação. Irupi apresentava novas dificuldades não encontradas nos dois municípios anteriores.

Chegando ao local combinado para a realização do grupo focal (Secretaria municipal de Saúde), não encontramos as técnicas responsáveis pelo agendamento, tampouco a equipe que participaria do grupo focal. A recepção foi feita pela secretária de saúde que se mostrou surpresa e indignada por não ter conhecimento da agenda. Fomos conduzidas ao seu gabinete de onde fez contato com sua equipe técnica solicitando que se dirigissem imediatamente para a secretaria de saúde. Minutos depois, conduziram-nos para um pequeno auditório anexo ao gabinete da secretária ao mesmo tempo em que éramos informadas de que a equipe que participaria do grupo focal não havia sido informada da agenda. Mas, uma vez convocada pela secretária, estes chegaram. Aguardamos 40 minutos para iniciar o grupo focal que contou com a participação de 02 médicos da ESF, 02 enfermeiros, 01 psicóloga, 01 farmacêutico, 01 técnica de enfermagem e a assessora da secretária de saúde (farmacêutica).

O Município de Irupi localiza-se a 199 km de Vitória (capital do Espírito Santo) e a 175 km de Cachoeiro do Itapemirim, sua regional de saúde. Com uma população de 10.526 habitantes, Irupi pertence à região da Serra do Caparaó, limitando-se ao Sul, Leste e Oeste com o município de Lúna, ao Norte com Ibatiba, possui extensão territorial de 200 km e um distrito (Santa Cruz de Irupi).

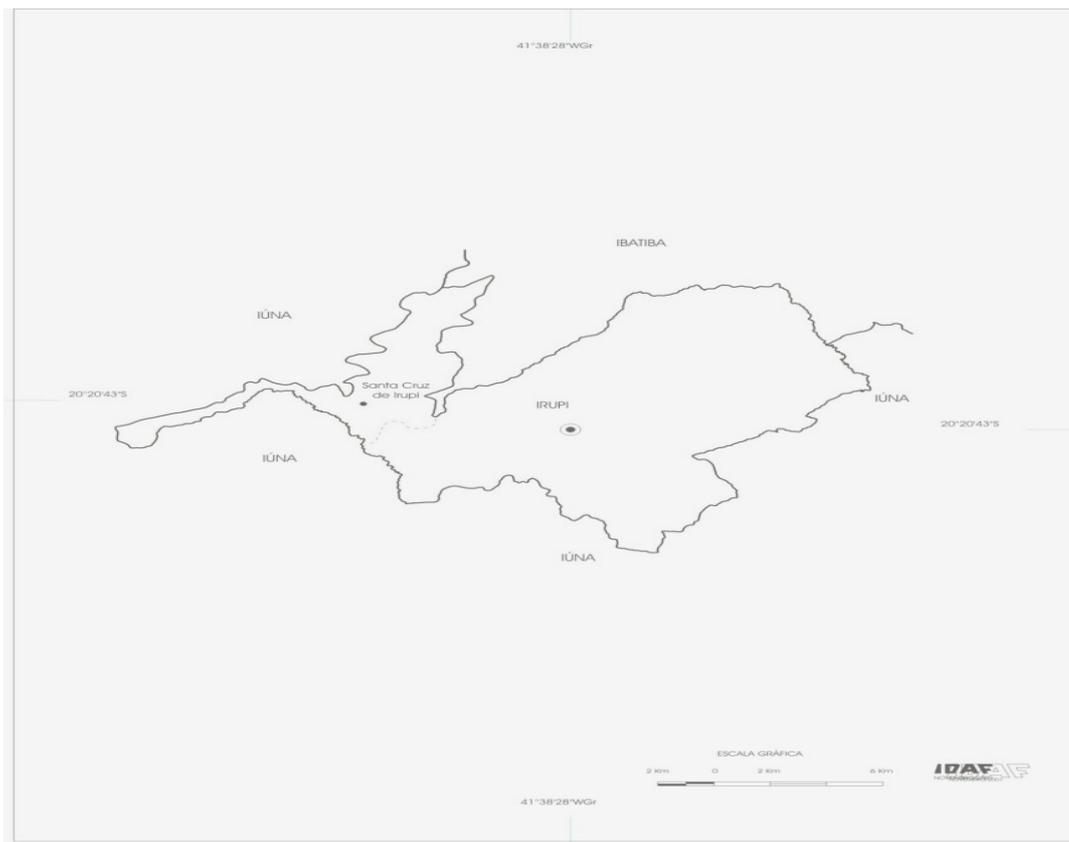


Figura 11 – Mapa de divisa territorial de Irupi

Segundo dados do IJSN (2007), em 2006 o PIB de Irupi ocupava o 58º lugar no ranking dos municípios do ES e 47º lugar em relação à taxa de analfabetismo e IDH, posição que coloca o município entre os 50% com os piores índices do estado. A distribuição de gasto por função em 2006 definida pela administração pública é demonstrada na tabela seguinte.

Tabela 12 - Distribuição dos gastos por função do município de Irupi

Item Gasto	%
Administração, previdência, judiciária e encargos da dívida	33,1
Educação	25,5
Saúde	19,2
Saneamento, habitação, transporte e urbanismo	19,2
Cultura, desporto, lazer, cidadania, assistência social e segurança	5,6
Legislativa	4,6
Apoio ao desenvolvimento	2,7

Despesa total **100%**

Fonte dos dados: Balanços Municipais, IJSN, 2007.

Observamos que o percentual aplicado na educação respondeu ao estabelecido no Artigo 212 da Constituição Federal de 1988 que prevê investimento para a educação de no mínimo 25% do montante de recursos próprios. No caso da saúde, o município de Irupi, que se encontra na gestão plena da atenção básica, cumpriu a Emenda Constitucional 29.

Para atender a atenção básica, o município conta com 05 unidades sanitárias, 03 consultórios odontológicos e 01 Pronto Atendimento.

Tabela 13 - Estabelecimentos de saúde do município de Irupi

Estabelecimento	Quantidade
Consultório odontológico	03
Unidade Sanitária de Irupi II	01
Unidade Sanitária de Irupi SEMSAS	01
Unidade Sanitária Santa Cruz	01
Unidade Sanitária Santa Rosa	01
Unidade sanitária São José mista/Pronto Atendimento 24 horas	01

Fonte: CNES/DATASUS/2007

Das 05 unidades de saúde, 04 são unidades de interior mantidas como ponto de apoio das equipes da Estratégia Saúde da Família (70% de cobertura). Uma unidade funciona na sede como unidade mista e pronto atendimento 24 horas, oferecendo atendimento diário por profissionais médicos, enfermeiro, técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem, farmacêutico, agente comunitário de saúde, odontólogo e psicólogo. Para a demanda de urgência e emergência, o município dispõe de um pronto atendimento municipal que funciona anexo a unidade sede, onde os médicos da ESF atendem uma vez por semana e realizam plantões.

No PDR, Irupi pertence a macrorregião sul e sua referência em saúde para média e alta complexidade deve ser feita para os municípios da micro com

maior densidade tecnológica, especialmente Guaçuí, sede de pólo e de módulo microrregional localizado a 89 km de Irupi e, Cachoeiro do Itapemirim sede de pólo e de módulo macrorregional, a 175 km de Irupi.

Para demonstrar o fluxo de referência de Irupi para média e alta complexidade apresentamos a seguir o quadro de internações dos residentes realizadas em outros municípios.

Tabela 14 - Internações de residentes de Irupi em outros municípios por especialidade

Municípios referenciados	Clínica Cirúrgica	Obstetrícia	Clínica médica	Psiquiatria	Pediatria	Total
Cachoeiro de Itapemirim	18	-	05	34	1	58
Guaçuí	-	-	02	-	-	2
Ibatiba	-	01	35	-	12	48
Lúna	29	103	290	-	153	575
Jerônimo Monteiro	01	-	-	-	-	01
Muniz Freire	01	-	-	-	-	1
São José do Calçado	02	-	-	-	-	02
Vila Velha	05	-	04	-	2	09
Vitória	37	01	04	-	14	56
Total	93	105	340	34	180	752

Fonte: SIH/DATASUS/2006

Observa-se que Irupi referencia a maior parte de sua população para o município de Lúna, localizado a 10 km de sua sede, possivelmente dada a proximidade e/ou capacidade de resposta do serviço a ser referenciado. Neste município, constatamos que a demanda de Clínica Médica, obstetrícia e pediatria é praticamente toda referenciada para Lúna. Na área da Clínica Cirúrgica, a demanda não se segue o fluxo do PDR, sendo a maior parte do encaminhamento realizado para Vitória, que dispõe de um conjunto maior de tecnologia e, em menor proporção para Cachoeiro do Itapemirim, referência para macro sul dentro do PDR. Este último recebe toda a demanda de psiquiatria do município de Irupi. Em termos de internação psiquiátrica, encontramos uma similaridade – a despeito de visitarmos municípios localizados no norte, no centro e no sul do estado do Espírito Santo, a direção

é única a todos – a Clínica Santa Isabel em Cachoeiro do Itapemirim. Em contrapartida, não encontramos registro de munícipes de Irupi na urgência psiquiátrica do Hospital São Lucas.

Buscando identificar as ações e procedimentos de saúde que o município tem desenvolvido para o fortalecimento da atenção básica, analisamos o Relatório de Gestão 2005 e 2006 elaborado pelo município. Constam nos relatórios de Gestão apenas o número de consultas médicas especializadas, número de exames e outros procedimentos disponibilizados na rede básica. Vale ressaltar que os relatórios de gestão se resumiram em uma lauda não apresentando os procedimentos e ações dos programas prioritários do Ministério da Saúde. Não foi descrito no relatório de gestão o perfil epidemiológico, parâmetros assistenciais, aplicação anual dos recursos, sendo estas informações imprescindíveis em um relatório de gestão, e muito menos se avaliou as ações desenvolvidas.

Recorremos ao Plano Municipal de Saúde 2006 a 2009 para identificarmos a proposta de ação e as metas perseguidas pela gestão do sistema municipal. O Plano destaca as características demográficas, geográficas, política e socioeconômica, o perfil epidemiológico referente a 2001 e não aponta os recursos orçamentários. Sinaliza objetivos, metas e estratégias dentro das prioridades de gestão, mas datadas de 2002 a 2005 dando a impressão de que estas foram copiadas do plano anterior, sem considerar o quadro epidemiológico do período de gestão 2005 a 2008.

O plano definiu dois objetivos e metas para alcançá-los. O primeiro objetivo foi definido como **melhoria da qualidade de vida da população**. Para alcance desse, foram estabelecidas como metas: a) melhorar o acesso ao serviço de média e alta complexidade; b) melhorar a condição hidro-sanitária das comunidades rurais do município; c) reduzir a mortalidade de hipertensos e diabéticos.

O segundo foi **melhoria das condições de trabalho e atendimento**. Para esse foram definidas como metas: a) disponibilizar equipamentos, veículos e mobiliários para melhor atendimento das unidades da sede e zona rural; b) implantação da ESF e Saúde Bucal; c) reduzir a incidência de Infecção

Respiratória Aguda; c) reduzir prevalência de obesidade mórbida; d) reduzir o número de doenças sexualmente transmissíveis.

De uma forma geral as metas não apontam para os objetivos definidos. Somado a isso, o plano não aponta como meta a implantação ou implementação dos programas prioritários do Ministério da Saúde e as ações das vigilâncias em saúde, metas prioritárias para estruturar a gestão em saúde. Dito de outra forma, os objetivos e metas não dão conta de eixos prioritários que possibilitem uma melhoria da gestão e reorganização da assistência à saúde. Aqui, o olhar de gestora se entrecruza ao de pesquisadora. A suposição é a de que a construção não adequada do relatório de gestão decorre da falta de orientação e de treinamento do gestor e de seus técnicos para elaboração de um instrumento legalmente obrigatório. No segundo semestre de 2007, e ao longo de 2008 (e não antes disso), a Secretaria Estadual de Saúde ofereceu capacitações para elaboração do plano municipal de saúde e relatório de gestão dentro do programa PLANEJASUS. Ao final desse período, 100% dos municípios capixabas foram contemplados. Espera-se que esse processo tenha ajudado aos municípios a elaborarem de forma mais técnica os instrumentos obrigatórios na gestão.

Tendo em vista que o relatório de gestão não apresentou o quadro epidemiológico do município, não foram evidenciados elementos que apontassem para a necessidade de implementação de ações voltadas para a saúde mental. Assim, no planejamento do município de Irupi, a Saúde Mental não apareceu como objetivo ou meta, logo não se definiu estratégias para implementação de ações na área.

Recorremos ao sistema de informação da saúde (DATASUS) para identificar elementos que demonstrassem a situação da Saúde mental no município. Neste sistema, identificamos o número de internações psiquiátricas dos residentes de Irupi realizadas em Cachoeiro do Itapemirim, bem como valores gastos com essas internações.

Tabela 15 - Valores totais com internações de residentes de Irupi – 2006

ESPECIALIDADE	QUANTIDADE	VALOR	%
Clínica cirúrgica	93	R\$113.649,19	36,06
Obstetrícia	105	R\$37.558,22	11,91
Clínica médica	340	R\$92.691,73	29,40
Psiquiatria	34	R\$13.481,64	4,28
Pediatria	180	R\$58.573,96	18,42
Total	752	R\$ 315.194,74	100,00

Fonte: SIH/DATASUS/2006

Destinou-se à internação psiquiátrica 4,28% do percentual gasto com internação representando um valor de R\$13.481,64 (ou seja, pouco inferior a Ibiraju e muito superior ao gasto de Montanha).

Ao considerarmos a série histórica das internações dos residentes de Irupi entre 2000 e 2006, podemos afirmar que no decorrer desse período houve uma oscilação desta, como descreve a tabela abaixo.

Tabela 16 - Internações de residentes de Irupi por Especialidade

Especialidade	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Clínica cirúrgica	43	102	79	71	111	66	93
Obstetrícia	170	150	146	151	123	131	105
Clínica médica	261	337	312	333	331	328	340
Psiquiatria	11	24	51	40	36	51	34
Pediatria	65	116	92	126	101	138	180
Total	550	729	680	721	702	714	752

Fonte: SIH-DATASUS

Chama-nos a atenção o aumento de internações na clínica médica e pediatria que, em 2006, representou 69,15% do total de internação. Estudo de base nacional comprova que mais de 50% das internações realizadas em hospitais de até 50 leitos são internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial (MENDES, 2002). Ou seja, para manter uma estrutura que não

gera economia de escala⁵⁵, os hospitais de pequeno porte tendem a forçar internações, comprometendo os recursos para esse fim.

Quanto às internações psiquiátricas, observamos uma oscilação entre 2000 a 2006, com ápice em 2002, 2003 e 2005. Em 2000, o município registrou 11 internações psiquiátricas com coeficiente de internação a 1.6%. Em 2006, com registro de 34 internações psiquiátricas, o coeficiente de internação ficou em 3.1%. Em 2007, o número de internação caiu para 21 com coeficiente de internação de 1.9% e, em 2008 registrou-se 34 internações psiquiátricas, elevando o coeficiente de internação para 3.18%. Constata-se aumento considerável no coeficiente de internação psiquiátrica do município de Irupi nos últimos oito anos, podendo este ser reflexo de um movimento incipiente do município em direção à implementação da política estadual saúde mental.

Buscando identificar o movimento do município para responder a demanda nacional e estadual de implementação de ações em saúde mental no âmbito municipal, recorreremos à equipe técnica do município buscando apreender este movimento. Segundo dados da coordenação estadual de saúde mental, desde 2005 (um dos anos com maior índice de internação), o município dispõe de uma equipe mínima para responder a demanda municipal de saúde mental. Identificamos no município 01 médico da ESF que responde como referência em saúde mental, tendo o mesmo participado de uma capacitação em SM ofertada em 2006 pela secretaria estadual de saúde. Além do profissional médico, o município dispõe de uma psicóloga que realiza atendimento clínico há quase dois anos e um farmacêutico, que atua no município há 06 meses e, tem se ocupado em organizar o cadastro dos usuários que utilizam medicamentos controlados.

Para compreendermos a atenção dispensada no município para as pessoas com transtornos mentais, realizamos um grupo focal com duas equipes da ESF, garantindo a participação do médico de referência da SM, uma psicóloga, 02 enfermeiros e 02 farmacêuticos, sendo que um deles atua como assessor

⁵⁵ As economias de escala ocorrem quando os custos médios de longo prazo diminuem, à medida em que aumenta o volume das atividades e os custos fixos se distribuem por um maior número dessas atividades, sendo ao longo prazo um período de tempo suficiente para que todos os insumos sejam variáveis (MENDES, 2001)

técnico da secretária de saúde. Segundo informação da equipe, a demanda da SM no âmbito municipal é referenciada para o médico da ESF e, em caso de surto, a referência é feita para o Pronto Atendimento municipal e de lá para a clínica Santa Isabel e CAPAAC em Cachoeiro do Itapemirim.

“[...] quando atendo um paciente em surto encaminho para Santa Isabel ou CAPAAC, mas mais pra Santa Isabel...se for surto e..... se não for surto e eu achar que o paciente precisa de uma avaliação melhor, encaminho para o Drº..... que é o médico de referência” (fala do profissional 1 da ESF).

A assistência prestada resume-se em atendimento clínico realizado pelo médico e pela psicóloga e garantia de medicamento pelo farmacêutico que faz o controle da medicação. Identificamos no processo do grupo focal que os profissionais ali presentes nunca haviam debatido sobre a assistência à pessoa com transtorno mental. O que se tinha eram atendimentos individuais realizados pelos profissionais da rede. Os profissionais não debatem casos, necessidade de intervenções e não planejam ações.

“Existe uma equipe virtual...você sabe que o médico de referência da SM tá ali, a psicóloga tá aqui, o farmacêutico tá ali...então tem uma equipe virtual porque, no geral, eles não sentam e discutem.....” (fala do profissional 2 da ESF).

A expressão equipe virtual sintetiza vários sentidos. Inicialmente equipe virtual se contrapõe à equipe real. Assim, aquilo que é o substantivo – equipe – é exatamente o que não os define como tal. O adjetivo virtual aqui reafirma sua inexistência no mundo real, mas também a sua potencialidade – pode vir a ser. Por isso, cada técnico - identificado aqui e ali – são marcados por práticas em ilhas, isolados e desarticulados. Estão no município e suas presenças denunciam aquilo que não deviam fazer e, portanto distanciam-se do preconizado pela política de saúde mental. O que precisariam fazer seria articular uma ação em equipe. Como entender o caminho escolhido por Irupi? A história da estruturação desse trabalho marca o raio de ação do Ministério da Saúde e da Secretaria Estadual de Saúde e as repercussões ao nível local.

A iniciativa de montar uma atenção voltada para a SM no município se pautou na garantia de uma cota de medicamento, por parte do estado, que estabelecia como critério a constituição de uma equipe mínima de SM. Assim, constituiu-se para prestação de contas com o estado, uma equipe mínima de SM que nunca

funcionou como equipe. A motivação para implementação do serviço fortaleceu a concepção por parte dos técnicos de uma organização de serviço pautada apenas na garantia da medicação.

“O atrativo do programa é.....tipo assim você vem pra consulta....e eu te dou o medicamento. Então, tem muito paciente que adere ao programa em função do medicamento.....então, dá pra se entender que...que o programa hoje tá se estruturando e se organizando...por que só pega o medicamento quem fizer o acompanhamento com o Dr^o....” (fala do profissional 2 da ESF).

O processo de organização do serviço ocorre em torno da terapêutica medicamentosa. O entendimento de que a equipe está se estruturando é pautado no fato da receita do medicamento prescrito ser emitida pelo médico de referência, ou por um psiquiatra e que o controle da medicação é feito através do farmacêutico que organiza o cadastro dos usuários que pegam este medicamento na farmácia básica. Essa concepção de estruturação do programa revela a ênfase dada ao tratamento do sujeito com transtorno mental, apesar do discurso do médico de referência em Saúde mental ser contrário a essa lógica.

“Ao meu ver o tratamento pra doença psiquiátrica o mais importante é o tratamento terapêutico. Essa é a minha opinião, por exemplo, eu nunca vi um cara com esquizofrenia ou com uma depressão grave que ficasse vez 100% bom com remédio” (fala do profissional referência em SM).

O discurso do médico aponta para necessidade da saída do foco da medicalização para outros tipos de ação. Mas, apesar do discurso, não se tem registro de que os profissionais envolvidos no processo estejam buscando uma atuação pautada em uma proposta terapêutica voltada para a reinserção social e uma definição quanto aos papéis dos mesmos no processo de tratamento, apesar de destacarem no grupo a importância da atuação de uma equipe multidisciplinar.

“[...] na minha opinião.....não só o paciente de SM, mas todos os pacientes tem que ser trabalhado por uma equipe multidisciplinar.....eu acho que quando você tem a capacidade de uma equipe multidisciplinar sentar, igual nós estamos sentados discutindo a questão com o paciente...conversando...muita coisa poderia ser feito” (fala do profissional 1 ESF).

Irupi mostrava claramente o processo reflexivo acionado pelo movimento da pesquisadora em sua coleta de dados. Ao colocar os técnicos frente a frente

para conversarem sobre o trabalho, uma constatação estruturou todo o discurso – a necessidade (derivada da sua ausência) de uma ação articulada que pressupunha o diálogo entre estes. Constatamos no processo do grupo focal que os profissionais que ali estavam, até então, não haviam sentado para debater a necessidade de estruturação do serviço. Certamente, a ausência do debate não possibilitou a constituição de um serviço de referência no município de Irupi, por parte dos próprios profissionais, impossibilitando a construção de uma política municipal de SM. Entretanto, aparece no discurso a necessidade da estruturação de um serviço que não se limite à terapêutica medicamentosa.

“Se esses pacientes tivessem um acompanhamento com psicólogo, um trabalho de ressocialização.....por que essa doença, remédio não cura. Remédio dopa o paciente no surto quando ele tá maluco por ai tirando roupa, xingando, batendo, quebrando tudo. Então tinha que ter uma mudança no sistema pra ressocializar essa pessoa porque ela precisa de ressocialização” (fala do profissional de referência em SM).

Considerando que o médico de referência passou por um processo de capacitação, é possível que o discurso reflita esse processo. Sabemos que o processo de capacitação na área da SM é ínfimo. A SESA, em parceria com o Ministério da Saúde, ofertou em 2006 uma capacitação apenas para profissionais médicos de municípios do sul do estado onde ocorre a maior parte dos encaminhamentos para internações psiquiátricas, dada a proximidade com a Clínica Santa Isabel. A capacitação não se estendeu a 100% dos profissionais das equipes dos municípios contemplados. Mas, ainda que o MS tenha como proposta expandir o curso de capacitação ofertado, não significa que a capacitação em si garanta a reorientação do modelo de atenção, pois isso implica em quebra de paradigma e comprometimento dos profissionais envolvidos no processo. Mais do que isso, deparamo-nos com correlação de forças contrárias às novas formas de atuação.

“olha a indústria farmacêutica todo dia.....todo mês, lança um anti-depressivo. Eu sei porque eu recebo revistas atualizadas, essas revistas que a gente recebe né...sempre nas revistas vem o artigo pra gente ler da medicina, e do lado a propaganda do remedinho, remédio novo esse é bom, bonito, colorido...todo mês vem um remédio diferente, e aí o que você faz, não deu certo com um, você tenta com o outro” (fala do profissional de referência em SM).

Aqui aparece a tensão existente entre as duas grandes vertentes que permeiam a questão da loucura: o projeto político da reforma psiquiátrica e o projeto neoliberal que fortalece a indústria da loucura. Evidencia-se a arena de luta e enfrentamento que se constitui o campo da saúde mental.

Para que o projeto político da reforma psiquiátrica avance é *mister* a garantia de um espaço de discussão permanente entre técnicos e gestores, não só sobre a organização do serviço de SM em seu território, mas também um movimento de formação continuada dos técnicos envolvidos na área e, por fim, mecanismos legais de contenção e obstrução do avanço do raio de ação dos hospitais privados conveniados ao SUS e da indústria farmacêutica. Coloca para os técnicos e gestores a necessidade de suscitar e socializar informação acerca dos limites e possibilidades da implementação da política de saúde mental no município e buscar um maior conhecimento técnico sobre a saúde mental. Não se espera que isso ocorra naturalmente, pois por maiores que sejam as estratégias utilizadas pelos estados e municípios, a implementação da política de saúde mental encontra outros desafios. O novo modelo exige investimento técnico e financeiro, articulação e fortalecimento dos diferentes atores envolvidos no processo.

“Então, de repente, a equipe está aí, é só uma questão de alinhar e, de repente, marcar dia pra conversar, pra combinarem alguma coisa. Temos o médico, o enfermeiro, a psicóloga, o farmacêutico. Eles estão aqui e nós já conhecemos” (fala do profissional 2 da ESF).

O de repente aqui mostra que isso pode ou não vir a acontecer. A existência de profissionais da área não garante o modelo de atenção adequada às necessidades do usuário. É preciso investimentos que possibilitem o desenvolvimento de uma concepção ideológica com quebra de paradigma e uma gestão que priorize as ações ressocializantes de saúde mental.

A implementação da política de saúde mental depende da responsabilização dos vários agentes (profissionais, comunidades, políticos) no cuidado ao sujeito com transtorno mental, ou seja, a política de saúde mental depende de mudança na concepção do cuidado voltado para este sujeito, integrando instituições, sistema de saúde e sociedade. As novas práticas devem transcender o espaço das unidades de saúde privilegiando espaços

comunitários, que possibilitem a socialização da pessoa que sofre de um problema mental.

“Percebo que precisamos de uma estrutura de apoio. De repente a gente pode pegar o CRAS que já está ali, entendeu? Preparado. E vincular o programa pra que possa ser feito a socialização das pessoas com transtorno mental” (fala do profissional 2 da SM).

Essa constatação surgiu no processo do grupo focal quando um participante discursava sobre a necessidade de garantir uma atenção que não se limitasse ao atendimento clínico e medicamentoso, mas que promovesse a reintegração social dos usuários do serviço. A percepção surgida de um debate entre profissionais obteve apoio de outros integrantes do grupo. Além da garantia de uma atenção constituída por vários dispositivos que possibilitem a atenção psicossocial às pessoas com doença mental, assegurando aí uma perspectiva de ação intersetorial, o município deve perseguir outros dispositivos assistenciais, que garantam atividades de cuidado e suporte social. Essa rede deve funcionar de forma articulada, tendo a equipe de saúde mental como apoio, considerando que as ações sistemáticas em saúde mental devem ocorrer com apoio de profissionais que possuam um maior conhecimento na área. Porém, os mesmos devem estar articulados com os serviços de base local e com a rede assistencial disponível, o que não ocorreu em Irupi.

“No município não se organizou uma equipe até agora pra gente discutir casos, planejar ações, entendeu? Pra mim tava funcionando beleza, mas você veio aqui e acabou de estragar a minha idéia.... não é tão bom quanto a gente pensava. Então na verdade a gente tem que alinhar a equipe e, a partir daí, estruturar o apoio que a gente tem que ter, porque como tá, acabei de ver que não tá funcionando legal...porque esse bate papo aqui foi a primeira vez que a gente teve” (fala do profissional 2 da ESF).

A fala do profissional aponta para a ausência de debate que impede o surgimento de propostas e mina as possibilidades de construção de novas formas de atuação. Os profissionais não formam uma equipe e não se articulam com outros setores, como também, não possuem clareza de um projeto terapêutico que possibilite a inserção social do sujeito com transtorno mental. As dificuldades que obtivemos no processo de aproximação com os profissionais que desenvolvem as ações no município nos apontaram para uma não valorização das ações em saúde mental e não coesão dos profissionais da

área no âmbito da rede básica de saúde, bem como com outros dispositivos assistenciais. Vários fatores impediram o avanço da atenção à saúde mental em Irupi, principalmente a ausência de uma gestão municipal que priorize as ações de saúde mental. O fortalecimento do debate acerca de uma nova proposta de atuação, e a priorização de ações voltadas para as pessoas que sofrem com transtornos mentais, são metas que devem ser perseguidas pelo gestor e profissionais de saúde do município de Irupi que se comprometeu junto ao estado a implementar a política de saúde mental dentro em conformidade com as diretrizes nacionais. Evidencia-se a necessidade de debates para o amadurecimento de propostas que proporcionem a expansão e reorganização da atenção voltada para a SM no município e a necessidade de planejamento das ações para a gestão da saúde de Irupi. Saímos de Irupi com nova indagação: o município possui uma equipe mínima em saúde mental? Como definir essa ação? Ao mesmo tempo em que há técnicos, essa ação não possui qualquer movimento de um trabalho de articulação entre eles. Talvez, estivessem aí as pistas para entender o coeficiente de internação do município. Mas, nosso caminho, recheado por imagens confusas e contraditórias, teve que seguir para um novo município. Retornávamos a macro centro e adentrávamos Itaguaçu.

3.1.5 - A política de saúde mental no município de Itaguaçu: a estratégia da estratégia

O contato com o município de Itaguaçu foi realizado diretamente com o secretário de saúde que se colocou à disposição juntamente com sua equipe. Os documentos de gestão haviam sido enviados. Fomos informadas de que o município dispõe, para atenção à saúde mental, de um psiquiatra que atende uma vez por mês pelo consórcio⁵⁶ do qual o município faz parte, uma psicóloga que atende uma vez por semana na unidade de saúde da sede e cinco equipes da ESF. Havíamos sido alertadas da impossibilidade do psiquiatra participar do

⁵⁶ Os consórcios reúnem municípios da micro e possibilitam aos gestores comprar consultas e exames especializados por um valor, pactuado entre os municípios consorciados, igual ou pouco acima da tabela SUS. Os profissionais credenciados pelo consórcio, em alguns casos, prestam o atendimento no próprio município.

grupo focal, considerando que o mesmo atende por produção, com agenda antecipada e não se disporia a perder a produção, nem tampouco o município a suspender a agenda. A participação da psicóloga no grupo também não foi confirmada pelo fato da mesma ter voltado de férias naquele período e apresentar uma agenda comprometida em função do tempo de afastamento e dias de atendimento. A agenda para realização do grupo focal foi feita através da coordenadora da ESF que selecionou a equipe da estratégia mais envolvida nas ações de saúde mental no município.

Ao chegarmos ao município, nos direcionamos ao local combinado (Secretaria municipal de saúde). Fomos informadas de que a coordenadora da ESF nos aguardava em uma unidade de saúde na sede para onde deveríamos nos direcionar. Na unidade, fomos recepcionadas pela coordenadora que verificou a possibilidade de participação da psicóloga no grupo focal. A psicóloga, apesar de demonstrar-se receptiva, alegou impossibilidade de participação no grupo por ter sua agenda lotada. A composição do grupo não foi tarefa fácil, pois os profissionais apresentavam agendas alternadas, com exceção das ESF. Optamos por realizar o grupo focal com a participação dos integrantes da ESF composta por uma enfermeira, um médico, uma técnica de enfermagem, duas agentes comunitárias de saúde e a coordenadora da ESF.

O Município de Itaguaçu localiza-se a 132 km de Vitória (capital do Espírito Santo), 50 km de Santa Teresa e 98 km da Serra (sua regional de saúde Serra/Santa Teresa). Com uma população de 15.309 habitantes, Itaguaçu limita-se ao Sul com Itarana e Laranja da Terra, a Leste com Santa Maria de Jetibá e São Roque do Canaã, a Oeste com o município de Baixo Guandu, ao Norte com Colatina e é constituído por 03 distritos (Palmeira, Itaçu e Itambé).

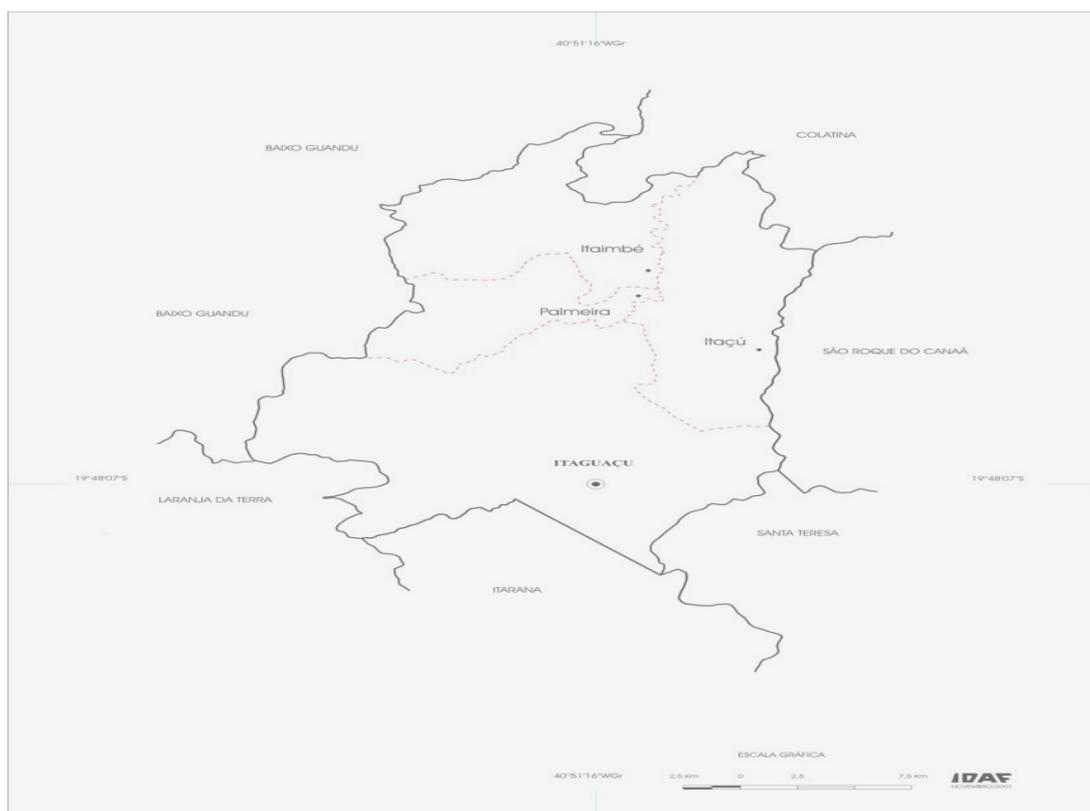


Figura 12 – Mapa de divisa territorial Itaguaçu

Segundo dados municipais, em 2006 o PIB de Itaguaçu ocupava o 44º lugar no ranking dos municípios do ES e 25º lugar em relação à taxa de analfabetismo e IDH. A distribuição de gasto por função em 2006 definida pela administração pública foi a seguinte:

Tabela 17 -Distribuição dos gastos por função do município de Itaguaçu

<i>Item Gasto</i>	<i>%</i>
Administração, previdência, judiciária e encargos da dívida	17,7
Educação	29,6
Saúde	17,5
Saneamento, habitação, transporte e urbanismo	17,9
Cultura, desporto, lazer, cidadania, assistência social e segurança	5,1
Legislativa	3,2
Apoio ao desenvolvimento	8

Organização Agrária	1
Despesa total	100%

Fonte dos dados: Balanços Municipais, IJSN, 2007.

Observamos que o percentual aplicado na educação respondeu ao estabelecido no Artigo 212 da Constituição Federal de 1988 que prevê investimento para a educação de no mínimo 25% do montante de recursos próprios. No caso da saúde o município de Itaguaçu, que se encontra na gestão plena da atenção básica, cumpriu a Emenda Constitucional 29.

Para atender a atenção básica, o município conta com 13 unidades sanitárias e 01 Hospital municipal.

Tabela 18 - Estabelecimento de saúde do município de Itaguaçu

Estabelecimento	Quantidade
Unidade ESF de Paraju	01
Unidade ESF Sede	01
Unidade Sanitária da Sede	01
Unidade Sanitária de Barro Preto	01
Unidade Sanitária Rural de Alto Lage	01
Unidade sanitária Rural de Alto Sombreiro	01
Unidade Sanitária Rural de Itacu	01
Unidade Sanitária Rural de Itambé	01
Unidade Sanitária Rural de Laranjal	01
Unidade Sanitária Rural de Palmeira	01
Unidade Sanitária Rural de Sombreiro	01

Fonte: CNES/DATASUS/2008

Das 13 unidades de saúde, 07 são unidades de interior mantidas como ponto de apoio das equipes da Estratégia saúde da Família (100% de cobertura). Essas unidades não funcionam diariamente, apenas quando há atendimento da ESF. 02 unidades foram construídas para atender a ESF diariamente e oferecem atendimento odontológico. 01 funciona na sede como unidade de referência, oferecendo atendimento diário por profissionais médico, enfermeiro,

técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem, farmacêutico, odontólogo, pediatra, ginecologista e psicólogo. 01 unidade funciona em uma localidade do interior a 15 quilômetros da sede com atendimento diário por profissionais médico, enfermeiro, técnico de enfermagem. Para a demanda de urgência e emergência, o município dispõe de um Hospital municipal de pequeno porte (menos de 50 leitos), com pronto socorro que serve de apoio para a ESF.

No PDR, Itaguaçu pertence a macrorregião centro e sua referência em saúde para média e alta complexidade deve ser feita para os municípios da micro com maior densidade tecnológica, especialmente Santa Teresa, localizado a 50 km de Itaguaçu e Serra a 98 km, ambos sede pólo e de módulo microrregional, além de Vitória, sede de pólo e de módulo macrorregional, localizado a 132 km de Itaguaçu.

Para demonstrar o fluxo de referência de Itaguaçu para média e alta complexidade, apresentamos a seguir o quadro de internações dos residentes realizadas em outros municípios.

Tabela 19 - Internações de residentes de itaguaçu em seu território ou em outros municípios por especialidade

Municípios referenciados	Clínica Cirúrgica	Obstet.	Clínica médica	Psiqui	Ped	Total
Baixo Guandu	05	10	05	0	01	21
Cachoeiro do Itapemirim	0	0	0	23	0	23
Colatina	29	06	21	0	0	63
Itaguaçu	47	74	540	0	92	753
Itarana	0	03	02	0	0	05
Santa Teresa	29	03	08	0	01	41
São Gabriel da Palha	0	0	01	0	0	01
Serra	01	02	02	0	01	06
Vila Velha	07	01	0	0	02	10
Vitória	55	0	25	0	10	90
Total	173	99	614	23	107	1016

Fonte: SIH/DATASUS/2007

Observa-se que o hospital municipal absorveu a maior parte da demanda dos munícipes de Itaguaçu (74,11%). Além das demandas de urgência e emergência de pronto socorro, o hospital realiza partos naturais e cesáreas, internações diversas e cirurgias reduzindo encaminhamentos para os municípios de referência da micro. A maior parte das demandas de clínica cirúrgica foram referenciadas em maior proporção para o município de Vitória, Colatina e Santa Teresa, além das realizadas no próprio município. A demanda de psiquiatria foi 100% referenciada para o município de Cachoeiro do Itapemirim.

Buscando identificar as ações e procedimentos de saúde que o município tem desenvolvido para o fortalecimento da atenção básica, analisamos o Relatório de Gestão 2005 e 2006 elaborado pela gestão municipal. Constam nos relatórios analisados, descrições numéricas dos procedimentos ambulatoriais e hospitalares destinados aos munícipes de Itaguaçu, o perfil epidemiológico, a descrição dos parâmetros assistenciais constantes na Portaria 1.101/02, bem como da aplicação anual dos recursos. No quadro de consultas especializadas ofertadas, aparecem demandas de consultas psiquiátricas. Encontramos descrições de ações desenvolvidas para prevenção e promoção da saúde da população, realizadas para atender programas definidos com prioritários pelo Ministério da Saúde como TB, Hanseníase, Hipertensão/Diabetes, saúde da mulher e da Criança, Imunização, saúde bucal, vigilância em saúde e ainda, descritores numéricos de procedimentos realizados nestes programas. Os relatórios de gestão 2005 e 2006 não fazem referência ao programa de saúde mental. Mas, entre as atividades desenvolvidas pelas equipes ESF, aparece ações educativas para prevenção ao uso de álcool e outras drogas dentro do projeto Saúde do Adolescente.

O relatório de gestão não avaliou as ações planejadas justificando o que não foi realizado, bem como não apontou os obstáculos que dificultaram o trabalho e as medidas necessárias para efetivação do mesmo.

Recorremos ao Plano Municipal de Saúde 2006 a 2009 para identificarmos a proposta de ação e as metas perseguidas pela gestão do sistema municipal. O Plano destaca as características demográficas, geográficas, política e

socioeconômica, o perfil epidemiológico referente a 2005 e aponta os recursos orçamentários. Sinaliza objetivos, metas e estratégias dentro das prioridades de gestão, considerando o quadro epidemiológico do ano anterior.

Destacam-se, no plano, os programas prioritários do MS que são desenvolvidos pelo município e, no quadro de metas, os eixos de intervenção, objetivos e metas apontam para estes programas. Não se encontra no plano recurso específico para a saúde mental, entretanto aparece como proposta de projeto a implantação de um CAPS I, em parceria com o município de Itarana, para atender dependentes químicos e pessoas que sofrem de transtornos mentais. A proposta é apresentada como possibilidade de desospitalizar a pessoa com transtorno mental, promover sua socialização e oferecer suporte psicológico aos familiares.

Recorremos ao sistema de informação da saúde (DATASUS) para identificar elementos que demonstrassem a situação da Saúde mental no município. Neste sistema identificamos o número de internações psiquiátricas dos residentes de Itaguaçu realizadas em Cachoeiro do Itapemirim, bem como valores gastos com essas internações.

Tabela 20 - Valores totais com internações de residentes de Itaguaçu – 2006

ESPECIALIDADE	QUANTIDADE	VALOR	%
Clínica cirúrgica	173	R\$326.224,48	32,88%
Obstetrícia	99	R\$124.661,10	12,56%
Clínica médica	614	R\$371.040,33	37,39%
Psiquiatria	23	R\$26.516,50	2,7%
Pediatria	107	R\$143.767,92	14,49%
Total	1.016	R\$ 992.210,33	100,00

Fonte: SIH/DATASUS/2007

Destinou-se à internação psiquiátrica 2,7% do percentual gasto com internação e as 23 internações registradas representam 2,3% do total de internações do período. Dados da urgência psiquiátrica do Hospital São Lucas indicam que entre 2006 e 2008 apenas um (1) munícipe de Itaguaçu foi atendido neste

setor. Ou seja, as internações psiquiátricas não passam pela porta de entrada para esse tipo de procedimento.

Ao considerarmos a série histórica das internações dos residentes de Itaguaçu entre 2000 e 2006, podemos afirmar que, no decorrer desse período, houve uma redução inicial (2000 para 2003) e uma tendência de estabilidade em torno de 20 internações/média. A média de internações entre 2000 e 2006 foi de 24.

Tabela 21 - Internações de residentes de Itaguaçu por Especialidade

Especialidade	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Clínica cirúrgica	205	253	291	248	311	255	173
Obstetrícia	213	168	168	165	149	111	99
Clínica médica	533	567	535	656	716	681	614
Psiquiatria	43	29	17	16	26	17	23
Pediatria	210	165	169	160	140	92	107
Total	1.204	1.182	1.180	1.245	1.342	1.156	1.016

Fonte: SIH-DATASUS

As internações na clínica médica tenderam a um crescimento necessitando ser melhor considerada, pois evidenciam o foco no modelo médico hospitalocêntrico e aponta para a deficiência de um serviço com capacidade de resposta no primeiro nível da assistência. Consideramos ainda que o município de Itaguaçu dispõe de um hospital de pequeno porte, tendendo a internar mais que municípios que não dispõem de hospital em seu território. Essa observação sustenta-se na afirmação de Mendes (2002), de que 50,7 % das internações realizadas em hospitais de até 50 leitos são sensíveis à atenção ambulatorial, ou seja, desnecessárias e, comprometem 49,1% dos recursos pagos. Já na área da pediatria observa-se redução nas internações. Dado positivo, considerando a orientação do Ministério da Saúde para maiores investimentos na saúde da criança no primeiro nível de atenção com vistas a diminuir internações.

No caso da psiquiatria, o município apresentava em 2000 um coeficiente de internação em **2.81**. Em 2006 caiu para **1.5** com 23 internações. Em 2007,

subiu para **1.7** com 26 internações, ficando em 2008 em **2.9**, com 32 internações.

Buscando identificar o movimento do município para responder a política de saúde mental, recorreremos à equipe técnica do município. Segundo dados da coordenação estadual de saúde mental o município, desde 2004, dispõe de uma equipe mínima para responder a demanda de saúde mental. Identificamos que o município dispõe de uma psicóloga que atende duas vezes por semana na unidade de saúde da sede, a partir de encaminhamentos realizados pela ESF e um psiquiatra que atende uma vez por mês também a partir de encaminhamentos da ESF. Além da psicóloga e do psiquiatra, o município dispõe de cinco equipes da ESF que realizam atendimento clínico em saúde mental. Entretanto, não é garantido, por parte dos profissionais da saúde mental, suporte técnico para as ESF.

Para compreendermos a assistência voltada para a SM no município de Itaguaçu realizamos um grupo focal com uma das equipes da ESF, tida como a mais envolvida nas ações voltada para saúde mental. Essa equipe é reconhecida como referência entre as demais por elaborar propostas de atuação e projetos de prevenção e promoção da saúde que são desenvolvidos por ela e estendida às demais equipes. A equipe elabora e motiva as demais a desenvolverem atividades lúdicas sobre temáticas de saúde, inclusive de saúde mental.

Ao serem abordados sobre a organização do trabalho voltado para a pessoa que sofre com transtornos mentais, a equipe apontou os esforços da equipe de ESF do município para a ação não focada na doença, mas para a saúde mental, baseado na concepção de que se deve privilegiar as ações de promoção da saúde.

“Na verdade a gente não tem trabalho voltado para o doente mental, mas para a saúde mental” (fala do profissional 1 da ESF).

A fala do médico aponta para uma atenção voltada às pessoas que ainda não adoeceram, por meio de ações que promovam mudança no estilo de vida e diminuam o risco de adoecimento. Assim, delimitam diferentes dimensões e níveis de atenção em saúde mental: a promoção e prevenção (de potência da

ESF) e tratamento e recuperação (sob responsabilidade dos especialistas da área (psicólogo e psiquiatra). Na concepção da saúde proposto pelo Ministério da Saúde as ações de promoção e prevenção são extremamente necessárias, mas elas por si só não bastam, pois é preciso também ações de assistência à saúde e de reinserção social. As ações de promoção e prevenção devem ser realizadas nos vários espaços de atuação pelos vários profissionais e atores sociais, o que fortalece a lógica das ações intersetoriais. No âmbito da saúde há que se estender as ações para prevenção, recuperação e reinserção social. Neste caso a afirmação do profissional pareceu não dar conta da dimensão da totalidade da questão da saúde mental. De qualquer modo, a equipe assume a responsabilidade de realizar ações de prevenção nas escolas e na comunidade, com atividades lúdicas. Essa estratégia apresenta uma criatividade e envolvimento nas ações de prevenção que se diferencia das demais estratégias envolvidas no estudo.

Destacam o funcionamento de um grupo de fumantes para motivação da abstinência como um trabalho de prevenção. Entretanto, o cuidado voltado para a motivação do grupo à abstinência deve ser compreendido como forma de tratamento, considerando a existência de um problema instalado (uso abusivo da droga) que gera sofrimento e transtornos. Somado a isso, ao tratar o “grupo de fumantes”, a equipe pode não estar considerando que o uso do cigarro pode estar associado ao uso de outras drogas. Mas, como alertou Brecht, não deveríamos aceitar como natural sem entender para além da aparência. Assim, precisávamos compreender o que a equipe entendia por promoção e prevenção em saúde mental. Entretanto, ao colocar dessa forma a equipe parece não compreender a ação que ela realiza, demonstrando despreparo no cuidado. Apresenta-se aqui um dos maiores desafios do SUS: a formação das equipes de saúde na atenção básica para as ações da saúde mental. A fragilidade das ações em parte ocorre pela inexistência do apoio dos profissionais da saúde mental às equipes da ESF. Soma-se a isso, o fato de que a questão do trabalho de prevenção e tratamento do tabagismo é normalizado pelo INCA (e não pela área técnica de saúde mental), o que reflete – ao nível central – a segmentação da abordagem à questão problemática do uso abusivo das drogas.

Como projeto prioritário a ser desenvolvido na área da saúde mental, a equipe refere-se ao projeto “xadrez na escola”. A proposta é desenvolver a habilidade das crianças para jogar xadrez como forma de promover a interação entre as mesmas, desenvolver habilidades de observação, reflexão, análise e síntese, motivá-las a sair de situações de vulnerabilidade, pautadas em raciocínios. Para a equipe, esse projeto proporciona saúde mental da criança por potencializá-las para tomadas de decisões e escolhas.

“A criança aprende a vida no jogo do xadrez por que antes dela fazer um movimento ela tem que pensar lá na frente, pensar a consequência do movimento e isso é fundamental, é tremendo” (fala do profissional 1 da ESF).

O principal problema apresentado pela equipe na área da saúde mental relaciona-se ao uso abusivo de álcool e outras drogas e, para responder ao problema, a equipe afirma que é necessário investir em ações de promoção e prevenção. Para a equipe, ao trabalhar o jogo de xadrez, a criança é induzida a pensar nas consequências da escolha que ela faz no dia-a-dia. O movimento da pedra é o movimento que a criança realiza na vida para buscar algo e, para cada movimento existem ganhos e perdas. Ao trabalhar o jogo de xadrez, a equipe induz a criança a pensar nas perdas e ganhos no uso do álcool e outras drogas e, ao mesmo tempo, proporciona lazer e terapia para evitar situações de stress e desintegração social. Para a equipe, o jogo de xadrez proporciona o sentimento de pertencimento ao grupo. Ao estabelecer a metáfora do “jogo da vida”, sintetizada no tabuleiro do xadrez, a equipe vislumbra apenas a dimensão individual de uma questão que é também social, histórica, cultural e, portanto, coletiva. Construir estratégias e respostas individuais reafirma uma perspectiva reducionista da questão, que não passa só pela via individual, mas também pela dimensão econômica, social e coletiva.

Nesse momento, independente da ação restrita, a equipe trabalha a dimensão preventiva da questão. A prevenção centra-se na identificação de um problema na comunidade – uso indevido de drogas – e a necessidade de construir ações que reduzam o envolvimento dos jovens e adultos com as drogas. Dentro dessa perspectiva, além do projeto xadrez nas escolas, as equipes da ESF realizaram no decorrer dos dois últimos anos, exposições de situações de violências, principalmente de trânsito, ocasionada pelo uso abusivo de drogas,

olimpíadas da saúde com o tema drogas, um projeto denominado “a viagem pelo mundo das drogas” para trabalhar a prevenção de uso das drogas. Tais ações parecem alinhadas com a proposta da Política Pública sobre drogas (PPD), preconizada pela Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD). A centralidade das ações gira em torno das drogas e não das dimensões que se entrecruzam nesse fenômeno – social, histórico, econômico, político, ideológico, cultural, etc. Entretanto, não identificamos no município nenhum estudo sobre incidência e/ou prevalência de uso de drogas. As ações de prevenção aparecem como carro chefe da equipe, atendendo a proposta funcionamento da ESF. Durante a realização do grupo focal, a equipe foca a importância das ações de prevenção e, por algum tempo a coordenadora da ESF descreve os vários projetos de prevenção realizados pelo município na área da SM. Todos voltados para ações educativas com enfoque em drogas lícitas e ilícitas revelando a criatividade da equipe para a realização de atividades lúdicas. As ações propostas trabalhavam com impacto visual as consequências do uso das drogas, realidade fortemente presente no estado⁵⁷.

Para responder ao aumento de uso das drogas, a política estadual de saúde mental propõe incluir, mais fortemente, a atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas, e de suas famílias, na multiplicidade de serviços da rede. No espaço municipal propõe a instituição de equipes mínimas de saúde mental, a criação de CAPS nas suas modalidades, atendendo a critérios populacionais, serviços de urgência psiquiátrica regionalizados e Serviços Hospitalares de Atenção Integral a Usuários de Álcool e de Outras Drogas. Considerando a complexidade da questão, propõe que estes serviços estejam aliados com vários atores sociais locais, com garantia de parcerias nos espaços comunitários, escolas, centros culturais e de convivência, programas de inclusão social e de geração de trabalho e renda, cooperativas de economia solidária, grupos de ajuda mútua, entre outros. Atualmente, o estado dispõe de

⁵⁷ Registros levantados pela coordenação estadual, no período de 2001 a 2005 comprovam que a incidência das internações no Espírito Santo por múltiplas drogas cresceu em 108%. Nesse mesmo período, registra-se uma elevação no número de alcoolismo na população com 15 anos a mais. Esse mesmo estudo mostra que, ao longo de cinco anos, houve um crescimento das internações psiquiátricas relacionadas a transtornos mentais por uso excessivo de álcool em 9% com tendência crescente. (ESPÍRITO SANTO, 2007).

07 CAPS I, e 03 CAPS ad para atendimento a questões relacionadas a álcool e outras drogas.

Tendo como parâmetro a política estadual de saúde mental, nota-se a fragilidade das ações realizadas pela ESF, que foca a atenção em ações isoladas, sem garantia de parceria com os diferentes atores nos diferentes espaços comunitários. Somado a isso, a ESF não conta com o suporte direto dos profissionais da saúde mental que se limitam ao atendimento ambulatorial a partir de encaminhamentos realizados pela equipe.

Além das ações de prevenção, buscamos identificar junto a equipe as atividades desenvolvidas para o tratamento de portadores de transtorno mental. A mesma destaca que os casos de uso de álcool e outras drogas, principal problema apresentado, são acompanhados pela ESF, em alguns momentos com sucesso.

“Na minha área..... tenho 4 mulheres que pararam de fumar. Três só com orientação e participação no grupo de fumantes e uma com acompanhamento do médico pra usar o medicamento que ela não conseguia parar sem remédio. Tem também dois homens que parou com orientação nossa e do Drº que prescreveu remédio” (fala do profissional II da ESF).

As ações de controle ao tabagismo são realizadas através da ESF para responder ao Programa de Controle ao Tabagismo proposto pelo Ministério da Saúde, que garante medicamento para os municípios que aderem ao programa. O mesmo prevê ações de prevenção a serem desenvolvidas e define tratamento terapêutico e/ou medicamentoso. Para aderir ao programa, o município deve elaborar um plano de ação contendo propostas de prevenção e estipular metas de redução da população fumante. O município aderiu ao programa definindo como meta a redução de 30% dos fumantes em acompanhamento. Evidencia-se aqui a indução do nível federal para adesão do município no desenvolvimento dessa atividade.

Entretanto, para outras intervenções que não encontram garantia de tratamento terapêutico e/ou medicamentoso, o município encontra maiores dificuldades.

“Temos um paciente usuário de crack que vinha sendo acompanhado pelo doutor.....e abandonou o tratamento. Ele já havia sido encaminhado para internação, mas se negou a ir. Nesse caso eu chamei a psicóloga e a

assistente social realizamos uma visita na casa dele e o convencemos a retornar. Ele está sendo acompanhado pela equipe, mas é difícil conseguir que ele pare” (fala do profissional 2 da ESF).

A intervenção no uso de drogas ilícitas apresenta-se como desafio ainda maior para o profissional, considerando que a dependência se instala de forma mais intensa sendo necessário uma variedade de suporte e dispositivos assistenciais.

“Eu acompanho aqui muitos casos de alcoolismo. É o que mais tem aqui. Nesse caso, o que eu faço é prescrever uma medicação para amenizar a crise de abstinência e tanto eu, como o restante da equipe orientamos para a pessoa ficar sem beber, mas é difícil” (fala do profissional 3 da ESF).

A fala dos profissionais revela o desafio para manutenção da abstinência. Essa condição exige a ampliação da atenção psicossocial com multiplicidade de serviços, para os cidadãos em momentos clínicos distintos. Exige outras formas de atuação como oficinas e grupos terapêuticos, ações intersetoriais que possibilitem a inclusão social e a geração de trabalho e renda. Suportes como a família e o grupo de Alcoólicos Anônimos (AA) também devem ser considerados. No caso de Itaguaçu, apesar de existir grupo de AA no município, a equipe não o citou como um suporte na atenção ao usuário de álcool. Assim, a atenção disponibilizada pela equipe apresenta-se incipiente por não considerar a complexidade do problema nem articular-se aos outros dispositivos no município.

No caso da dependência grave, quando a equipe não consegue responder, encaminha para o psiquiatra que atende no próprio município uma vez por mês através do consórcio do qual o município faz parte. No momento de crise, o médico da ESF encaminha para o hospital municipal e, identificada a necessidade de internação, o médico plantonista encaminha para a clínica Santa Isabel onde se consegue internação.

“Quando o paciente está em crise de abstinência e que o quadro é grave a gente encaminha para o hospital. Lá o colega vai medicar para aliviar a síndrome de abstinência. Mas, se o quadro for muito grave o jeito é encaminhar para uma internação porque aqui nós não temos psiquiatra de plantão. E.....onde conseguimos internação é na clínica Santa Isabel” (fala do profissional 1 da ESF).

A ausência de um serviço de referência, que ofereça suporte de média e alta complexidade aos usuários de álcool e outras drogas e a escassez de leitos psiquiátricos em hospitais gerais (somente 30 no estado), condiciona o aumento de internações psiquiátricas por período prolongado. Mesmo localizado na macro centro e a 132 km de Vitória, os técnicos não utilizam o serviço de urgência psiquiátrica do Hospital São Lucas como referência em suas ações (reafirmado pela ausência de municípios de Itaguaçu nessa unidade – apenas 01 atendimento nos três últimos anos).

Além do alcoolismo, a equipe aponta para a depressão, que representa boa parte da demanda da saúde mental. O quadro de depressão é acompanhado pela ESF que conta com o suporte da psicóloga, da assistente social da secretaria de ação social e, em alguns casos, do médico psiquiatra. A ESF não aponta dispositivos assistenciais que envolvam outros setores e não faz referência a uma equipe de saúde mental. No discurso, a ESF não focou a saúde mental como uma área de atuação, mas como ponto de partida para o equilíbrio físico e emocional necessário para o tratamento das várias patologias.

“Eu penso que todo mundo tem que tratar da saúde mental, por que a gente vai tratar, por exemplo, o hipertenso com medicação não vai adiantar, pois ele precisa mudar o hábito. Então precisa de muita atenção, de uma abordagem que funcione, porque ele não vai querer aderir ao tratamento” (fala do profissional 4 da ESF).

Prevalece a idéia de que todo problema de saúde é também mental e que toda saúde mental é também produção de saúde. Essa concepção articula saúde mental com atenção básica. O discurso aponta para valorização de uma abordagem que permita a interação entre o usuário e os técnicos, possibilitando a construção de um processo de trabalho voltado para as necessidades singulares e sociais e não somente para as demandas. Nesse caso, abre-se espaço para um novo modelo de atenção à saúde que atenda a política de saúde mental com uma proposta de atenção não medicalizante ou produtora da psiquiatrização do sujeito e de suas necessidades. Mas, por outro lado, o discurso é contraditório. Se por um lado observamos que no processo do grupo focal, o tratamento medicamentoso não foi central no processo de cuidar e a motivação para as ações realizadas não fortaleceu a concepção por

parte dos técnicos de uma organização de serviço pautada na garantia da medicação, por outro a estruturação das ações – em quadro de surto psiquiátrico – recorre a Clínica Santa Isabel que não assegura um mínimo de qualidade em suas ações. Assim, a Política de Saúde Mental é legitimada e negada simultaneamente.

A legitimação da Política de Saúde Mental não aparece nos momentos em que os técnicos reafirmam ações, novas iniciativas e defesa dos direitos dos usuários do SUS.

“Às vezes as pessoas vem só pra conversar, principalmente com Dr Ele tem um jeito muito legal de escutar os pacientes então as pessoas pedem pra mim, enfermeira que dia que você vai agendar minha consulta com o médico?” (fala do profissional 5 da ESF).

O posicionamento da equipe não aponta para uma assistência que se resuma ao atendimento clínico e o trabalho não aparece focado nos atendimentos individuais realizados pelos profissionais da rede. Apesar dos profissionais não garantirem espaços para debaterem casos, as ações realizadas na área demandaram planejamento e envolvimento não só da equipe entrevistada, mas das outras equipes da ESF. Essa afirmação se sustenta na observação do processo grupal e no processo de leitura do relatório de gestão. São descritos quatro projetos com função educativa para prevenção do uso das drogas. A descrição dos projetos retrata um movimento que demandou mobilização de vários técnicos da rede básica de saúde.

Outra situação que aparece é que a equipe apresenta compreensão do processo de adoecimento e sofrimento psíquico e da necessidade de suporte técnico de outros profissionais que trabalhem com a lógica de atendimento compartilhado.

“No caso do.....(refere-se a um dependente de crack) o próprio hospital tinha dado encaminhamento para internação e ele não quis. Nesse caso eu chamei o psicólogo, chamei a assistente social e iniciamos um acompanhamento. Ele até que ia bem, mas nessa semana teve uma recaída” (fala do profissional 3 da ESF).

Prevalece no discurso o conceito de co-responsabilização e o conceito de atuação de uma equipe interdisciplinar com responsabilidades compartilhadas. Mas, isso ainda se relaciona muito mais ao voluntarismo de alguns técnicos do

que uma premissa estruturante do trabalho como todo. A negação da política é evidenciada quando a ESF, ao se colocar como apoio não identifica nem se articula a outros dispositivos assistenciais para dar conta da complexidade da área saúde mental (que transcende os limites formais de um setor). Outros possíveis dispositivos assistenciais existentes no município não são apontados pela mesma, como Centro de Referência de Assistência Social, Centros de convivência, entre outros, podendo em muito limitar a atuação da equipe. Soma-se a isso o fato da equipe não contar com dispositivos assistenciais fora do espaço local, como CAPS, Urgências psiquiátricas, entre outros, dentro da proposta da política estadual, dada a fragilidade na sua implementação.

Outro ponto observado foi a necessidade de capacitação das equipes de ESF para abordagem e tratamento aos usuários da saúde mental. As ações desenvolvidas são por iniciativa da própria equipe que não tem referência de uma equipe de saúde mental, mas se vêem como equipe de saúde responsável pelas várias questões do processo de cuidado da saúde, inclusive a saúde mental. Colocam-se como responsáveis pela demanda que se apresenta e, para isso necessitam de uma formação permanente. Esse suporte deveria ser dado pelos profissionais da saúde mental que, em resposta a política estadual, deveriam se deslocar dos ambulatórios, espaços tradicionalmente institucionalizados, para um trabalho em conjunto com as equipes da atenção básica. Mas, isso não foi possível nem mesmo para participação em um grupo focal que demandou no máximo duas horas de uma tarde.

“[...] por que nós somos a ponta e é pra nós que chegam as demandas” (fala do profissional 3 da ESF).

Considerando que a ESF se reconhece como porta de entrada preferencial para o sistema de saúde, inclusive no que diz respeito à saúde mental, é possível estabelecer uma convergência de princípios entre a saúde mental e a atenção básica, mas para isso é necessário que os profissionais de referência da saúde mental se insiram nas ESF oferecendo suporte para o desenvolvimento de ações articuladas. Abre-se também para a possibilidade de romper com a lógica de que a doença é a identidade do usuário do serviço e que a medicação é a única responsável pela melhora. Entretanto, a equipe

aponta para a não garantia de suporte para manter tratamento terapêutico. No caso de uma internação, quando o usuário recebe alta, a equipe não identifica dispositivos assistenciais que ofereçam suporte ao tratamento. Apontam para a ausência do estado tanto no processo de capacitação das equipes quanto na organização de uma rede assistencial.

“A gente encaminha para uma internação depois o paciente tem alta e a gente não tem um suporte para dar seguimento ao tratamento” (fala do profissional 5 da ESF).

A afirmação destaca a ausência de uma rede assistencial que atenda ao usuário da saúde mental dentro e fora do município. Na microrregião da qual o município faz parte observa-se um vazio assistencial⁵⁸.

MACRORREGIÃO CENTRO DO ESPÍRITO SANTO POR TIPO DE SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL



Figura 13 – Municípios que possuem serviços na macro centro

⁵⁸ Em 2008 o estado assinou um convênio para construção de um CAPS II regional em Santa Maria de Jetibá, que será um dispositivo assistencial para o município de Itaguaçu. Entretanto, para Santa Teresa, sede de pólo e de módulo não foi garantido nenhum dispositivo microrregional.

O município da Serra, sede de pólo e de módulo microrregional, possui um conjunto de dispositivos que não absorve a própria demanda e Santa Teresa, também sede de pólo e de módulo, não possui nenhum dispositivo assistencial em saúde mental. Assim, as demandas de urgências e emergência só podem ser referenciadas para Vitória (pólo Macrorregional). Isso revela o pouco investimento por parte das esferas de governo voltado para área, evidenciando o desafio de garantir recursos voltados para implementar a rede de atenção à saúde mental, que deve ser estruturada por um conjunto de ações e serviços. De uma forma geral, o trabalho da equipe sustenta-se em ações de prevenção o que, sem dúvida pode contribuir com a redução nas internações psiquiátricas, se somado a outros dispositivos assistenciais.

Aqui aparece uma responsabilização das ações de saúde mental às ESF, pois os profissionais de saúde mental não se inserem no processo. Não aparece o apoio matricial que supostamente garantiria ações conjuntas, ou seja, não existe a figura de um profissional da saúde mental responsável pelo apoio às equipes da ESF, garantindo-lhes espaços para discussão de casos, atendimento compartilhado e atendimento específico. Logo, a capacidade de resposta da equipe fica reduzida ao seu espaço de atuação, pois a mesma não conta com dispositivos assistenciais que ofereçam suporte diante do problema instalado.

Saímos do município de Itaguaçu com mais um questionamento: em que medida as ESF podem se colocar como suporte para as equipes de saúde mental? É possível haver substituição de papéis? Entendendo que não, seguimos para a região serrana do estado em direção ao município de Conceição do Castelo - nossa próxima parada.

3.1.6 - A política de saúde mental do município de Conceição do Castelo: uma referencia em saúde mental que não se concretiza

O primeiro contato com o município de Conceição do Castelo foi realizado com o secretário de saúde para identificarmos a existência da equipe de saúde

mental no município e, ao mesmo tempo, estabelecermos uma maior aproximação com o serviço, bem como acessarmos os documentos de gestão. O secretário não demonstrou interesse para participar da pesquisa, mas nos encaminhou a uma técnica.

O contato foi realizado com uma técnica do setor administrativo responsabilizada pelo secretário de saúde por viabilizar os documentos necessários para a pesquisa e articular o processo do grupo focal. Obtivemos da referida técnica a informação de que a psiquiatra atende no município uma vez por mês, através do consórcio, com uma agenda comprometida com consultas pré-agendada e, dificilmente se disporia a participar do grupo focal. Obtivemos ainda a informação de que o município dispõe de uma psicóloga que atende duas vezes por semana (na parte da manhã), um farmacêutico, indicado como integrante da equipe da SM, quando credenciado o serviço junto ao estado, mas, por ter sua carga horária reduzida só atendia pela manhã e recusou-se a ser referência da SM para o município e, uma assistente social que trabalha na parte da tarde e atende a demanda relacionada a SM. Diante das informações obtidas, tentei acordar que o grupo focal fosse realizado com a Psicóloga, o Farmacêutico, a Assistente Social e uma equipe da ESF que mais atendesse a demanda de SM. Encaminhada pela técnica da área administrativa, estabelecemos contato com uma enfermeira, coordenadora da ESF, que se comprometeu em agendar com a equipe para uma quinta-feira, dia que todos os profissionais acima citados atendiam na Unidade de saúde. Expliquei que se tratava de um grupo focal que demandava a participação de no mínimo 06 e no máximo 10 pessoas. Assim, optamos por agendar o grupo focal com profissionais que direta ou indiretamente atendem pessoas que sofrem com transtorno mental, buscando identificar o tipo de demanda que se apresenta e os dispositivos utilizados para responder a estas demandas.

A primeira agenda do grupo focal ficou comprometida. A despeito de, no dia anterior à agenda, termos telefonado para a coordenadora da ESF confirmando nossa ida, ao chegarmos, constatamos que nenhum dos profissionais identificados como participantes do grupo havia sido informado da mesma. Estabelecemos o acordo de uma nova data com o compromisso de que teríamos a presença dos técnicos confirmada. A segunda agenda foi

parcialmente cumprida, considerando que não conseguimos garantir a participação de todos os profissionais que havíamos identificado. Em primeiro lugar, porque os mesmos não se identificam como referência de saúde mental, logo não demonstraram motivação para participarem do grupo. Em segundo lugar, porque estes profissionais em nenhum momento se articulam ou debatem o processo de trabalho na área.

No segundo agendamento foi possível realizar o grupo focal com a participação de uma equipe da ESF e a psicóloga. A assistente social não apareceu para o grupo afirmando ter uma outra agenda e o farmacêutico negou-se a ser referência de saúde mental por desentendimento com a gestão. Nossa presença em Conceição do Castelo encontrava aquilo que os dados brutos de um relatório técnico oculta: nem sempre a referência no relatório da existência de um serviço, se verifica em uma busca simples.

O Município de C. do Castelo localiza-se a 123 km de Vitória (capital do Espírito Santo), possui uma população de 11.190 habitantes (considerado pequeno porte). Faz parte da região serrana do estado e limita-se ao norte com o município de Brejetuba e Afonso Cláudio, a leste com Venda Nova do Imigrantes, ao sul com Castelo e a oeste com Muniz Freire e possui extensão territorial de 361 km.

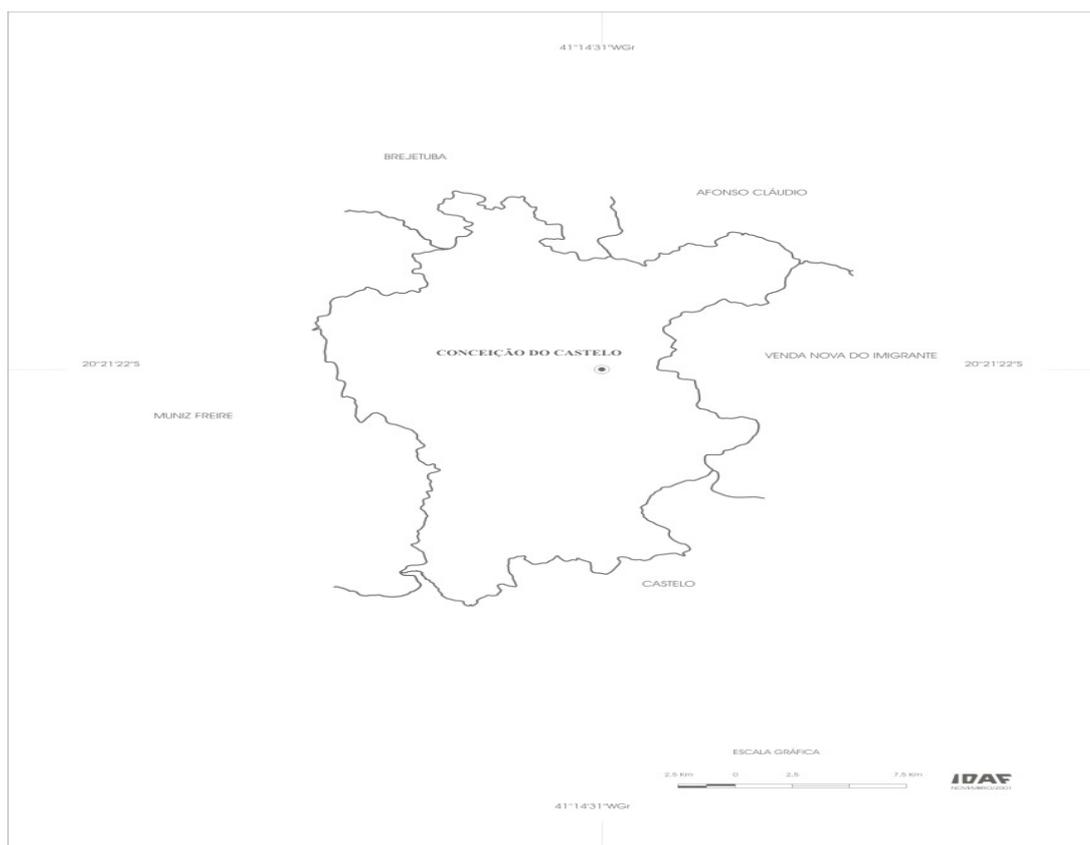


Figura 14 – Mapa de divisa territorial de Conceição do Castelo

Conceição do Castelo está dividido em 12 regiões – 03 urbanas e 09 rurais. Possui cerca de 34 localidades, com maioria da população residindo na zona rural (64%).

Segundo dados dos municípios capixabas (IJSN, 2007), em 2006 o PIB de Conceição do Castelo ocupava o 60º lugar no ranking dos municípios do ES e o 54º lugar em relação à taxa de analfabetismo e IDH. Na distribuição de gasto por função, a administração pública definiu:

Tabela 22 - Distribuição dos gastos por função de Conceição do Castelo

Item Gasto	%
Administração, previdência, judiciária e encargos da dívida	26,3
Educação	30,2
Saúde	21,3
Saneamento, habitação, transporte e urbanismo	10,0
Cultura, desporto, lazer, cidadania, assistência social e segurança	4,2
Legislativa	3,5

Apoio ao desenvolvimento	4,3
Despesa total	100%

Fonte dos dados: Balanços Municipais, IJSN, 2007.

Observamos que o percentual aplicado na educação ficou acima do estabelecido no Artigo 212 da Constituição Federal de 1988 que prevê investimento para a educação de no mínimo 25% do montante de recursos próprios. No caso da saúde o município investiu acima do percentual mínimo estabelecido para desenvolver a política de saúde cumprindo a Emenda Constitucional 29, que prevê investimento de no mínimo 15% dos recursos próprios.

Para atender a demanda de saúde, o município dispõe de 01 unidade mista, 03 unidades básicas de saúde e 01 hospital municipal de pequeno porte.

Tabela 23 - Estabelecimentos de saúde do município de Conceição do Castelo

Estabelecimentos	Quantidade
Hospital Municipal Nossa Senhora da Penha	01
Unidade básica da Saúde da Família	03
Unidade de saúde mista	01

Fonte CNES/DATASUS/2008

A unidade de saúde mista localiza-se na sede do município e dispõe de 01 cardiologista, 01 psicólogo, 01 médico cirurgião, 01 nutricionista, 02 pediatras, 02 ginecologistas, 01 farmacêutico. As três unidades básicas localizam-se no interior e abrigam a ESF (100% de cobertura), oferecendo atendimento diário por profissionais médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, agente comunitário de saúde e odontólogo. Para a demanda de urgência e emergência o município dispõe de um hospital de pequeno porte com 21 leitos e com pronto socorro.

No Plano Diretor de regionalização da saúde (PDR), o município de C. do Castelo pertence a microrregião Venda Nova/Vila Velha e os serviços de maior complexidade devem ser referenciados para Venda Nova e Vila Velha, sede de

módulo e de pólo microrregional. A referência para alta complexidade deve ser feita para Vitória (pólo de micro e macrorregional e sede módulo), que se localiza a 123 km de C. do Castelo.

O fluxo de referência de Conceição do Castelo para média e alta complexidade ocorre da seguinte forma:

Tabela 24 - Internações de residentes de Conceição do Castelo em outros municípios por especialidade

Municípios referenciados	Clínica Cirúrgica	Obstetrícia	Clínica médica	Psiquiatria	Pediatria	Total
Cachoeiro de Itapemirim	14	1	4	73	1	93
Castelo	2	1	7	0	7	17
C. do Castelo	96	108	195	0	25	424
S. J. do Calçado	0	0	1	0	0	1
Serra	1	1	0	0	2	4
V. N. do Imigrante	3	4	7	0	4	18
Vila Velha	3	0	0	0	2	5
Vitória	79	0	24	0	3	106
Total	198	115	238	73	44	668

Fonte: AIH/DATASUS- 2006

Observa-se que o hospital municipal absorveu a maior parte da demanda dos munícipes de C. do Castelo (63,47%). Além das demandas de urgência e emergência do pronto socorro, o hospital realiza partos naturais e cesáreas, internações diversas e cirurgias de urgência e eletivas reduzindo encaminhamentos para os municípios de referência da micro. O município de Vitória recebeu **15,9%** da demanda de C. do Castelo, possivelmente a que exigiu maior densidade tecnológica e o município de Cachoeiro do Itapemirim recebeu 100% da demanda de psiquiatria.

Buscando identificar as ações e procedimentos de saúde que o município tem desenvolvido para o fortalecimento da atenção básica, recorreremos ao Relatório de Gestão. Constam nos relatórios, descrições numéricas dos procedimentos realizados nas vigilâncias (epidemiológica, ambiental e sanitária),

procedimentos realizados nas unidades de saúde e hospitalar, os indicadores pactuados e alcançados da programação pactuada integrada, bem como a aplicação anual dos recursos. O Relatório de Gestão não avaliou as ações desenvolvidas como também não apontou limites e possibilidades no processo de organização da gestão.

Recorremos ao Plano Municipal de Saúde 2006 a 2009, buscando identificar as metas traçadas para o período de quatro anos. O plano definiu como metas, propostas de ações em blocos a serem desenvolvidas no período. O bloco de propostas apontou para implantações de programas da atenção básica prioritários do MS, bem como definiu processo para organização da gestão, como por exemplo, assumir a gestão do hospital (até então filantrópico) e desvincular a secretaria de ação social da secretaria da saúde (ambas pertenciam a mesma pasta). A proposta seguiu com a organização do sistema municipal de referência e contra-referência, mas não foi definido estratégias para garantir a organização. Também foi apontado a necessidade de manter o município inserido no consórcio intermunicipal de saúde, garantir a atuação de uma equipe de regulação, controle e avaliação, monitorar os indicadores da programação pactuada integrada, implementar as vigilâncias em saúde e atingir cobertura de 100% da ESF.

No planejamento das ações de saúde do município de C. do Castelo, a Saúde Mental não apareceu nem como proposta de ação, nem como ação realizada. Também não apareceu no relatório de gestão indicador que apontasse para necessidade de implementação de ações na área. Entretanto, ao consultarmos o sistema de informação, identificamos um número significativo de internações psiquiátricas de munícipes de C. do Castelo, bem como valores gastos com essas internações.

Tabela 25 - Valores totais com internações de residentes de Conceição do Castelo – 2006

Especialidade		Quant.	%
Clínica cirúrgica	R\$	158.964,03	43,8
Obstetrícia	R\$	38.591,20	10,6
Clínica médica	R\$	73.535,13	20,2

Psiquiatria	R\$	49.241,12	13,5
Pediatria	R\$	42.835,15	11,7
Total	R\$	363.166,63	100,00

Fonte: AIH/DATASUS- 2006

Destinou-se à internação psiquiátrica 13,5% do percentual gasto com internação, representando um valor de R\$49.241,12. Chama-nos atenção que o valor gasto com psiquiatria ficou bem acima do valor gasto com pediatria e obstetrícia.

Ao considerarmos a série histórica das internações dos residentes de C. do Castelo entre 2000 a 2006, podemos afirmar que no decorrer desse período houve um considerável aumento no número de internações realizadas de algumas especialidades, como descreve a tabela abaixo.

Tabela 26 - Internações de residentes de Conceição do Castelo por especialidade

Especialidade	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Clínica cirúrgica	105	115	116	193	212	191	198
Obstetrícia	184	164	172	122	145	177	115
Clínica médica	171	312	253	151	115	210	238
Psiquiatria	44	69	90	85	44	68	73
Pediatria	101	83	54	62	40	40	44
Total	605	745	685	613	556	686	668

Fonte: SIH/DATASUS

Observamos que na clínica cirúrgica e clínica médica ocorreu uma oscilação no número de internações tendendo a um crescimento. Ao identificarmos o caráter da internação observamos um aumento na clínica cirúrgica (que passou de 27 em 2000 para 120 em 2006). Vale ressaltar que a política nacional e estadual, sustentado por portarias, garante recursos extras incentivando os hospitais a realizarem cirurgias de baixo risco (varizes, adenóide e garganta, hérnia inguinal, entre outras), o que vai impactar no número de internação na clínica cirúrgica. No caso da clínica médica pode ter ocorrido entre um período e outro, internações forçadas para faturamento de AIHs. O número de internações na

clínica médica de municípios que dispõe de um hospital de pequeno porte tende a ser elevado, considerando que esse porte de hospital não tem economia de escala. Assim, para garantir fatura tendem a forçar internações, implicando em maior investimento na média complexidade e menor nas ações básicas de saúde.

No caso da pediatria, a redução significativa no número de crianças internadas pode ser reflexo de investimento do município na atenção à saúde da criança, que é fortemente monitorado pelo Ministério da Saúde, com garantia de incentivo financeiro e definição de indicadores de monitoramento das ações na área.

No caso da internação psiquiátrica ocorreu o contrário. Observa-se aumento no número de internações psiquiátricas, que oscilou em alguns anos, mas manteve uma tendência crescente, apesar do movimento de desospitalização o que demonstra um não investimento nas ações de saúde mental.

Em 2000 registrou-se o coeficiente de internação do município em **3.93**. Em 2006 o município obteve 73 internações elevando o coeficiente de internação para **6.52**. Em 2007 o coeficiente de internação ficou em **6.43** com 72 internações e em 2008 caiu para **5.81** com 65 internações.

Buscando compreender a atenção voltada para a pessoa que sofre com transtorno mental no município, recorreremos à equipe técnica para identificar a organização do serviço no âmbito municipal. Devemos considerar que encontramos registro no nível estadual de que o município de C. do Castelo, desde 2001 dispõe de uma equipe mínima para responder a demanda de saúde mental, mesmo período em que crescem as internações psiquiátricas.

Procuramos, por meio de contato telefônico, identificar um ou mais profissionais de referência da equipe mínima de saúde mental. Após várias tentativas não identificamos via telefone nenhum profissional que se intitulasse como referência para saúde mental no município de Conceição do Castelo. Foram vários telefonemas para identificar a equipe de referência da saúde mental e agendar o grupo focal. Finalmente, realizamos contato com uma técnica do setor administrativo indicada pelo secretário de saúde, para

viabilizar documentos necessários para a pesquisa e articular o processo de entrevista.

Realizamos, na segunda tentativa, o grupo focal na unidade da ESF da sede com 05 profissionais da equipe da ESF (03 daquela unidade e 02 de outra unidade) e a participação da psicóloga. Os médicos da ESF não participaram do grupo focal. Após realizarem os atendimentos dos usuários agendados, saíram apressadamente informando estar atrasados para plantões em outros municípios. Tal situação nos causou estranheza, considerando que todos os grupos foram agendados no mínimo ao meio dia e no máximo às 14h 00, horário de expediente de profissionais que deveriam cumprir uma carga horária de 40 horas, em se tratando dos profissionais da ESF⁵⁹. Na fala dos integrantes, constatamos que o município não realiza ações sistemáticas na área da saúde mental. O programa de saúde mental não se encontra organizado e o atendimento limita-se a consultas médicas com prescrição de medicação.

“Não temos um programa de saúde mental. Eu acho que o acompanhamento não é como deveria ser porque....esses pacientes são encaminhados pra consulta com o especialista.....da consulta com o especialista eles vão fazendo o uso da medicação e depois só retornam ao clínico, se for o caso, pra pegar a receita pra manter o remédio” (fala do profissional 1 da ESF).

Este profissional é o primeiro a dizer que o município não tem um programa organizado e explica como é feito o atendimento ao doente mental. Apesar de o município ter cobertura de 100% de equipes da ESF, estas não acompanham as pessoas com transtorno mental num processo de tratamento com garantia de referência e contra-referência nem mesmo entre os profissionais disponíveis do município.

Os profissionais da ESF encaminham para a assistente social, no caso de uma crise para condução de uma internação. Nesses casos, a assistente social

⁵⁹ Na maioria dos municípios os profissionais da ESF, especialmente médicos, não cumprem a carga horária estabelecidas na portaria 648/2006, fragilizando a proposta da estratégia. Essa questão tem sido pauta de discussão das reuniões de CIB, espaço em que os gestores colocam a dificuldade de fixar profissionais nos municípios e no caso dos médicos, garantir o cumprimento de carga horária. Para montar as equipes os gestores se obrigam a fazer “acordos” com esses profissionais.

aciona a polícia para que esta pegue o paciente em surto e garante a vaga na Clínica Santa Isabel.

“Então a assistente social se compromete a entrar em contato com o hospital de Cachoeiro e conseguir a vaga lá....ela me disse que tinha que chamar a polícia para abordar o paciente. Então tem uma equipe pra apontar como lidar com esse tipo de paciente. Quando tem um problema a gente interage e a assistente social que tem o caminho dela por onde a gente deve ir pra resolver a situação da melhor forma” (fala do profissional 2 da ESF).

Aqui cabe uma breve (mas não superficial) reflexão. O quadro apresentado na fala desse profissional reproduz uma ação sistemática de assistentes sociais vinculados à Secretaria de Ação Social e Cidadania. Em estudo anterior, Abreu e Garcia (2005) identificaram que os assistentes sociais são pressionados ora pela justiça (“ordem do juiz”), ora pelo gestor municipal (“ordem do prefeito”, “ordem do secretário”), ora ainda por demanda da família (“a família não suporta mais o sujeito”), a obterem vaga para internação do sujeito com transtorno mental. Em geral, essa vaga é concretizada na Clínica Santa Isabel⁶⁰. Ao intervirem nesse momento os técnicos do serviço social não têm problematizado as conseqüências dessas ações que ferem frontalmente o código de ética profissional. São princípios fundamentais do Código de Ética Profissional do Assistente Social: a) defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo; b) compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população. Outra dimensão que é esquecida aqui é o direito do usuário do SUS de ter um tratamento adequado e efetivo para seu problema, tratamento que respeite a sua pessoa, seus valores e direitos. E, por fim, a lei 10.216 é ferida em seu artigo 2, parágrafo único: são direitos da pessoa portadora de transtorno mental: “ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades”. A interação viabilizada pelo assistente social é, assim, uma ação concreta de fazer desaparecer do espaço local o sujeito com transtorno mental. Ela ocorre para pactuar a

⁶⁰ De acordo com Souza e Garcia (2008) o Ministério da Saúde aponta para sérias deficiências dos hospitais psiquiátricos no Brasil. Estes não garantem boas condições de funcionamento em relação a recursos humanos, projeto terapêutico/alta hospitalar, condições para atendimento de intercorrência clínica, alimentação de paciente. As autoras confirmam que na avaliação do PNASH/Psiquiatria 2003 e 2004, a Clínica Santa Isabel apresentou um quadro insuficiente de profissionais, encarregados pelas atividades de ressocialização, comprometendo a qualidade do trabalho. Os dados da última avaliação realizada em 2008 ainda não foram divulgados.

internação, no momento de crise, quando a situação escapa ao controle. Como não existe interação dos profissionais que atendem as demandas de saúde mental, o processo de trabalho se perde, impossibilitando a existência de um fluxo de atendimento. A falta de organização do processo de trabalho não oferece condições para priorizar atendimentos. Pessoas que portam transtornos graves não conseguem acessar a agenda com o especialista que atende uma vez por mês no município.

No processo do grupo focal, a necessidade de organizar a demanda e o fluxo dessa demanda aparece sistematicamente.

“De repente assim, precisamos pensar o que falta né,....por que enfermeiro tem, Assistente Social tem, farmacêutico tem. Temos os profissionais com exceção do médico psiquiatra que vem pelo consórcio.....De repente, seria interessante a gente tentar organizar esse fluxo de atendimento e a partir daí começar a montar o programa” (fala do profissional 1 da ESF).

A possibilidade vista por este profissional de organizar a demanda está diretamente ligada à possibilidade de agrupar profissionais que poderiam ser reconhecidos como profissionais da saúde mental. Mas, a existência de profissionais da área não garante a organização de um serviço que atenda às necessidades do usuário. Mais que isso, é preciso que se constitua uma equipe com concepção que permita quebra a de paradigma, além de uma gestão do sistema que priorize as ações de saúde mental de cunho ressocializante. Mas, a inexistência de um plano municipal de saúde mental impede que seja, de fato, constituída uma equipe mínima de saúde mental, para que, a partir dela, seja planejado e organizado uma rede de saúde mental.

No caso de Conceição do Castelo não se constituiu uma equipe de referência para criar um fluxo de atendimento, identificar e acionar dispositivos assistenciais disponíveis dentro e fora do município. Assim, cada vez mais as pessoas com transtornos mentais necessitam de atendimento médico para prescrição medicamentosa sem acompanhamento de especialista. O acesso ao especialista só é possível através da central de agendamento de consulta e o critério de acesso é quem chega primeiro, levando as pessoas a dormirem na fila, pois são oferecidas 30 a 40 consultas mês para o médico psiquiatra e o município não dispõe de um médico de referência em saúde mental.

“Eu acho que isso está errado. Tem que ter um médico mesmo que não seja um psiquiatra, mas tem que ter um médico para acompanhar esses pacientes. Um médico que passe a conhecer o paciente e a entender o que ele precisa e como deve seguir o tratamento daquele paciente” (fala do profissional 3 da ESF).

Volta-se à questão do embate em torno do (des) cumprimento da carga horária dos médicos da ESF, fato que inviabiliza o desenvolvimento de outras ações. A institucionalização da ESF (100% de cobertura no município) não garantiu a atenção voltada para a pessoa com sofrimento psíquico. A ESF como equipe generalista deveria ser a referência para a população, através do suporte de profissionais da saúde mental que deveriam estar inseridos nas ESFs. Mas os profissionais com experiência em saúde mental, lotados nas unidades de saúde, limitam-se às consultas individuais e não se articulam com a rede básica. O processo por nós vivenciado para a realização do grupo focal nos apontou isso. Também é notório na dinâmica do grupo focal. A psicóloga se pronuncia duas vezes durante o processo. Uma para dizer que sua agenda é sobrecarregada e outra pra descrever o tipo de demanda que ela atende. E em nenhum momento demonstra preocupação com a necessidade de organização do trabalho e/ou apresenta propostas para uma melhor atuação.

“Eu acho que falta profissional para atuar.....porque no município só tem eu de psicóloga para atender toda a demanda do município e eu não trabalho todos os dias por que minha carga horária é de vinte horas. Então...é...por mais que a gente tente, nunca vamos dar conta de atender a demanda, sem contar o número de pessoas que vão ficar sem atendimento” (fala do profissional da SM).

A fala retrata o foco de atenção centrada em atendimentos clínicos e individuais desenvolvido em um espaço tradicionalmente institucionalizado e de cunho institucionalizante. Aqui, não tem espaço para um trabalho conjunto com as ESF. Evidencia-se a carência de profissionais que opere como suporte matricial atendendo a proposta da política de saúde mental. A ação em saúde mental ofertado pelo município, incipiente e centrada no atendimento clínico, encontra-se desorganizada. A constatação que surge no grupo para necessidade de organizar o processo de trabalho parte dos dois enfermeiros que atendem nas equipes da ESF.

“Aí de repente o que seria necessário montar um protocolo de atendimento né....pra ajudar a funcionar melhor”(fala do profissional 3 da ESF).

Tem que seguir uma linha né, pra gente saber pra onde e de que forma vai atender esse tipo de paciente. Muitas vezes a gente se depara com casos e não sabe o que fazer” (fala do profissional 2 da ESF).

As falas dos profissionais da ESF demonstram o despreparo da equipe para lidar com a saúde mental. A fragilidade da política estadual torna-se evidente quando um município com 100% de cobertura não dispõe de nenhuma de suas equipes aproximada ao debate da saúde mental. Entretanto, numa realidade em que nem mesmo as supostas equipes de saúde mental encontram-se preparadas para atuar, não é estranho que as ESF encontrem-se perdidas no processo. A ausência de capacitação é colocada como um elemento que dificulta a ação dos profissionais e inviabiliza um atendimento de qualidade ao usuário. Os profissionais mencionam que a saúde mental é uma área não privilegiada pelo Ministério da Saúde e estado que oferecem capacitações em várias áreas, mas não contemplam a saúde mental.

“O estado chama para capacitação na área de Hipertensão, Diabetes, Saúde Bucal, Tuberculose, Hanseníase e outros programas, mas nós nunca fomos chamados para uma capacitação na área da saúde mental” (fala da coordenadora da ESF).

Aqui, evidencia-se um dos maiores desafios do SUS na área da saúde mental. A formação das equipes da ESF para responder a demanda da saúde mental não tem sido uma ação prioritária nos três níveis de governo. Os profissionais atribuem à ausência de investimentos na área não só por parte do estado, mas também da secretaria municipal de saúde que, segundo eles, não investe em recursos humanos e capacitação. Apontam que cabe à secretaria definir profissionais e processo de trabalho, mas isso parece não ser prioridade na área da saúde mental.

Outro ponto colocado pela equipe é a dificuldade de suporte para referenciar a demanda da saúde mental. A equipe não identificou nenhum dispositivo assistencial no município, com exceção do pronto socorro do hospital que atende no momento do surto. A não identificação de dispositivos assistenciais pode ser reflexo do desconhecimento da política nacional e estadual, que propõe que a política de atenção integral à pessoa com transtorno mental seja incluída na multiplicidade de serviços da rede. A equipe apontou para a

necessidade de implantação de um serviço de referência como o CAPS, mas identificou a dificuldade, considerando o porte populacional do município.

“Por que só municípios acima de 20.000 habitantes tem direito a CAPS? Lógico que existe toda uma legislação, mas será que não daria pra ter alguma coisa mais voltada para municípios pequenos? O que vai fazer os municípios que não tem 20.000 hab, que são vários? Que tipo de serviço o município pode montar? Qual o custo disso? É passado alguma verba para esses municípios manter uma equipe voltada para SM?” (fala do profissional da ESF 4).

O questionamento pauta-se no reconhecimento de que os municípios de pequeno porte encontram dificuldades de manter equipes exclusivas para atuar nas várias áreas. Mas isso não os isenta de assumirem a responsabilidade total das ações da atenção básica. Independente da capacidade econômica, os municípios são responsáveis por um conjunto de ações definidas nos vários programas da atenção básica.

No caso de C. do Castelo o investimento na área da saúde ultrapassa o percentual definido pela emenda 29. Significa que em tese, o município tem investido para dar conta de sua responsabilidade na gestão do sistema. Cabe um questionamento quanto ao tipo de investimento realizado, ou seja, o investimento tem sido feito na expansão e fortalecimento da atenção básica, responsabilidade total do município, ou nas ações de média complexidade, responsabilidade do estado. O gasto com internações, maior parte realizada no município (64%) remete a este questionamento. Não estaria o município priorizando investimento na média complexidade para manter o funcionamento do hospital municipal?

Constatamos que a saúde mental não tem sido prioridade para o município, logo não há investimento na área. A não identificação de profissionais de referência na saúde mental demonstra que a mesma não é prioridade tanto por parte da gestão municipal, quanto por parte dos técnicos que atendem a demanda existente, mas não se atentam para ela. A equipe de saúde como um todo não se encontra articulada na rede básica, tampouco com outros setores assistenciais existentes no município e, muito menos com a rede estadual. A atenção à saúde mental em Conceição do Castelo de fato não avançou nem em termos de formulação de propostas nem de implementação de ações, o que compromete a proposta da Reforma Psiquiátrica.

Sáímos do município de Conceição do Castelo com o desejo de que essa realidade ali identificada não fosse compartilhada com os municípios do sul do estado para onde nos dirigimos – a próxima parada foi Rio Novo do Sul.

3.1.7 - A política de saúde mental no município de Rio Novo do Sul: o vizinho da clínica

Para acessarmos os documentos de gestão e nos aproximarmos dos profissionais que realizam as ações de saúde mental não foi tarefa fácil. Insistentes solicitações foram feitas diretamente ao secretário e outras através da sua assessora técnica, que afirmava aguardar autorização para enviar os documentos de gestão e agendar o grupo focal. Finalmente, após mais de dois meses de tentativas, tivemos acesso aos documentos de gestão. Fomos informados pela assessora técnica de que a atenção à saúde mental no município era prestada através de um médico psiquiatra, 01 psicólogo, uma assistente social da secretaria de Ação Social e Cidadania e das Estratégias da Saúde da Família. A possibilidade de realização do grupo focal com a participação do médico psiquiatra foi descartada, considerando que o mesmo, apesar de ser efetivo, atende no município apenas uma vez por semana tendo sua agenda totalmente comprometida. Assim, agendamos o grupo focal com o psicólogo, a assistente social e uma equipe da ESF.

Ao chegarmos ao município nos direcionamos ao local combinado (Unidade de saúde da sede), onde os profissionais prestavam atendimento. Fomos recepcionadas pela assessora técnica que nos conduziu até a equipe que nos aguardava. Encontrava-se presente o médico da ESF, o psicólogo, uma técnica de enfermagem, uma enfermeira, duas ACS. A enfermeira justificou a ausência da Assistente Social que minutos antes havia telefonado informando que não poderia participar do grupo focal alegando problema de agenda. Os profissionais apresentavam-se apreensivos e desconfortados, com exceção do psicólogo e da assessora que se mostravam descontraídos.

O Município de Rio Novo do Sul localiza-se a 87 km de Vitória (capital do Espírito Santo) e a 26 km de Cachoeiro do Itapemirim, sua regional de saúde.

Com uma população de 12.526 habitantes. Rio Novo do Sul pertence à regional Cachoeiro, limitando-se ao Sul com Itapemirim, a Leste com Iconha e Piúma, a Oeste com Vargem Alta, ao Norte com Alfredo Chaves e possui extensão territorial de 250 km e um distritos (Princesa).

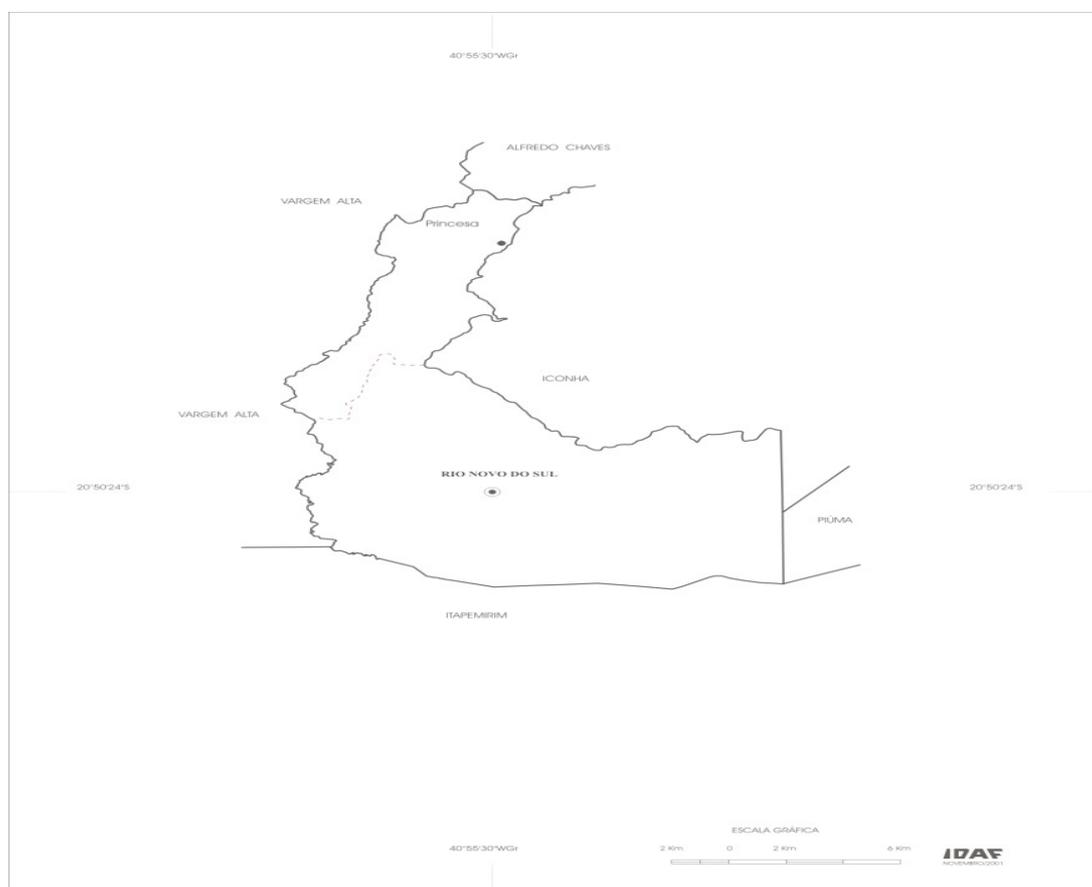


Figura 15 – Mapa de divisa territorial de Rio Novo do Sul

Segundo dados (Balanços Municipais, IJSN, 2007), em 2006 o PIB de Rio Novo do Sul ocupava o 59º lugar no ranking dos municípios do ES e 18º lugar em relação à taxa de analfabetismo e IDH. A distribuição de gasto por função em 2006 definida pela administração pública foi a seguinte:

Tabela 27 - Distribuição dos gastos por função de Rio Novo do Sul

Item Gasto	%
Administração, previdência, judiciária e encargos da dívida	32,5
Educação	27,4

Saúde	18,3
Saneamento, habitação, transporte e urbanismo	11,0
Cultura, desporto, lazer, cidadania, assistência social e segurança	3,3
Legislativa	4,5
Apoio ao desenvolvimento	3,1
Despesa total	100%

Fonte dos dados: Balanços Municipais, IJSN, 2007.

Observamos que o percentual aplicado na educação respondeu ao estabelecido no Artigo 212 da Constituição Federal de 1988 que prevê investimento para a educação de no mínimo 25% do montante de recursos próprios. No caso da saúde o município de Rio Novo do Sul, que se encontra na gestão plena da atenção básica cumpriu a Emenda Constitucional 29.

Para atender a atenção básica, o município conta com 05 unidades sanitárias com ESF, 04 consultórios odontológicos e 01 hospital de pequeno porte com pronto socorro.

Tabela 28 - Estabelecimento de saúde do município de Rio Novo do Sul

Estabelecimento	Quantidade
Unidade da ESF	05
Unidade Básica de saúde	02
Consultórios dentários	04
Hospital e maternidade de Rio N. do Sul	01

Fonte: CNES/DATASUS/2007

03 das 05 unidades da ESF localizam-se no interior e 02 na sede. Somente as últimas dispõem de consultórios odontológicos. A unidade básica de saúde da sede dispõe de 02 clínicos gerais, 01 enfermeiro, 01 psicólogo, 01 psiquiatra e 02 odontólogos. As demais unidades dispõem de 01 clínico geral, 01 auxiliar de enfermagem e 01 enfermeiro. As demandas de urgência e emergência e internações de menores complexidades são atendidas no hospital e maternidade filantrópico disposto no município.

No PDR, Rio Novo do Sul pertence a macrorregião sul e sua referência em saúde para média e alta complexidade deve ser feita para os municípios da micro com maior densidade tecnológica, especialmente Cachoeiro do Itapemirim, sede pólo e de módulo microrregional e macrorregional localizado a 26 km de Rio Novo do Sul.

Para demonstrar o fluxo de referência de Rio Novo do Sul para média e alta complexidade apresentamos a seguir o quadro de internações dos residentes realizadas em outros municípios.

Tabela 29 - internações de residentes de Rio Novo do Sul em seu território e em outros municípios por especialidade.

Municípios referenciados	Clínica Cirúrgica	Obstetrícia	Clínica médica	Psiquiatria	Pediatria	Total
Anchieta	0	01	0	0		01
Cachoeiro do Itapemirim	70	46	57	125	14	312
Iconha	11	20	20	0	8	59
Itapemirim	3	6	1	0	0	10
Santa Tereza	1	0	0	0	0	1
Serra	3	0	1	0	0	4
Rio Novo do Sul	51	13	323	0	35	422
Vargem Alta	2	3	8	0	1	14
Vila Velha	6	0	0	0	0	6
Vitória	46	1	11	0	4	62
Total	193	90	421	125	62	891

Fonte: SIH/DATASUS/2006

Observa-se que a maior parte da demanda referenciada de Rio Novo do Sul (63,52%) é feita para Cachoeiro do Itapemirim (sua referência na micro e macrorregional) e Rio Novo do Sul absorve 47,36% do total de internações. Observando a mesma por tipo, constatamos que a maior parte da demanda de Clínica Cirúrgica, Clínica médica e obstetrícia é referenciada para Cachoeiro do Itapemirim, Iconha e para o próprio município. Vitória recebe demanda expressiva da clínica cirúrgica, provavelmente as de maiores complexidades e

Cachoeiro do Itapemirim recebe toda demanda de psiquiatria. O número expressivo de internações na clínica médica realizadas no próprio município é questionável, considerando que para garantir fatura de AIHs, os hospitais de pequeno porte tendem a realizar internações desnecessárias. Uma vez que o município encontra-se na gestão plena da atenção básica cabe ao gestor estadual realizar auditoria no hospital filantrópico⁶¹ para averiguar as possíveis irregularidades do sistema.

Buscando identificar as ações e procedimentos de saúde que o município tem desenvolvido para o fortalecimento da atenção básica, analisamos o Relatório de Gestão 2006. Constam nos relatórios de Gestão apenas descrição da capacidade instalada e recursos humanos, número de consultas médicas especializadas, número de exames especializados e outros procedimentos disponibilizados na rede básica. Constam também o número de hipertensos e diabéticos acompanhados pelas ESF, ações da vigilância sanitária, informações sobre nascidos vivos, mortalidade geral e repasses de recursos realizados pelo Ministério da Saúde. Não foi encontrado no relatório de gestão uma avaliação das ações desenvolvidas.

Recorremos ao Plano Municipal de Saúde 2006 a 2009 para identificarmos a proposta de ação e as metas perseguidas pela gestão do sistema municipal. O Plano destaca as características demográficas, geográficas, política e socioeconômica, a infraestrutura, o perfil epidemiológico referente a 2003. Não aponta os recursos orçamentários e não define objetivos, metas e estratégias dentro das prioridades de gestão. Apenas aponta ações a serem desenvolvidas focadas na saúde da mulher e da criança, hipertensão, diabetes, imunização e saúde bucal.

Recorremos ao sistema de informação da saúde (DATASUS) para identificar elementos que demonstrassem a situação da Saúde mental no município. Neste sistema identificamos o número de internações psiquiátricas dos residentes de Rio Novo do Sul realizadas em Cachoeiro do Itapemirim, bem como valores gastos com essas internações.

⁶¹ Essa condição se aplica até 2008, pois a partir de 2009 é possível que, com a assinatura do Pacto de Gestão o município tenha assumido a gestão do hospital, cabendo a ele realizar auditoria, se for o caso.

Tabela 19 - valores totais com internações de residentes de Rio Novo do Sul– 2006

Especialidade	Quantidade	valor	%
Clínica cirúrgica	193	R\$346.961,75	21,66
Obstetrícia	90	R\$75.448,16	10,10
Clínica médica	421	R\$207.843,72	47,25
Psiquiatria	125	R\$134.887,27	14,03
Pediatria	62	R\$65.738,00	6,96
Total	891	R\$830.886,90	100

Fonte: SIH/DATASUS/2007

Destinou-se à internação psiquiátrica 14% do percentual gasto com internação representando um valor de R\$134.887,27. O gasto com internação psiquiátrica foi maior que o gasto com a obstetrícia e pediatria, o que demonstra claramente o não investimento em ações no primeiro nível de atendimento e foco assistencial hospitalar.

Ao considerarmos a série histórica das internações dos residentes de Rio Novo do Sul entre 2000 e 2006, podemos afirmar que houve um aumento no número total de internação oscilando no período de 2002 a 2005, com crescimento de internação psiquiátrica no ano de 2006 de mais de 100% em relação ao ano de 2005 (tabela 31).

Tabela 31 - Internações de residentes de Rio Novo do Sul por especialidade

Especialidade	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Clínica cirúrgica	318	310	357	364	395	411	193
Obstetrícia	170	150	146	151	123	131	90
Clínica médica	261	337	312	333	331	328	421
Psiquiatria	11	24	51	40	36	51	125
Pediatria	65	116	92	126	101	138	62
Total	550	729	680	721	702	714	891

Fonte: SIH-DATASUS

Na clínica cirúrgica e pediatria o aumento ocorreu ao longo de 2000 a 2005 com uma significativa redução em 2006. Na área da obstetrícia houve uma oscilação durante todo o período de 2000 a 2005 com redução significativa em 2006. A demanda na obstetrícia vai depender do número de nascidos vivos do município tendência decrescente de acordo com a pirâmide demográfica. Mas, outro fator que exerce influência sob as internações em obstetrícia é a capacidade de resposta do SUS na garantia de um serviço de referência para a mulher e a criança. As internações na clínica médica e psiquiatria tiveram tendência crescente. Ambas necessitam ser consideradas, pois evidenciam o foco no modelo médico hospitalocêntrico e apontam para a deficiência de um serviço com capacidade de resposta no primeiro nível da assistência que esteja focado nas ações de prevenção e promoção.

No caso da psiquiatria em 2000 o coeficiente de internação do município estava em **0.9**. Em 2006, um ano após a implementação da equipe mínima, registrou-se 125 internações psiquiátricas elevando o coeficiente de internação para **10.23**. Em 2007 com 127 internações o coeficiente ficou em **10.39** e em 2008 o coeficiente subiu para **10.64** com 130 internações psiquiátricas. Dois aspectos chamam a atenção: a ausência de atendimentos de munícipes de Rio Novo do Sul na urgência psiquiátrica do Hospital São Lucas e o raio de influência (dada aqui pela proximidade geográfica) da Clínica Santa Isabel.

MACRORREGIÃO SUL DO ESPIRITO SANTO POR TIPO DE SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL

- △ - POLO MACRORREGIONAL
- - POLO MICRORREGIONAL
- - SEDE DE MÓDULO
- - MUNICÍPIOS COM EQUIPE DE SAÚDE MENTAL
- - MUNICÍPIOS COM CAPS I
- - MUNICÍPIOS COM CAPS II



Figura 16 – Municípios que possuem serviços na macro sul

A proximidade entre Rio Novo do Sul e Cahoeiro do Itapemirim influencia diretamente nos encaminhamentos para o hospital psiquiátrico, entretanto, não possibilita que uma instituição psiquiátrica pública (CAPAAC), regulada pelo estado, seja referência para as urgências (essa não é citada como porta de entrada) e sim, a Clínica Santa Isabel. Souza e Garcia (2008) identificaram que 58,2% das internações na Clínica Santa Isabel são residentes na macro sul da qual Rio Novo do Sul faz parte. Assim, a Clínica Santa Isabel se constitui em referência para os municípios dessa macro.

Configurando um quadro no qual o município apresenta uma clara demanda por assistência à saúde mental, recorreremos à equipe técnica para compreender a organização do serviço de saúde mental no âmbito municipal. Uma questão

nos instiga: com o início do trabalho da equipe mínima de saúde mental o índice de internação triplicou entre 2005 e 2008.

Como afirmado anteriormente, a referência de saúde mental do município configura-se na pessoa do médico psiquiatra e de um psicólogo, que contam com o suporte das ESF. A atenção à saúde mental do município se organiza através do agendamento para atendimento ambulatorial realizado por estes dois profissionais. O psiquiatra atende uma vez por semana e o psicólogo duas vezes.

“Olha, existe um agendamento para o psiquiatra e nós trabalhamos em conjunto, psicólogo e psiquiatra. Uma vez por mês a gente se encontra pra discutir os casos” (fala do profissional da SM).

Os usuários se dirigem à central de agendamento para garantirem a marcação da consulta que é feita por ordem de chegada a partir de encaminhamentos de médicos da rede. No caso de um surto, o psiquiatra atende mesmo que o usuário não esteja agendado. O tratamento oferecido aos usuários da Saúde mental se resume aos atendimentos ambulatoriais realizados pelo psicólogo e psiquiatra com garantia da prescrição medicamentosa. A equipe de referência se resume a figura dos dois profissionais que contam com o suporte das equipes da ESF e com uma assistente social da Secretaria de Ação Social e Cidadania. A ESF oferece suporte no acompanhamento da prescrição medicamentosa, ou seja, os profissionais da ESF se esforçam para manter a prescrição feita pelo médico psiquiatra, considerando que o mesmo atende uma vez por semana e o usuário não consegue acessar sua agenda para garantir a medicação. O ACS tem a responsabilidade de supervisionar a tomada da medicação e orientar que o usuário retorne ao psiquiatra.

“Na minha área tem um monte de paciente que já saiu da crise, que já ficou internado e a gente já sabe e aí eu oriento para continuar tomando os remédios e indo no psiquiatra” (fala do profissional 1 da ESF).

A ESF acompanha a lógica que organiza o serviço e se reconhece como suporte para legitimar o processo de medicalização e internação.

“A equipe é pra quando eles solicitam ajuda fora das 4ª feiras. Chega alguém da família e fala: óh eles estão precisando de consultar ou, tá em crise...aí a gente tem que tentar dar um jeito. Liga pro CAPAAC, liga pra Santa Isabel ou

envia pro Pronto atendimento e lá eles decidem o que fazem” (fala do profissional 2 da ESF).

A fala da equipe demonstra que o tratamento se limita a consultas com o psiquiatra e o psicólogo e com prescrição de medicamentos e a função da equipe da ESF é garantir a manutenção do tratamento oferecido.

O psiquiatra, por fazer parte do quadro efetivo e atender no município há mais de cinco anos é referido pelos participantes do grupo focal como alguém que conhece boa parte da população usuária do serviço e garante a manutenção do tratamento oferecido. Entretanto, esse tratamento não é questionado. O saber especializado não é colocado como algo que se deva problematizar. Assim, a prática realizada pelo especialista vai ao encontro do que se espera que ele faça. Não se observa qualquer crítica. A centralidade do atendimento em torno do psiquiatra é evidente e como resultado tem-se o número de internação gradativamente elevado (passando de **51** em 2005 para **125** em 2006, **127** em 2007 e **130** em 2008). Soma-se a isso, a lógica da medicalização que aparece na fala dos entrevistados.

“As ACS têm acesso ao Drº....., então ele vai falar continua com a medicação, porque ele conhece todos os pacientes do município e se tiver que manter a medicação ele mesmo dá a receita para a ACS pegar o remédio” (fala do profissional 3 da ESF).

A fala dos profissionais legitimam o papel do psiquiatra e a lógica da assistência prestada, que reforça o modelo hegemônico e afasta a possibilidade de uma atenção voltada para a reinserção social da pessoa que sofre de transtorno mental.

Além do psiquiatra e psicólogo, a assistente social exerce um papel importante para a manutenção do modelo. A mesma é reconhecida pela equipe como suporte no atendimento à pessoa com transtorno mental porque atende, na Secretaria de Ação Social e cidadania, familiares destes usuários que demandam internações. Para responder a esta demanda, a Assistente social realiza contato com a Clínica Santa Isabel e consegue internação.

“No caso de surto a gente recorre a.....(A.S.) que ela tem contato lá dentro (Santa Isabel), aí sempre acaba resolvendo. Mas isso só acontece quando o psiquiatra não está aqui porque quando ele tá, ele resolve” (fala do profissional 4 da ESF).

A assistente social é tida pela equipe como veículo para a internação psiquiátrica. Neste caso, a ação intersetorial se resume à possibilidade da assistente social viabilizar a internação. Não se firma nesse processo a possibilidade de fortalecer a intersetorialidade para ampliar as ações de saúde mental na atenção básica que podem ser compreendidas por atendimento individual e/ou em grupos aos usuários e familiares, oficinas terapêuticas, estratégias de prevenção à doença mental, entre outras, desenvolvidas através das equipes mínimas de saúde mental articuladas à Estratégia Saúde de Família e outros setores. Essa lógica não aparece na fala dos profissionais que se limitam em discursar sobre a necessidade de manutenção da medicação sob pena do usuário entrar em surto psiquiátrico. O modelo adotado pela equipe tem como resultado uma curva ascendente no número de internação psiquiátrica dos munícipes de Rio Novo do Sul.

Em nenhum momento, os profissionais identificam alternativas de tratamento. A não identificação de alternativas demonstra o não comprometimento com a proposta da reforma psiquiátrica tanto por parte dos técnicos que atendem a demanda existente, quanto por parte da gestão municipal. A equipe de saúde legitima a existência de um serviço focado na lógica manicomial e não se articula com outros setores que possam ajudar no processo de construção de uma nova forma de cuidado. A atenção à saúde mental em Rio Novo do Sul não avançou nem em termos de formulação de propostas nem de implementação de ações, o que compromete a proposta da Reforma Psiquiátrica.

A viagem se encerra em Rio Novo do Sul com uma constatação e um questionamento. Constatamos em alguns casos a existência de equipes que estão em um vivo e valioso processo de reflexão sobre os desafios para implementação de ações de saúde mental na atenção básica. Em outros casos, equipes paralisadas que sequer questionam o fazer e aonde chegam com o que fazem. Assim, encontramos equipes e arremedo de equipes. O questionamento que ficou foi: dentro do modelo de gestão hoje em vigor, que ensinamentos podemos extrair desses seis municípios?

3.2. A atenção em saúde mental em municípios de pequeno porte no Espírito Santo: algumas constatações

Reconhecemos que a conjuntura política e econômica atual desaquece as políticas sociais em andamento e retarda as mudanças necessárias para implementação das políticas. No contexto neoliberal dominante, a tendência é que os usuários fiquem desassistidos. Entretanto, o desempenho das forças sociais e populares, do movimento sanitário, do movimento pela reforma psiquiátrica e do movimento de luta antimanicomial colocou em vantagem o processo da reforma psiquiátrica no Brasil. Assim, apesar de lento, constata-se um movimento de luta pela garantia de uma substituição de serviços fechados por uma atenção aberta na comunidade na qual a permanência da equipe da área técnica da saúde na esfera federal (há mais ou menos 20 anos) e estadual (há mais ou menos 10 anos) é um dado importante. Tal permanência assegura que o projeto na esfera estatal não sofra descontinuidade. Mas isso não significa que não haja resistências, reveses e recuos. Essa é uma característica da área da saúde – o entrecruzamento de interesses divergentes na arena – quer no processo de formulação quer na implantação dessa política pública.

A proposta de constituição de serviços abertos de base comunitária exigiu a descentralização na gestão da política que, diretamente, deve ser implantada pelos municípios, através da rede básica de saúde e indiretamente pelo estado e governo Federal, através da constituição de uma rede assistencial micro e macroregional. Vale destacar que na realidade brasileira em que a maioria dos municípios são de pequeno porte populacional, baixa densidade econômica, e significativa dependência de transferências fiscais, a ação dos governos contribui decisivamente para viabilizar a gestão das políticas. Assim, a descentralização dos programas sociais depende da ação dos governos estaduais e federal. A questão nos desafiou a nos aproximar dos serviços dispostos na atenção básica para compreendermos como ocorreu a implementação da política na atenção básica em municípios de pequeno porte considerando que estes não contam com mecanismos de indução para assumirem a gestão do serviço.

A aproximação nos permitiu constatar que na maioria dos municípios estudados, inexistia um serviço voltado para a pessoa que sofre com transtornos mentais. A priori, tínhamos a informação dos gestores de que os serviços assistenciais em saúde mental, em sua maioria, eram desenvolvidos por equipes mínimas de saúde mental. Mas, a afirmação não garantiu a estruturação real das mesmas. Assim, uma primeira reflexão se faz necessária: qual a definição de equipe mínima de saúde mental? A política estadual de saúde mental definiu a composição da equipe composta por um psiquiatra ou médico generalista e dois ou mais profissionais de nível superior e auxiliar de enfermagem, mas não definiu suas atribuições e competência. A falta de uma compreensão clara de ações a serem desenvolvidas pelas equipes de saúde mental na atenção básica provocam equívocos e distorções no processo de organização do trabalho, e mais ainda, dificulta a caracterização de equipe mínima. Somente em 2008, as diretrizes da saúde mental lançada pela secretaria de estado trazem as atribuições dos profissionais de saúde mental na atenção básica e também define as atribuições e prerrogativas das unidades básicas de saúde da família em relação ao atendimento de urgência. Os profissionais da rede básica de saúde devem realizar o acolhimento/atendimento aos usuários com urgências de baixa gravidade, como: a) crise convulsiva em pessoas com transtorno mental associado (epiléptica); crise histérica; estado de embriaguez; situação de risco psicossocial sem quadro agudo (pessoa incapaz de cuidar de si mesma, desestruturação familiar, recusa do tratamento, população de rua); crise de ansiedade; vítimas de maus tratos e abuso sexual; transtornos depressivos leves e moderados.

Obviamente que para dispensar o cuidado, os profissionais da rede básica devem ter a garantia de um processo de formação contínua que lhes dê condições de atuarem. Entretanto, o que se observou foi a designação de atribuições aos profissionais sem revisão de seu processo de formação. As diretrizes clínicas, elaborada para orientar os profissionais quanto à gestão da clínica, de acordo com as atribuições de cada ponto de atenção, e quanto ao fluxo de atendimento aos usuários desses serviços, necessita ser trabalhada com os profissionais que atendem aos usuários da saúde mental. Até o

momento, não se evidenciou nenhum movimento nesse sentido, assim, delimitar o papel e as atribuições dessas equipes é uma entre tantas ações necessárias nesse processo.

As diretrizes clínicas da saúde mental⁶² definem uma linha de atuação para os profissionais no cuidado à saúde mental e essa atuação exige a interlocução dos diferentes profissionais da área. Mas, o que encontramos nos municípios foram diferentes situações com o mesmo enquadramento: em torno da denominação, equipes mínimas de saúde mental encontramos técnicos – psiquiatra e psicólogo - trabalhando por produtividade em uma presença pontual (uma vez por mês/por semana/quinzenalmente) e concorrida (agenda lotada), às vezes com pouca ou nenhuma articulação com as ESF. Se a compreensão de equipes mínimas exige uma ação articulada entre saúde mental e ESF, a constatação é a inexistência dessas em cinco dos seis municípios. Mas, se a compreensão de equipes mínimas significa a presença dos profissionais (elencados pela política) no município, constatamos que todos possuem esse dispositivo.

Dentre os seis municípios selecionados para o estudo, apenas o município de Ibirajú (em maior proporção) e Montanha (em menor), garantiu a atuação de uma equipe mínima de referência em saúde mental conforme pactuado com o estado. A afirmação desse pacto exigiu destes municípios planejamento das ações, priorização de investimentos na área e comprometimento do gestor municipal para implementação e funcionamento do serviço. Esse diferencial aparece no discurso dos profissionais e é sinalizado para a equipe pesquisadora no primeiro contato realizado para a aproximação com o serviço. Os gestores em questão mostram-se interessados em participar da pesquisa como quem espera que algo de novo aconteça, ou que ao menos a participação torne evidente os desafios encontrados para manutenção do pacto firmado. Desafios que envolvem desde questões relacionadas com a capacidade de gestão (financiamento, formação de recursos humanos, inadequação do modelo de gestão, estruturação da urgência e emergência) a questões desencadeadas por movimentos de resistência à proposta de

⁶² Para maiores informações acesse as Diretrizes clínicas – Coleção uma Nova Saúde no site www.saude.es.gov.br, no link profissional e gestor de saúde/publicações, guias e boletins.

organização da rede extra-hospitalar (redução de leitos na Clínica Santa Isabel, transferências de leitos psiquiátricos para hospitais gerais, pressão da indústria farmacêutica para uso indiscriminado de psicofármacos).

Os demais municípios não garantem um serviço de referência em saúde mental, mas afirmam dispor de uma equipe mínima, teoricamente referência nas ações de saúde mental no espaço local. Estes municípios transferem para a ESF o cuidado da pessoa que sofre com transtorno mental sem garantir suporte técnico às mesmas. Nestes municípios, a resistência apresenta-se ao primeiro contato com a equipe de pesquisa. Protela-se e resiste-se à aproximação da pesquisadora com a equipe como quem teme a descoberta de um segredo. O segredo de não querer revelar que não cumpre ou que desconsidera o pacto firmado com o estado. O pacto de constituir minimamente uma equipe para responder pela demanda da saúde mental no território firmou-se para garantir a obtenção de um kit de medicamentos da saúde mental do qual, se assim não fosse, os municípios não teriam. Isso fica claro no grupo focal quando integrantes do grupo relacionam o suporte do estado com a garantia do kit de medicamentos. Ao garantirem⁶³ para o estado a constituição de uma equipe mínima, os municípios passam a ter o direito de retirar da farmácia básica estadual um conjunto de medicamentos básicos de saúde mental. A barganha resultou em supostos serviços que nem de longe respondem às demandas da pessoa que sofre de um transtorno mental.

O segredo se mantém no encobrimento dessa realidade facilmente desvelável, os altos coeficientes de internação psiquiátrica desses municípios. A suposição se evidencia no discurso dos profissionais que não sinalizam nenhum movimento do gestor no processo de implementação da política. Entretanto, o não compromisso do gestor visivelmente não foi alvo de pressão/luta e resistência da e na comunidade. Ao menos isso não apareceu nos grupos, mostrando a necessidade de articulação e fortalecimento de movimentos sociais na defesa de interesses populares. Cabe a retomada da mobilização da sociedade civil e dos demais movimentos populares, numa conjuntura de

⁶³ Os municípios que decidiram implantar equipes mínimas de saúde mental enviaram, para ser aprovado na CIB, um ofício assinado pelo gestor solicitando a cota de medicamentos e referenciando profissionais da rede para atuar na saúde mental (equipe de saúde mental).

desmonte e destruição do Estado brasileiro que reduz em todas as áreas a política social.

Mas, chegar a essa afirmação requereu entrecruzar discursos, estatísticas e relatórios. Esse quadro não se revela no imediato. Assim vamos desvelar alguns aspectos evidenciados nesses seis municípios, que só numa análise global é possível identificar.

No que se refere à legislação sobre financiamento, os seis municípios cumpriram essa exigência.

Tabela 32 - Percentual de recurso aplicado pelos municípios na saúde

Ibiraçu	Montanha	Irupi	Itaguaçu	C. do Castelo	R. N. do Sul
19%	18,2%	19,2%	17,5%	21%	18,3%

Fonte: Balanços municipais, IJSN, 2007

Nota-se que 100% dos municípios estudados mantiveram os gastos com a saúde acima dos 15% como estabelecida na EC 29. A avaliação do gasto público no período de 2000 a 2004 aponta que estados e municípios brasileiros têm aumentado sua participação nos gastos com a saúde em proporção maior que a União.

Segundo estimativa feita pelo Departamento de Economia da Saúde/SCTIE do Ministério da Saúde, utilizando dados do Sistema de Informações de Orçamentos Públicos em Saúde (Siops), o gasto total com ações e serviços de saúde passou de R\$ 34 bilhões, em 2000, para R\$ 65,5 bilhões, em 2004. Nesse período, verifica-se que a participação dos Estados no volume total de recursos gastos em saúde aumentou de 18,5% para 24,5%, a União reduziu de 59,8% para 49,9% e os municípios registraram incremento de 21,7% para 24,5%.

Os seis municípios estudados mantêm o gasto com a saúde consideravelmente elevado. Mas resta-nos questionar como estes municípios, que se encontram na gestão plena da atenção básica, têm investido na saúde. Esse questionamento é de difícil esclarecimento. Isso, porque os gestores municipais não discriminam no relatório de gestão e/ou no plano municipal, o valor gasto

com a atenção básica, de responsabilidade total dos municípios. Esse fator tem sido um elemento dificultador no processo de planejamento e pacto de gestão. Os municípios encontram dificuldades na pactuação do teto financeiro global por não terem discriminados o valor investido na atenção básica. Como já apontado, os municípios mantêm em funcionamento, direta ou indiretamente, pronto atendimento ou hospital de pequeno porte, e o valor investido nestes serviços consomem boa parte do percentual gasto na saúde, mas não devem ser computados como investimento na atenção básica. Assim, os municípios podem estar priorizando investimento na média complexidade em detrimento da atenção básica. Isso, implica a necessidade de reorganização do sistema de saúde no qual deve ser priorizado o fortalecimento da atenção primária à saúde e, ao mesmo tempo, a organização da rede de atenção à saúde regionalizada, no qual os serviços de maior complexidade estariam organizados de forma concentrada.

A não priorização das ações na atenção primária automaticamente vai resultar no aumento da demanda por assistência hospitalar. Como já demonstrado, os municípios, em maior ou menor proporção, demandaram por internações em hospitais psiquiátricos, gastando parte do percentual da saúde com internações ocasionadas por falha da atenção básica. Mais que isso, no caso de hospitais de pequeno porte identifica-se que em alguns municípios chega a 50% as internações sensíveis à atenção básica, ou seja, internações desnecessárias (ES, 2008).

Vale enfatizar que os recursos destinados às AIHs encontram-se na gestão do estado. Os municípios acessam este recurso à medida que realizam as internações. Não havendo internação, o recurso permanece com o estado. Ou seja, não é repassado ao município para que este invista na atenção básica. Torna-se evidente a responsabilidade do estado no controle das AIHs e mais, na reversão destes recursos para implantação da rede extra hospitalar. É fundamental que o estado estruture uma política de investimento na área da saúde mental e reverta os recursos voltados para internações, a exemplo do Ministério da Saúde que tem revertido seus recursos de internações para a criação de serviços de base territorial. Em 2006, o Ministério da Saúde reverteu os investimentos gastos com os hospitais psiquiátricos. Neste ano, 51,33%

(R\$517.478.979,39) do total de recursos investido pelo Ministério na saúde mental voltou-se para os serviços extras hospitalares, enquanto que para os gastos hospitalares o recurso destinado foi de 48,67% (R\$425.802.569,33).

Entretanto, outros fatores condicionam a reversão desse modelo. Aqui, evidenciamos os interesses antagônicos que movem as ações da Federação Brasileira dos Hospitais particulares. Essas criam diariamente mecanismos de resistência cada vez mais perversos para impedir ou inviabilizar as mudanças necessárias para reversão do modelo. A defesa da lucratividade no âmbito de ação da saúde sustenta a indústria da loucura e cria enormes obstáculos no processo de desativação dos leitos psiquiátricos no estado do Espírito Santo. Os esforços empreendidos pela coordenação estadual de saúde mental não conquistou o fechamento de leitos no maior hospital psiquiátrico do estado que detêm a maior parte dos recursos destinados pelo estado à saúde mental. Tal fato resulta de dois aspectos: a) a luta política e técnica da coordenação estadual de conter e reduzir o raio de ação da Clínica Santa Isabel; b) a força política dos grupos privados de assistência à saúde aqui representados pela Federação Brasileira de hospitais da qual a Clínica Santa Isabel é afiliada – que essa arena tem imposto uma série de derrotas ao projeto de um sistema único de saúde universal e descentralizado.

Nesse jogo, em um contexto de exiguidade de recursos extra-hospitalares de base comunitária, a sedução da facilidade de vagas na clínica Santa Isabel é um elemento que hoje envolve técnicos, gestores, população e mídia na defesa de leitos psiquiátricos sem refletir o que isso legitima – a negação de direitos inscritos na lei 10.216. O acirramento da luta pela agenda do movimento pela reforma psiquiátrica permanece na ordem do dia. Sem essa dimensão, cai-se no reducionismo da crítica jogada nos ombros dos técnicos como se a eles outras opções existissem. Mas, por outro lado, há a instância de luta e de denúncia que se fizeram ausentes nesse percurso – não houve referência ao Movimento de Luta Antimanicomial ou ao Fórum Estadual de Saúde Mental. Enfim, a reversão do modelo assistencial em saúde mental passa por diferentes dimensões.

De uma forma ou de outra é evidente que sem uma política de investimento das três esferas não haverá reversão do modelo. No entanto, os municípios estudados, com exceção de Ibirapu, não garantiram recursos específicos para implantação e funcionamento dos serviços. Ao mesmo tempo em que apareceu no plano de determinados municípios a proposta de constituição de uma equipe de saúde mental e/ou implantação de um CAPS, a proposta fica inviabilizada pela não garantia de recurso. Assim, os municípios que não garantem recursos específicos, realizam ações pontuais através dos profissionais de saúde dispostos na rede básica, que apesar de indicados, não chegam a ser referência em saúde mental. Ainda que insuficiente, ao garantir o recurso, Ibirapu mantém, com todas as limitações, o funcionamento do serviço de referência. Dos seis municípios, dois propõe a implantação de um CAPS indicando: por um lado, a indução do Ministério, por linhas de financiamento, para a adesão a uma dada política, mas o limite encontrado pelo município por não se enquadrar nas regras de financiamento. Por outro, a ausência de apoio e incentivo para as possibilidades de surgimento de novas formas de atenção psicossocial e, conseqüentemente, o pouco investimento para o fortalecimento e instrumentalização das equipes na atenção básica. Assim, os municípios que assumem o compromisso de implantar o serviço em seu território, mas que não têm a garantia de financiamento para um CAPS, sonham em tê-lo. Não por ser ele a única forma de dispensar o cuidado, mas por ser a única forma de garantir o recurso para o cuidado.

Os municípios apresentaram dificuldades em identificar os possíveis dispositivos assistenciais, primeiro passo para possibilitar a constituição de uma rede assistencial de base territorial. Os municípios de Ibirapu e Montanha identificam dispositivos assistenciais como suporte na atenção à saúde mental e se articulam timidamente com os mesmos. Entretanto, a articulação não ocorre sistematicamente, mas em situações pontuais (figura 17).

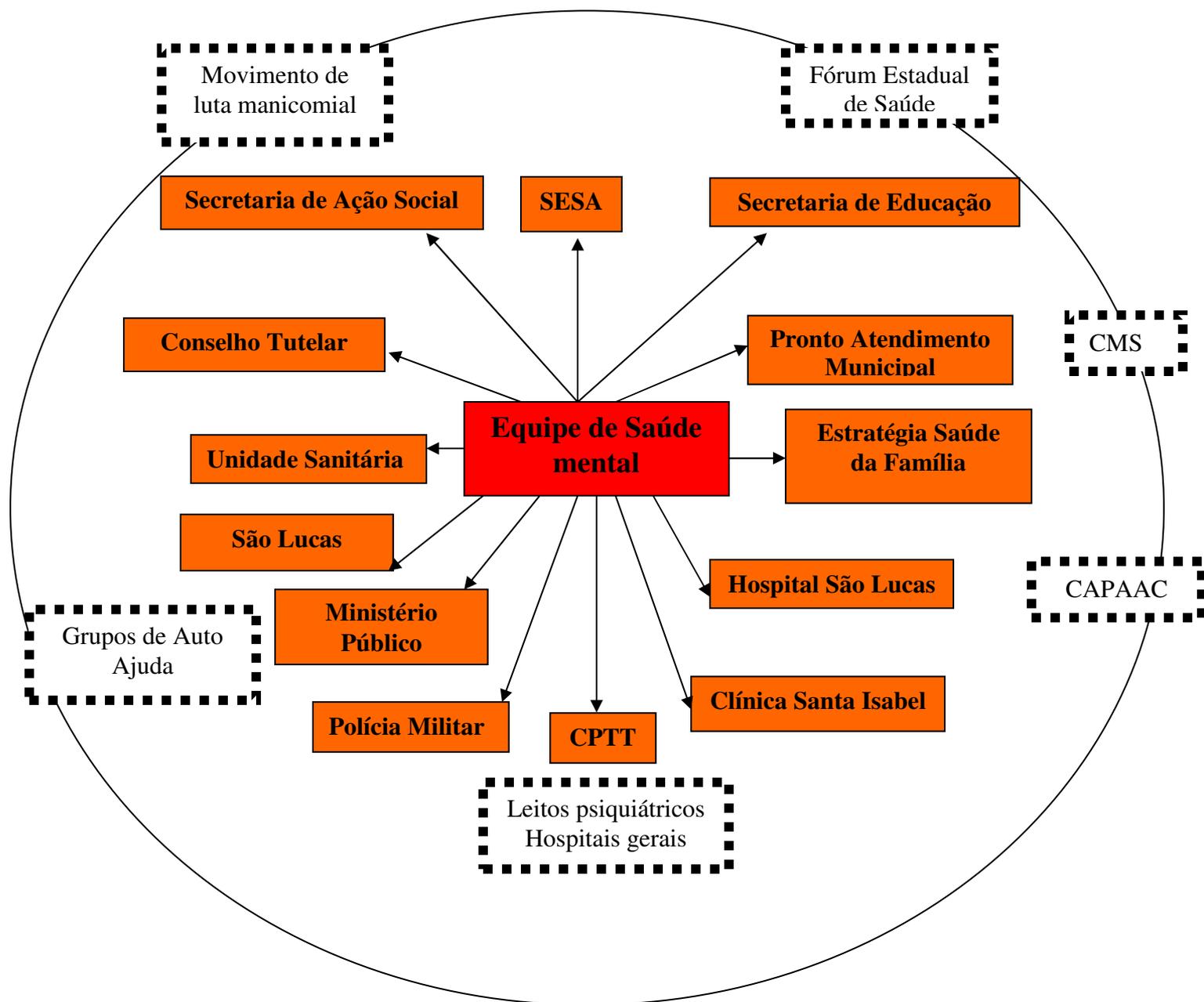


Figura 17 - Dispositivos assistenciais apontados pelos municípios

Legenda: Dispositivos citados
 Dispositivos não citados

Alguns dos dispositivos citados pelos municípios merecem destaques: O Ministério Público, grande aliado na luta pelo resgate da cidadania dos usuários da saúde mental, pouco apareceu dentre os dispositivos acionados. Ele aparece atravessado por pressões dos técnicos e da comunidade. Os técnicos, quando comprometidos com a defesa dos direitos dos usuários, recorrem ao

Ministério Público para barrar internações compulsórias, resultantes de uma prática de exclusão legitimada pela justiça. A comunidade frente à incapacidade de lidar com o socialmente diferente, recorre ao Ministério Público para garantir o enclausuramento do diferente. Tal fato, evidencia o quanto é necessário avançar para se pensar em novos modelos de atenção e que nesse processo, construído em uma arena de luta e confronto político, há que se fortalecer as instâncias de controle social, conselhos, conferências e movimentos sociais na luta pela garantia do exercício de cidadania da pessoa que sofre com um problema mental.

A ESF apareceu como suporte na atenção à saúde mental nos seis municípios e em alguns deles, substituindo equivocadamente a ação da equipe de saúde mental. Isso gera uma fragilidade na formação da rede de atenção à saúde mental que exige vários dispositivos se articulando e se comunicando em um dado território. Aqui não cabe subtração ou superposição de papéis, pois a rede pressupõe que os serviços e ações de saúde, com de diferentes densidades tecnológicas e com distintas características, devem estar adequadamente articulados e harmonicamente integrados.

A secretaria estadual de saúde foi apontada em alguns casos, por garantir o suporte medicamentoso no tratamento oferecido, na maioria das vezes, centrado essencialmente na medicalização e internação. Em outros, a SESA é vista como única possibilidade de garantir apoio técnico ofertando especialização às equipes. Apesar dos cursos de especialização serem dispositivos potentes para atuação dos profissionais que atuam na saúde mental, estes não foram garantidos. Entretanto, o plano de ação da coordenação estadual de saúde mental 2008 a 2011 prevê um Curso de Formação em Saúde Mental para equipes de Saúde da Família por ano e dois cursos por ano de atualização em saúde mental, com previsão de capacitação para 720 profissionais alcançando 70% dos municípios. Mas, até o momento não se tem notícias de encaminhamento desses cursos.

A polícia militar esteve presente seguindo a lógica do tratamento oferecido historicamente ao “louco”, que ameaça a ordem social. Ao colocar em risco o bem estar e a segurança de um conjunto de cidadãos, aciona-se a polícia para

a contenção do louco, que deve ser levado e enclausurado em um lugar – o lugar do louco - estes devem permanecer recolhidos junto com outros marginalizados da sociedade, o que legitima o tratamento historicamente oferecido.

A secretaria de ação social e cidadania desempenhou dois papéis. O primeiro de suporte assistencial para as situações de vulnerabilidade. Nesse caso, a mesma foi acionada para participar do processo de tratamento e acompanhamento do sujeito com transtorno mental e seus familiares, ajudando a identificar e montar estratégias para as situações de risco pessoal e social. Nesse momento, os técnicos dessa secretaria aparecem para implantar e assegurar direitos previsto pela Lei Orgânica da Assistência Social. No segundo, o papel na contramão, busca garantir internações involuntárias, atendendo a lógica de exclusão social do louco. Nesse caso, é lamentável constatar que o termo ação social e cidadania não se refere à cidadania daqueles que historicamente tem seu direito de cidadão negado.

O pronto atendimento municipal apareceu na maioria das situações como porta de entrada para a clínica Santa Isabel, pois o encaminhamento dado pelo médico plantonista apresenta-se como passaporte para um espaço que promove a exclusão social. A clínica Santa Isabel encontra-se presente em 100% dos municípios independente destes se localizarem próximos ou distantes. Dentre os dispositivos assistenciais, ocupa um lugar de destaque, seja pela lógica manicomial que ainda encontra-se muito presente no cuidado às pessoas que sofrem com transtorno mental, seja pela ausência de dispositivos extra-hospitalares que deveriam ser acionados em uma situação de crise. Os dispositivos existentes no estado são ínfimos e não respondem as necessidades dos usuários.

Tabela 33 – Dispositivos assistenciais em saúde mental no estado do ES

Dipositivos	Quantidade
Estratégia Saúde da Família	542
Equipes de saúde mental	36
CAPS I	08
CAPS II	07

CAPS ad	03
CAPS i	01
Leitos em hospitais gerais	30
Serviço de urgência psiquiátrica	02

Fonte: SESA/2009

Atualmente o estado possui cobertura de apenas 47 % da Estratégia Saúde da Família, um déficit de 20 CAPS, inexistência de CAPS III, 02 serviços de urgência psiquiátrica e um número mínimo de leitos psiquiátrico disponíveis em hospitais gerais. Os serviços disponíveis no estado, além de não darem conta de atender a demanda, não formam uma rede de atenção. Para isso eles deveriam estar conectados e integrados em um determinado território com diferentes níveis e densidade tecnológica de atenção. Mas, o que se constata são vazios de serviços, pois os serviços se distribuem escassamente e de forma desigual e não se comunicam. Evidencia-se aqui a necessidade de organização e o fortalecimento de dispositivos na atenção básica, coordenadora do cuidado e ordenadora da rede e o fortalecimento da gestão regional para garantir dispositivos que exigem tecnologias mais pesadas.

Não foram citados pelos profissionais alguns dispositivos fundamentais para construção de uma rede assistencial participativa e democrática. Ficaram fora da rede: a) o fórum estadual de saúde mental, espaço de participação, proposição e deliberação da política de saúde mental no estado. Como tal, este espaço deve ser privilegiado e ocupado pelos atores responsáveis pela implantação da atual política; b) o movimento de luta antimanicomial não foi citado como instrumento de mobilização e aglutinador de forças diferenciados para novas conquistas no campo da saúde mental; c) os grupos de auto ajuda foram esquecidos pelos técnicos como forma de atenção psicossocial comprometida com o cuidado na saúde mental; d) o Conselho municipal de saúde como espaço de formulação e deliberação da política de saúde, inclusive da saúde mental ficou de fora da rede, evidenciando a falta de percepção dos técnicos quanto ao papel do controle social na construção e implantação da política; f) o CAPAAC e os leitos psiquiátricos em hospitais

gerais, dispositivos hospitalares onde o estado exerce o controle sobre as AIHs, não foram evidenciados como dispositivo acionado pelos técnicos. Provavelmente, porque a regulação que o estado realiza nessas unidades dificulta internações desnecessárias e, somado a isso, as vagas na maioria das vezes não se encontram disponíveis considerando o número reduzido de leitos naquelas unidades. Mas, as internações desnecessárias decorrem em parte pela ausência de dispositivos assistenciais que atendam no momento de crise (urgência psiquiátrica) e que ofereça suporte para uma internação breve.

Constatou-se a insuficiência de dispositivos extra-hospitalares nos diferentes níveis de complexidade. O número de CAPS é reduzido em todo o estado e em algumas regiões observa-se um vazio de serviço (tabela 1).

No estado do ES existe uma defasagem de 06 CAPS I, 04 CAPS III, 03 CAPS I e 07 CAPS ad. É evidente a necessidade de estruturação e expansão dos CAPS e, mais evidente, a necessidade de fortalecer a atenção à crise. Um dos grandes desafios é a estruturação da urgência e emergência. Como já apontado, em todo país só existem 39 CAPS III. Por tratar-se de um dos dispositivos de maior complexidade da rede foi o tipo de serviço com menor expansão, permanecendo a atenção à crise centrada em hospitais psiquiátricos. No caso do Espírito Santo, a inexistência de CAPS III, somado ao número reduzido de leitos psiquiátricos em hospitais gerais, fortalece ainda mais o lugar do hospital especializado.

Ademais, os dispositivos assistenciais existentes no estado não chegam a constituir uma rede de serviços, pois não estão adequados e articulados para o atendimento ao usuário da saúde mental. Certamente, o principal desafio na construção do pacto pela saúde mental é a construção e sustentabilidade de uma atenção em rede e de base comunitária em saúde mental no SUS, pois os dados apontam para uma superação muito tímida do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico. Os serviços extra hospitalares existentes nas micros são escassos e, em geral, não absorvem nem a demanda do município onde ele está disposto. Do mesmo modo, ocorre com os dispositivos assistenciais existentes na macro.

Ao considerarmos a articulação e integração das ações de Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde, podemos afirmar que a proposta do Ministério da Saúde de apoio matricial aos profissionais de saúde mental junto às ESF não se efetivou nos municípios estudados. As ESF foram responsabilizadas para atenção à saúde mental, mas além de não contarem com o apoio matricial, dado a inexistência da equipe de referência em saúde mental, não receberam formação permanente. No estado do Espírito Santo, a responsabilização ocorreu sem que houvesse investimentos em cursos de aperfeiçoamentos dos profissionais da atenção básica na atenção à saúde mental.

Chamou-nos a atenção que no discurso dos profissionais, não apareceu a participação da família e usuários. A família foi destacada enquanto agente de pressão para internações, ou por sua falta de apoio ao tratamento e não enquanto dispositivo no cuidado à pessoa com transtorno mental. Evidencia-se aqui a necessidade de fortalecer a organização de familiares e usuários no campo da saúde mental.

No que se refere ao financiamento por parte do estado, até 2008 não foi garantido investimento para construção de serviços substitutos extra-hospitalar. O PDR construído em 2003 não garantiu as linhas de financiamento para construção das redes assistenciais nas várias áreas de atenção, inclusive da saúde mental. Em 2008 o estado assinou convênio para construção de 05 CAPS regionais⁶⁴ distribuídos nas microrregiões com vazios de serviços. Mas, no plano estadual 2009 a 2012 não apareceu previsão de investimento especificado para a saúde mental. Entretanto, aparece no plano o eixo “Descentralização de ações e Serviços de Saúde”, definindo como objetivo consolidar e qualificar o processo de descentralização de ações e serviços de saúde. Se houver prioridade, as ações de saúde mental podem ser pensadas dentro desse eixo. A não definição de ação voltada para a saúde mental no plano estadual de saúde fragiliza a implementação da política, pois o investimento ou não nas ações, vai depender em maior peso da vontade política.

⁶⁴ O convênio assinado foi para construção de 01 CAPS ad em São Mateus para atender a micro São Mateus; 01 CAPS II em Nova Venécia para atender a micro Colatina; 01 CAPS II em Santa Maria de

Assim, a implementação da política de saúde mental na atenção básica é atravessada por desafios que envolvem: modelo de gestão, vontade política, financiamento, educação permanente de recursos humanos, fortalecimento das instâncias de controle social e contenção dos interesses da indústria da loucura. Parafraseando João Antonio de Paula (1992) é a ousadia do saber, mas, sobretudo, é a ousadia do sonhar por uma sociedade justa e igualitária que o texto aqui defende.

4 - Considerações finais

A assistência à saúde mental é um direito de todo cidadão, independente de sua situação social, familiar e racial, e essa assistência não poderá, em hipótese alguma, justificar a violação de quaisquer direitos de cidadania (Carta de Direitos dos Usuários e Familiares de Serviços de Saúde Mental).

Para concluir este trabalho, é necessário retomar o problema de pesquisa: *como se estrutura a política de saúde mental na atenção básica em municípios de pequeno porte do Espírito Santo? Quais recursos técnicos assistenciais são utilizados para responder a esta demanda? Que perspectiva de saúde mental essa ação engendra?*

Tais perguntas serão agora respondidas, tendo por eixo três aspectos: a) a necessidade de se reafirmar cotidianamente os direitos dos usuários do SUS e, em específico, dos usuários dos serviços de Saúde Mental; b) a Política de Saúde mental no Brasil (e, conseqüentemente, no ES) que se encontra em um processo de implementação permeado por resistências, fluxos, avanços e retrocessos; c) a atenção básica que, como porta de entrada do Sistema para o acesso aos serviços de diferentes complexidades, vivencia diretamente os impactos das políticas neoliberais, ou seja, a questão do desemprego, da miséria, da violência social e suas implicações mais profundas na saúde e saúde mental da população e de uma estruturação de atenção primária à saúde como focalizada ou como “pobre política para pobre”.

Começemos então pelo começo: a política de saúde mental nos municípios capixabas encontra-se estruturada dentro do preconizado pela Política Nacional de Saúde Mental?

Retomamos a afirmação de que a política nacional de saúde mental tem como propósito consolidar um modelo de atenção à saúde mental por meio de uma rede de serviços e equipamentos variados que proporcione uma atenção de base comunitária. Mas, a construção do modelo de atenção à saúde mental depende em grande parte do fortalecimento da rede básica ou atenção primária que, do ponto de vista conceitual, é concebida pelo Ministério como

organizadora do sistema de serviços de saúde e não apenas como ponto de atenção. Assim, a rede básica deve dispor de um conjunto de ações e serviços disponíveis no território, organizados e adequados às necessidades do usuário. Essas ações e serviços devem ser pensados: em primeiro lugar, sob o ponto de vista da intersetorialidade, pois nem de longe a saúde, como órgão administrativo, daria conta de responder às questões de saúde impactadas pelas condições de vida da população. Essa afirmação nos remete a pensar nos dispositivos assistenciais de base comunitária (figura 17) que devem ser acionados no cuidado à saúde da população, especialmente da saúde mental. Em segundo lugar, para organização do sistema, o serviço de saúde exige planejamento sistemático das ações a serem implementadas, com garantia de recursos para concretizá-las. Quando estabelecidas e definidas no plano municipal de saúde, a realização das ações torna-se possível. Os planos devem conter os eixos de intervenção prioritários, os objetivos de cada eixo e as ações e metas para alcançar os objetivos. No plano devem estar expressos os compromissos de saúde na esfera de gestão. Entretanto, na maioria dos municípios estudados não encontramos nos planos, objetivos e metas para aprimoramento da gestão da política de saúde mental.

Quanto ao estado, não encontramos no plano estadual de saúde, objetivos e metas para implementação da política de saúde mental. Entretanto, no plano de ação da coordenação de saúde mental estão contemplados: a) capacitação de profissionais de saúde para atuação na área de saúde mental (um por ano); b) Ampliação da cobertura ambulatorial em saúde mental e redução das internações, prevendo construção de CAPS e implementação do programa saúde mental nas UBS; c) Programa de Reestruturação da Assistência Hospitalar – PRH, prevendo estruturação de serviços de urgência e emergência e criação de serviços hospitalares de referência na atenção aos usuários de álcool e outras drogas.

Cabe ao estado coordenar, incentivar e financiar a construção de serviços microrregionais que ofereçam suporte assistencial para as questões que exijam dispositivos de média e alta complexidade. Cabe aos municípios priorizar ações e garantir investimentos que fortaleçam a atenção primária à saúde. Quanto ao Ministério, este tem caminhado lentamente rumo à implementação

da política. Coloca como principal desafio assegurar a manutenção e ampliação progressiva da rede extra-hospitalar, garantindo que os recursos totais não sejam reduzidos na mudança do modelo assistencial, mas que se desloquem os recursos financeiros e humanos, alocados nos hospitais, para os dispositivos comunitários.

A priorização dos municípios para as ações de programas que garanta repasse federal ou estadual de recursos, fortalece o debate de que a regulamentação da organização do SUS é pautado por financiamento fracionado e fortemente regulado pelo Ministério da Saúde. Tal modelo de financiamento da saúde transforma estados e municípios em gestores de projetos e programas federais. Isso se constatou nos planos municipais de saúde e nos relatórios de gestão nos quais os municípios definiram objetivos e metas para alcançá-los, visando responder o compromisso assumido ao aderirem aos programas financiados pelo Ministério da Saúde.

Destacamos também que apesar do Pacto pela Saúde sustentar novas bases para gestão compartilhada do SUS, o financiamento, através das transferências de recursos, não garantiu que os municípios considerem grupos populacionais com menor capacidade de exercer pressão. O desafio é implantar um modelo de financiamento que considere as necessidades da região, pois cada uma delas apresentam suas especificidades e, em cada uma estão sobrepostas especificidades locais.

A ausência de monitoramento e avaliação das ações em saúde mental é um elemento que coloca em risco a implementação das ações. É necessário que se estabeleça o pacto da saúde mental com indicadores de monitoramento das ações desenvolvidas no âmbito municipal e estadual. Indicadores que avaliem o desempenho das atividades realizadas, como número de usuários da saúde mental em acompanhamento pelas equipe, coeficiente de internação hospitalar, entre outros. O novo pacto pela vida traz indicadores que monitoram a implementação de serviços substitutos, como número de CAPS implantado, mas, mais do que isso, é necessário que seja monitorado a capacidade de resposta destes serviços. Os resultados obtidos até o momento nos levam a questionar as condições em que são ofertados os serviços e o

comprometimento dos gestores e técnicos com a atenção voltada ao doente mental. Mas, para que se estabeleça esse pacto é necessário que as condições sejam dadas: a) previsão orçamentária das três esferas de governo; apoio para as atividades de capacitação e educação; c) existência de profissionais necessários ou diretrizes para sua formação; d) incentivo para fixação dos profissionais nos municípios; articulação com instituições formadoras; e) apoio matricial para as equipes. As condições necessárias para o pacto em saúde mental nos aponta um longo caminho a percorrer.

Constatamos, que o processo de descentralização da política de saúde mental, não possibilitou aos municípios capixabas, de forma homogênea, a existência de um projeto de base comunitária e territorial. Se de um lado, 37% dos municípios capixabas não asseguram em 2009 a atenção voltada para a pessoa com transtorno mental, por outro lado, a assistência ofertada pelos 73% dos municípios centra-se em equipes mínimas de saúde mental. Mas, cabe-nos perguntar que sentido assume aqui as equipes mínimas? Podemos afirmar que em sua maioria as equipes mínimas não se constituem por profissionais articulados e organizados com perspectiva de atuação interdisciplinar comprometidos com um modelo de atenção psicossocial nas UBS. Em geral, a existência da equipe se sustenta na presença pontual de profissionais que desenvolvem suas atividades em sistema ambulatorial (por produtividade).

A proposta do Ministério da Saúde, a partir de 2008, é de que as ações de saúde mental na atenção básica sejam organizadas por meio das equipes da ESF, com apoio de um profissional de saúde mental para realizar ações de matriciamento. Nesse arranjo, o profissional responsável pelo apoio matricial deve participar de reuniões com as ESF para planejar ações, supervisionar e discutir casos e, ainda viabilizar capacitações. Seria simples se partíssemos do pressuposto de que as equipes de saúde mental encontram-se constituídas e aptas ao matriciamento, ou seja, se essas equipes, devidamente constituídas, dispusessem de formação, para assim, desempenharem o papel de multiplicadoras. Entretanto, o que se observa é que são equipes de saúde mental constituídas com carência de profissionais e sem formação em saúde mental, o que inviabiliza o apoio matricial.

Mas não é aceitável a afirmação de existência de um serviço que não se afirma como tal. Aqui, o mínimo expressa aquilo que de menor se pode ou se espera fazer. Não é o mínimo que a luta pela Reforma Psiquiátrica buscou. Aqui nossos dados se somam às conclusões de Luzio e L'Abbate (2009, p. 106)

No que se refere à atenção em Saúde Mental, os municípios de pequeno e médio portes em geral, a partir da criação do SUS, incluíram equipes de Saúde Mental nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Esse fato não significou que os municípios assumiam um projeto de Saúde Mental, pautado pelos princípios e diretrizes da reforma psiquiátrica. Na maioria das vezes, tais municípios procuraram dar conta de sua nova responsabilidade de cuidar de seus usuários essencialmente via internação psiquiátrica e medicação, reproduzindo apenas o modelo psiquiátrico hegemônico

Aqui se sustenta a afirmação de que mudar o tratamento oferecido a pessoa com transtorno mental consiste em duas ações: oferecer uma rede de cuidados que privilegie o sujeito na comunidade e construir uma atitude nova da sociedade em relação ao sujeito. A primeira é uma ação estritamente técnica, da rede e das práticas de cuidados. A segunda é cultural e relaciona-se diretamente com o agenciamento social da loucura. Assim, a reversão do modelo depende em muito das concepções que norteiam as ações dos profissionais da saúde mental. Não é por menos que em muitos casos à medida que se implanta as equipes, aumentam o número de internações.

Os profissionais da saúde mental não utilizam os recursos técnicos assistenciais disponíveis no município para responder a demanda. Pouco se viu de articulação da equipe com os demais profissionais da rede e menos ainda com técnicos e serviços de outros setores. Assim, não se conseguiu identificar os possíveis dispositivos assistenciais disponíveis no município, resultando em um raio estreito da ação desenvolvida. O dispositivo comum a todos foi a ESF, mas no geral, não como possibilidade de extensão das ações e sim, com substituição de papéis. Também a polícia militar apareceu em todas as situações como forma de contenção do sujeito que oferece risco a comunidade. Deixaram de ser citados vários dispositivos potenciais no projeto da reforma psiquiátrica, como o Conselho Municipal de Saúde e os grupos de auto ajuda existentes na comunidade, demonstrando a fragilidade no processo de articulação, essencial na implementação da política. Dispositivos como centro de convivência, projetos culturais, de geração de renda e de reinserção

social são dispositivos que se encontram longe do imaginário dos profissionais, pois nem foram citados, demonstrando que ainda há muito que se avançar para despertar os profissionais para novas formas de atenção psicossocial. Os mesmos encontram-se centrados na possibilidade ou não de conquistar o CAPS. Como se essa fosse a única forma de garantir atenção à saúde mental. Assim, ou justificam não desenvolver a ação no município por não disporem de CAPS, ou sonham em conquistá-lo como possibilidade de garantir a atenção. Essa idealização revela por um lado, a dependência dos municípios em relação à política de indução do governo federal, por outro, a limitação dos municípios em sua capacidade de inovar no cuidado à saúde mental.

As ações de saúde mental nos municípios produzem uma atenção centrada em um modo burocratizado de se fazer saúde, fortalecendo o lugar da saúde mental como uma especialidade da área da saúde. Assim, o que prevaleceu foram práticas centralizadas nos atendimentos individuais e encaminhamentos. Encaminha-se os usuários para outras especialidades ou para níveis de maior complexidade, resultando quase sempre em des-responsabilização pela produção de saúde. A atenção básica não aparece como espaço de articulação e de integração das ações e muito menos como acolhedora e organizadora do sistema. Perde-se aqui o princípio da integralidade pretendida pelo SUS, pois não há trocas no cuidado. Perde-se a integralidade pensada pelo movimento sanitário que Carvalho (2005) define como garantir a atenção a todos os tipos de doenças e agravos, em todos os níveis de complexidade e com ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Essa lógica não está pautada na superespecialização da prática médica e a processos de trabalho relacionados à produção de procedimentos sequenciais. Trazemos o sentido da integralidade horizontal que não necessariamente será obtida em um único serviço ou contato com o sistema, mas exigirá uma seqüência de pontos de atenção com padrões tecnológicos próprios que articulados, buscam alcançar à produção do cuidado integral. Mas, o que se evidencia é um descompasso na rede de saúde impossibilitando-a de atender as demanda dos usuários e de se apresentar como suporte efetivo na atenção a saúde mental. O usuário em um primeiro contato com o sistema pode ter sua necessidade atendida no primeiro ponto de atenção acionado, por este encontrar-se devidamente estruturado e

integrado. Mas, se nesse primeiro contato sua necessidade não é atendida, seu encaminhamento deve ser feito, responsável e monitorado, a quantos outros pontos de atenção forem necessários. Entretanto, o SUS ainda não conquistou a estruturação desses pontos de atenção que formariam as redes de atenção no cuidado à população. Assim, não se atende o conceito da integralidade da assistência à saúde que conforma o sistema de saúde como uma rede de serviços e relações.

Permanecem assim, desafios cruciais para a política de saúde mental no Espírito Santo (e no Brasil) ainda não equacionados: 1) a inserção da saúde mental na atenção básica, 2) o processo de qualificação dos profissionais; 3) a garantia de serviços de média complexidade; 4) a ampliação e qualificação de leitos em hospitais gerais, 5) melhoria da articulação urgência emergência/regulação de leitos em alguns municípios de grande porte.

Defendemos aqui que é imprescindível a ampliação dos recursos globais destinados à saúde mental no orçamento geral da saúde (nas três instâncias: federal, estadual e municipal). Há que se garantir o cuidado em saúde mental, a integralidade das ações e a continuidade ao longo do tempo. Isto significa a necessidade de estruturar no Espírito Santo a rede de atenção e restringir política, técnica e socialmente a centralização das ações no âmbito da Clínica Santa Isabel. Quanto mais efetiva for a referência extra hospitalar de atenção, menor será a utilização do dispositivo hospitalar, tanto em número absoluto de internações, quanto em tempo médio de permanência.

Ficam aqui, um misto de sentimentos provocados por vários olhares. Como pesquisadora constato que alguns municípios caminham lentamente em direção à política de saúde mental tentando superar limitações e entraves. Entretanto, sem se dar conta da complexidade da questão que envolve a construção e implementação dessa política permeada por conflitos de interesses contraditórios. Outros, não se comprometem e ignoram a demanda de um grupo minoritário com pequena capacidade de exercer pressão e conquistar direitos legalmente garantidos e essa constatação desperta um sentimento desanimador.

Como gestora me angustio ao perceber a responsabilidade de implementar uma política de tamanha relevância social, voltada para um grupo de sujeitos que são depositários de uma dívida social de anos de exclusão. Por outro lado, percebo a dificuldade de municípios caracterizados por baixa capacidade econômica, expressiva dependência das transferências fiscais, e frágil capacidade administrativa. Nessa condição, sinto o peso da carga colocada para os municípios com o processo de descentralização assumido pelo governo nacional, que sem fortalecer as bases administrativas dos entes federados, transferiu as funções de gestão total das políticas de saúde, sem que os recursos fossem garantidos na mesma proporção. A carga aumenta ao considerar a atribuição das responsabilidades nas ações da atenção básica, que por ser porta de entrada do sistema, recebe as demandas de uma população com várias questões sociais. Questões essas, provocadas pelo impacto do modelo econômico que forma um exército de pobres, desempregados e excluídos, que batem à porta necessitando de atenção integral. É lá que eles batem, e é lá que se desvela todas as mazelas. Mas, essa condição também me convoca a pensar em novas estratégias de enfrentamento, de articulação política, de prioridade de investimentos para minimizar os efeitos de uma situação que se evidencia no espaço local, mas que faz parte de um contexto maior, que impõe limites e desafios estruturais para qualquer gestor. Mas apesar de ser assim, não é uma questão estática, podendo sempre abrir novas possibilidades.

Como Assistente Social, esse longo caminho evidenciou: a necessidade de instrumentalizar as ações desenvolvidas e a atuar com a concepção clara de equipe interdisciplinar que o campo da saúde mental exige. Uma equipe que organize seu trabalho com clareza da necessidade de olhar a pessoa que sofre com um problema mental como sujeito no processo. Que tenha como desafio localizar a cidadania como valor fundante e organizadora das práticas e saberes, com quebra de paradigmas. Que tenha clareza de que a luta pelo direito do exercício de cidadania do dito “louco” é central e deve ser reafirmado por todos e, em específico, pela categoria dos assistentes sociais. Constatando a necessidade de contribuir com a inovação do campo da atenção psicossocial construindo novas formas de atenção à saúde mental sustentada na

articulação com os diferentes setores envolvidos com os interesses da população. É preciso novas formas de fazer da saúde mental sustentada pelo projeto político profissional. Formas que considerem os limites dados pela estrutura econômica capitalista, mas que acredite que a ação dos sujeitos coletivos pode provocar transformações. Que reconheça que, ainda que exista uma hegemonia conservadora, mas que Estado e sociedade são espaços contraditórios, são constituídos por forças sociais em confronto. Assim, é possível disputar espaços e lutar pela hegemonia. E nesse caso, lutar para ampliação do espaço político para novas conquistas potenciais no campo da saúde mental e reduzir o potencial da campanha promovida pela psiquiatria convencional contra a atual política de reforma psiquiátrica.

Como técnica da área de saúde mental percebo as limitações para o desempenho da função decorrente da ausência de uma formação continuada. Percebo ainda a falta de mobilização e articulação dos múltiplos profissionais da rede em torno do objetivo que deveria ser comum, mas não o é. A saúde mental não é vista pelos profissionais como uma responsabilidade que deve ser assumida. Constato a ausência de estratégias viáveis e domínio de métodos e técnicas capazes de gerar processos de mudança.

Como pesquisadora, percebo a deficiência no diálogo com outras áreas de conhecimento, como forma de responder aos complexos desafios na produção da saúde mental e, ainda, potencializar a organização e o funcionamento do modelo de atenção integral à saúde. Constato as dificuldades para implantação de uma política que vem na contramão de uma reestruturação econômica, por meio de uma contra-reforma do Estado, que vem constituindo uma ofensiva conservadora contra as políticas sociais. Crio a expectativa de que este trabalho seja instrumento de reflexão de estudantes, profissionais e gestores, atores potenciais na formulação e implementação da política de saúde e especificamente na política de saúde mental.

Descrita a situação dos seis municípios estudados, uma questão permeia – a realidade não se dá a conhecer no imediato. Encontramos até aqui, apenas parte de uma realidade que buscávamos; não o todo. Para isso, era necessário

entrecruzar na análise um conjunto de aspectos – econômicos, políticos, ideológicos – que não se colocam evidentes em um primeiro momento.

De qual armadilha queríamos escapar? A de olhar para o município e tentar encontrar nele respostas que não são da dinâmica específica dele por si só. Concordávamos com Ianni⁶⁵ quando este afirma que a pesquisa envolve uma obstinada reflexão para superar a imediatividade do dado.

Qual era o dado - a existência e expansão das equipes de saúde mental nos municípios capixabas, o que apontava para a reversão do modelo de atenção em saúde mental. O que perseguíamos nos desvelou uma realidade mascarada da configuração da política de saúde mental no Espírito Santo. Para isso, foi preciso entrecruzar os dados, as proposições da política de saúde mental, o processo de descentralização administrativa e fiscal que reconfigura a relação entre os entes federativos, a arena política na qual a implementação dessa política ocorre e o contexto político e econômico caracterizado pela reforma do Estado.

O caminho não termina aqui. Ele se estende e impõem desafios na dimensão da intervenção política dos profissionais comprometidos com a reforma sanitária. A responsabilidade de articular forças e construir alianças com os que se encontram oprimidos pela política econômica e com os que têm como projeto uma de sociedade justa, igualitária e capaz de mudar a história.

Assim, fica o desafio de seguir em direção ao doutorado – nossa próxima parada.

5 - Referências

ABRUCIO, F. L. Para além da descentralização: os desafios da coordenação federativa no Brasil. In: FLEURY, Sonia (org.). **Democracia, descentralização e desenvolvimento: Brasil & Espanha**. Rio de Janeiro: FGV, 2006, p.77-125.

AFFONSO, R. de B. A. Descentralização e reforma do Estado: a federação brasileira na encruzilhada. In: _____ **Economia e Sociedade**. Campinas, v.14, p. 127-152, jun.2000.

ALMEIDA, E.T.V. Crítica da Metamorfose do Conceito de Sociedade Civil em “Terceiro Setor”. In: _____ **Revista Serviço Social e Sociedade**. Rio de Janeiro, ano 25, n. 80, p.94-110, nov. 2004.

ALVARENGA, M. S.; GARCIA, M. L. T. **Municípios de Pequeno Porte e a Política de Saúde Mental: o caso de São José do Calçado**. Relatório de pesquisa. Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação. Vitória:Universidade Federal do Espírito Santo, 2008.

AMARANTE, P. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. In: _____ **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.11, n.3, p. 491-494, jul./set. 1995.

_____, P. A Clínica e a Reforma Psiquiátrica. In: _____ **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: NAU, 2003, p. 44 - 65.

ANDREOLI, S. B. Serviços de Saúde Mental no Brasil. In: MELLO, M. F (Org.). **Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil**. Porto Alegre: Artimed, 2007, p. 85-100.

ARRETCHE, M. **O Estado Federativo e Políticas Sociais: determinantes da descentralização**. Rio de Janeiro: Revan, 2000.

_____. M. Relações federativas nas políticas Sociais. **Educação & Sociedade**. Campinas, v.23, n. 80, set.2002.

_____. M. Federalismo e políticas sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia. **São Paulo em perspectiva**. São Paulo, v.18, n.2, abr./jun. 2004.

_____. M.; MARQUES, E. Condicionantes Locais da Descentralização das Políticas de Saúde. In: HOCHMAN, G.; ARRETCHE, M.; MARQUES, E. **Políticas Públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007, p.173-206.

AVRITZER, L. Cultura Política, Atores Sociais e Democratização. **Rev. Bras. de C. Sociais**. ano 10, n. 28, jun.1995.

⁶⁵ Transcrição de aula no curso de Pós-Graduação em Ciências Social – PUCSP, 1986.

BAPTISTA, T.W.F. O direito à Saúde no Brasil: sobre como chegamos ao Sistema Único de Saúde e o que esperamos dele. In: _____ **Textos de Apoio em Políticas de Saúde**. Escola Politécnica de Saúde Joaquim. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005, p. 11-42.

BEHRING, E. Principais abordagens teóricas da política social e da cidadania. In: _____ **Política Social - módulo 03**. Programa de Capacitação Continuada para Assistentes Sociais. Brasília: CEFESS/ABEPSS/CEAD-NB, 2000.

_____. **O Brasil em contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos**. São Paulo: Cortez, 2003.

_____, E. R.; BOSCHETTI, I. **Política social: fundamentos e história**. São Paulo: Cortez, 2006.

BODSTEIN, R. C. A.; FONSECA, C. M. O. Desafio da Reforma Sanitária: consolidação de uma estrutura permanente de serviços básicos de saúde. In: COSTA, N. R.; MINAYO, C. S.; RAMOS, C. L.; STOTZ, E. N. **Demandas populares, políticas públicas e saúde**. Petrópolis: Vozes, 1989.

BRASIL. Ministério da saúde. Portaria nº. 10.216, de 06 de abril de 2001. Brasília, 2001. Disponível em:< <http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 20 fev. 2005.

_____. Ministério da saúde. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental: "Cuidar, sim. Excluir, não": efetivando a Reforma Psiquiátrica com acesso qualidade, humanização e controle social**. Brasília, 2001.

_____. Ministério da saúde. **Constituição Federal de 1988**. Gestãomunicipal de saúde: leis, normas e portarias atuais. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da saúde. Portaria nº. 336, de 19 de fevereiro de 2002. Brasília, 2002. Disponível em:< <http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 20 fev. 2005.

_____. Ministério da saúde. Portaria nº 52, de 20 de janeiro de janeiro de 2004, Brasília, 2004. Disponível em:< <http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 28 mar. 2005. (De onde?)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de apoio à descentralização. **Regulamento dos pactos pela vida e de gestão**, Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. **Saúde Mental no SUS: Acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção**. Relatório de Gestão 2003-2006, Brasília: Ministério da Saúde, jan. 2007.

_____. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção à saúde. **Política Nacional de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRAVO, M. I. S. Tendências atuais da descentralização e o desafio da democracia na gestão da saúde. In: _____. **Política Social e Democracia**. São Paulo: Cortez, 2002. p. 67-85.

_____, PEREIRA, P. A. P.; MATOS, M. C. A saúde no Brasil: reforma sanitária e ofensiva neoliberal. In: BRAVO, M. I. S. **Política Social e Democracia**. São Paulo: Cortez, 2002, p. 197-216.

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 Saúde Pública, Rio de Janeiro, p. 456-468, fev. 2008.

CARCANHOLO, M. D. Neoliberalismo e o Consenso de Washington: a verdadeira concepção de desenvolvimento do governo FHC. In: MALAGUTI, M. L.; CARCANHOLO, R. A.; CARCANHOLO, M. D. **Neoliberalismo**: a tragédia do nosso tempo. 3.ed. São Paulo: Cortez, 2002. p.15-35.

CAVALHO, G. **Saúde**: o tudo para todos que sonhamos e o tudo que nos impingem os lucram com ela. São Paulo, 2005, mimeo.

COHN, A. O SUS e o direito à saúde: universalização e focalização nas políticas de saúde. In: LIMA, N. T; GERSCHMAN, S; EDLER, C. F. SUÁREZ, J. M. **Saúde e Democracia**: história e perspectiva do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

CONSELHO Nacional de Secretários de Saúde. A importância da atenção primária à saúde nas redes de atenção à saúde. **Seminário** para construção de consenso sobre modelo de atenção à saúde no SUS. Santa Catarina, 2008.

CORDEIRO, F. **Conferência Pan-americana para Políticas de Álcool e outras Drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

COSTA, L. C.. **Os impasses do Estado capitalista**: uma análise sobre a reforma do Estado no Brasil. Ponta Grossa: UPEG; São Paulo: Cortez, 2006.

COSTA, M. E. B. Grupo Focal. In: DUARTE, J., BARROS, A. **Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação**. São Paulo: Atlas, 2005.

COSTA-ROSA, A.; LUZIO, C. A.; YASUI, S. Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na saúde mental. In; AMARANTE, P. **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: NAU, 2003, p. 13 - 44.

COTRIM, R. de C. **A descentralização federativa, regras institucionais e desempenho municipal da saúde no Brasil**: um estudo comparativo. Dissertação apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz- ENSP- FIOCRUZ- Rio de Janeiro, 2006, p. 86.

DAGNINO, E. (Org). Sociedade Civil, Espaços Públicos e a Construção Democrática no Brasil: Limites e Possibilidades. In: **Sociedade civil e espaços públicos no Brasil**. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

_____, OLIVEIRA, A. J.; PANFICHI, A. Para uma outra leitura da disputa pela construção democrática na América Latina. In: **A disputa pela**

construção democrática na América Latina. São Paulo: Paz e Terra; Unicamp, 2006. p.13-91.

DELGADO, P. G. G. Perspectivas da psiquiatria pós asilar no Brasil (como um apêndice sobre a questão dos crônicos). In: TUNDIS, S. A.; COSTA, N. R. **Cidadania e Loucura:** políticas de saúde mental no Brasil. 6.ed. Petrópolis: Vozes, 2000. p.171-197

_____, P. G. G. et al. Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil. In: MELLO, M. F (Org.). **Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil.** Porto Alegre: Artimed, 2007. p. 39-84.

DRAIBE, S.. As políticas Sociais nos anos 90. In BAUMANN, R. (Org.) **Brasil: uma década em transição.** São Paulo: Campus, 1999.

ESCOREL, S; BLOCH, R. A. As Conferências Nacionais de Saúde Na Construção do SUS. In: LIMA, N. T; GERSCHMAN, S; EDLER, C. F. SUÁREZ, J. M. **Saúde e Democracia:** História e Perspectiva do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 83-119.

ESPÍRITO SANTO. **Proposta para uma Política de Saúde Mental do Estado do Espírito Santo.** Secretaria Estadual de Saúde. Vitória, 1995.

_____. Secretaria Estadual de Saúde. **Política Estadual de Saúde Mental.** Vitória, 2001.

_____. **Plano Estadual de Saúde Mental.** Secretaria Estadual de Saúde. Vitória, 2003.

_____. Secretaria Estadual de Saúde. **Plano de Desenvolvimento Regional.** Vitória, 2003.

_____. Secretaria Estadual de Saúde. **Mapeamento dos serviços de saúde mental do Espírito Santo.** Vitória, 2005.

_____. Secretaria Estadual de Saúde. **Plano Estadual de Expansão da Rede de Saúde Mental do Espírito Santo 2008 a 2011.** Vitória, 2007.

FERREIRA, L. E. A. **Análise de Política Pública de Saúde Mental:** O caso do Espírito Santo. Dissertação de Mestrado. Instituto de Psiquiatria. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Programa de pós-graduação em psiquiatria e saúde mental. Rio de Janeiro, 2005. 135 f.

FIGUEREDO, M. D. **Saúde mental na atenção básica: um estudo hermenêutico-narrativo sobre o apoio matricial na rede SUS-Campinas (SP).** Dissertação apresentada no Departamento de medicina preventiva e social da Universidade estadual de Campinas. Fevereiro, 2006. 147 f.

FLEURY, S. A questão Democrática na Saúde. In:_____. **Saúde e democracia:** a luta do CEBES. São Paulo: Editora Lemos, 1997. p.25-41.

GENNARI, A. M. **Globalização, neoliberalismo e superpopulação relativa no Brasil nos anos de 1990.** Disponível em: <<http://www.fclai.unesp.br/eco/org-pesq.pdf>.> Acesso em 16 mai. 2009.

GERSCHEMAN, S. **A Democracia Inconclusa**: um estudo da Reforma Sanitária brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

GOMES, G. M.; DOWELL, M. C. M. **Descentralização Política, Federalismo Fiscal e Criação de Municípios**: o que é mau para o econômico nem sempre é bom para o social. Texto para discussão, Brasília, n. 706. fev. 2000.

HOCHMAN, G.; ARRETCHE, M.; MARQUES, E. **Políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

JORGE, M. A. S.; ALENCAR, P. S. S.; BELMONTE, P.; REIS, V. L. M. Políticas e práticas de Saúde Mental no Brasil. In: _____ **Textos de Apoio em Políticas de Saúde**. Escola Politécnica de Saúde Joaquim. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p 207- 223.

LABRA, M. E. Conselhos de Saúde: dilemas, avanços e desafios. In: LIMA, N. T. (Org.). **Saúde e Democracia**: histórias e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 253-383.

LIMA, N.T; FONSECA, C. M. O; HOCHMAN, G. A Saúde na Construção do Estado Nacional no Brasil: Reforma Sanitária em Perspectiva Histórica. In: LIMA, N. T. (org.). **Saúde e Democracia**: história e perspectiva do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 27-58.

LUZ, M. T. Políticas de descentralização e cidadania: Novas práticas em saúde no Brasil atual. In: PINHEIROS, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Os sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ; IMS; ABRASCO, 2001, p.17-38.

LUZIO, C. A.; L'ABBATE, S. A atenção em saúde mental em municípios de pequeno e médio porte: ressonâncias da reforma psiquiátrica. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.14, n.1, fev. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.org>.> Acesso em: 24 mai. 2009.

MAY, T. Pesquisa Documental: escavações e evidências. In: _____ **Pesquisa Social**: questões, métodos e processos. Carlos Alberto Silveira Netto Soares (Trad.). 3 ed. Porto Alegre: Artimed, 2004. p 205-229.

MENDES, A. N. **Financiamento, Gasto e Gestão do SUS**: a gestão descentralizada semiplena e plena do sistema no Estado de São Paulo (1995-2001), Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP, Brasil, 2005.

MENDES, E.V. **Os grandes dilemas do SUS**. Tomo II. Salvador: Casa da Qualidade, 2001.

_____. **Os sistemas de serviços de saúde**: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MERHY, E. E. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: MERHY, E. E; HELVÉCIO, M.M. J.; JOSELY, R.; TÚLIO, B. F.; WANDERLEY, S. B. **O trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 15-35.

MINAYO, C. de S. (Org). **Pesquisa social: teoria, métodos e criatividade**. 21 ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2002.

NETTO, J.P. **Capitalismo Monopolista e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 1992.

NOGUEIRA, M. A. Gestão participativa, Estado e democracia. In:_____ **Um Estado para uma Sociedade Civil: temas éticos e políticos da gestão democrática**. São Paulo: Cortez, 2004. p.117-166.

PAULA, J. A. A produção de conhecimento em Marx. **Caderno ABESS**, n. 5, 1992. p.17-42.

PINHEIRO, R; MATTOS, R. (Org.). **Construção Social da Demanda**. Rio de Janeiro: IMS;UERJ;ABRASCO, 2005.

REIS, R. **Centro de atenção psicossocial em álcool e outras drogas do município de Vitória: entre tramas e atos**. Trabalho de conclusão de curso. Centro de ciências jurídicas e econômicas/Departamento de Serviço Social da Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória, 2006. p. 125.

RESENDE, H. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. IN: TUNDIS, S. A.; COSTA, N. R. **Cidadania e Loucura: políticas de saúde mental no Brasil**. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 2000. p.15-73.

ROSSONI, C. G. **Um Estudo Sobre a Saúde Mental de Serra – ES: da surpresa ao encantamento**. Dissertação de Mestrado. Centro de Ciência da Saúde. Universidade Federal do Espírito Santo. Programa de Pós-Graduação em atenção à Saúde Coletiva. Vitória, 2006. p.113.

SANTOS, L.; ANDRADE, L. O. M. (Org.). **SUS: o espaço da gestão inovada e dos consensos interfederativos**. São Paulo: Prisma Printer, 2007. p.165.

SILVA, J. P. V; LIMA, J. C. Sistema Único de Saúde: Reafirmando seus princípios e diretrizes para avançar a reforma sanitária brasileira. In:_____ **Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio**. Textos de Apoio em Políticas de Saúde. Organizado por Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005, p. 43 -74.

SILVA, S. F. (Org.). Pacto pela saúde e redes regionalizadas de atenção: diretrizes operacionais para implantação. In:_____ **Redes de atenção à saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde**. São Paulo: IDISA;CONASEMS, 2008. p.202.

SOUZA, C. Desenho constitucional, instituições federativas e relações intergovernamentais no Brasil pós-1988. In: FLEURY, S. (Org.). **Democracia, descentralização e desenvolvimento: Brasil e Espanha**. Rio de Janeiro: FGV, 2006. p. 187-212.

SOUZA, C. Políticas públicas: uma revisão da literatura. Porto Alegre: Sociologias, n.16, dez. 2006, p. 20-45. ISSN 1517-4522.

SOUZA, R. G. **Poder local e implementação da política de saúde: dilemas da gestão descentralizada**. Tese apresentada à Escola Nacional de Saúde

Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz- ENSP- FIOCRUZ- Rio de Janeiro, 2005. p.200 .

SOUZA, J.S.; GARCIA, M.L.T. Resistindo à reforma psiquiátrica brasileira: um estudo de caso de uma clínica psiquiátrica privada/ES. **Revista Textos & Contextos**. Porto Alegre v. 7 n. 2 p. 199-220. jul./dez. 2008

STEIN, R. H. A descentralização como instrumento de ação política e suas controvérsias. **Serviço Social e Sociedade**, ano 18, n. 54, jul.1997, p. 75-96.

TELLES, V. da S. Sociedade Civil, direitos e espaços públicos. In: FLEURY, S. **Democracia, descentralização e desenvolvimento: Brasil e Espanha**. Rio de Janeiro: FGV, 2006, p. 397-416.

TENÓRIO, F. **A reforma psiquiátrica brasileira da década de 1980 aos dias atuais**: histórias e conceitos. *Historia, ciência, saúde*. Manguinhos, v.9, n.1, p.25-59, jan. / abr., 2002.

UGÁ, M. A. D.; MARQUES, R. M. O Financiamento do SUS: Trajetória, contexto e constrangimentos. In: LIMA, N. T. (Org.). **Saúde e Democracia: histórias e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005, p. 193-233.

VASCONCELOS, E. M. Breve periodização histórica do processo de reforma psiquiátrica recente. In:_____ **Saúde Mental e serviço Social**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2002, p. 19-34.

_____ **Abordagens Psicossociais volume II**: reforma psiquiátrica e saúde mental na ótica da cultura e das lutas populares. Eduardo Mourão Vasconcelos (Org). São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008. p. 335

WAGNER, G. Efeitos paradoxais da descentralização no sistema único de saúde no Brasil. In: FLEURY, S. (Org.). **Democracia, descentralização e desenvolvimento: Brasil e Espanha**. Rio de Janeiro: FGV, 2006. p. 417-442.