

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

LARA DA SILVA CAMPANHARO

PARA ONDE FOI O DINHEIRO DA SAÚDE MENTAL?
ANÁLISE DOS GASTOS DA SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO ESPÍRITO
SANTO COM AÇÕES E SERVIÇOS EM SAÚDE MENTAL

VITÓRIA
2023

LARA DA SILVA CAMPANHARO

**PARA ONDE FOI O DINHEIRO DA SAÚDE MENTAL?
ANÁLISE DOS GASTOS DA SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO ESPÍRITO
SANTO COM AÇÕES E SERVIÇOS EM SAÚDE MENTAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Política Social da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito para obtenção do título do Mestre em Política Social.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Fabiola Xavier Leal

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

Ficha catalográfica disponibilizada pelo Sistema Integrado de Bibliotecas - SIBI/UFES e elaborada pelo autor

C186p Campanharo, Lara da Silva, 1999-
Para onde foi o dinheiro da saúde mental? análise dos gastos da secretaria de saúde do estado Espírito Santo com ações e serviços em saúde mental / Lara da Silva Campanharo. - 2023. 230 f. : il.

Orientadora: Fabiola Xavier Leal.

Coorientadora: Maria Lúcia Teixeira Garcia.

Dissertação (Mestrado em Política Social) - Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências Jurídicas e Econômicas.

1. Política de saúde mental. 2. Orçamento. 3. Política social. 4. Saúde pública - Administração - Descentralização. I. Leal, Fabiola Xavier. II. Garcia, Maria Lúcia Teixeira. III. Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências Jurídicas e Econômicas. IV. Título.

CDU: 32

**PARA ONDE FOI O DINHEIRO DA SAÚDE MENTAL? ANÁLISE
DOS GASTOS DA SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
ESPÍRITO SANTO COM AÇÕES E SERVIÇOS EM SAÚDE
MENTAL**

LARA DA SILVA CAMPANHARO

*Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação
em Política Social da Universidade Federal do Espírito
Santo como requisito parcial para obtenção do Grau de
Mestre em Política Social.*

Aprovada em 27 de outubro de 2023.

COMISSÃO EXAMINADORA

**Professora Doutora Fabiola Xavier Leal
Orientadora/Universidade Federal do Espírito Santo**

**Professora Doutora Maria Lúcia Teixeira Garcia
Coorientadora/ Universidade Federal do Espírito Santo**

**Professora Doutora Jeane Andréia Ferraz Silva
Universidade Federal do Espírito Santo**

**Doutora Edineia Figueira dos Anjos Oliveira
Doutora em Política Social pela Universidade Federal do Espírito Santo**

**Professora Doutora Rita de Cássia Cavalcante Lima
Universidade Federal do Rio de Janeiro**



Um menino dorme. Há um copo de leite pronto para quando ele acordar.
Um rato bebe o leite. O menino, sem ter o leite, chora, assim como chora a mãe
Antonio Gramsci

AGRADECIMENTOS

Deus, presença constante.

Por mais que o título de mestre seja uma conquista atribuída a um indivíduo, no meu caso, sua construção e frutos foram e serão coletivos. Por isso, os registros abaixo são uma tentativa de agradecimento, ainda que insuficientes, para algumas das pessoas que participaram desse processo – e que sorte tive, pois não foram poucas.

A Dr^a Maria Lúcia Garcia, coorientadora comprometida com a pesquisa. Agradeço por fazer-me perceber que o processo de construção de uma dissertação é tão rico como o resultado final. Sou grata pelas trocas teóricas e metodológicas, mas principalmente por acreditar nesta pesquisa quando parecia inviável remontar o caminho. Cada orientação possibilitou o fôlego e a curiosidade necessária para continuar e entender que os limites nem sempre são negativos.

A Dr^a Fabiola Leal, pesquisadora e militante da saúde mental, responsável por despertar meus primeiros interesses pelo estudo de uma saúde mental crítica. Agradeço pela presença desde a graduação e por todos os ensinamentos dentro e fora da universidade.

A Dr^a Edineia Oliveira, referência no estudo do financiamento da Política de Saúde Mental e da generosidade que existe no meio acadêmico. Agradeço por todas as reuniões e contribuições na organização dos dados e nas sempre pertinentes reflexões que nos levavam a dar passos consistentes..

A Dr^a Jeane Ferraz, agradeço pela escolha tão respeitosa da forma de ensinar, que além de agregar teoricamente nesse processo, mostra a necessidade da leveza e da arte para enfrentar as indignações que nos movem.

A Dr^a Rita Lima, gratidão pela generosidade e dedicação direcionada ao trabalho. Da mesma forma, agradeço pelo cuidado nas conversas que tivemos oportunidade de realizar.

A todas/os Professoras/es da Pós-graduação em Política Social e a Adriana Pratti por solucionar todas as minhas aparentes urgentes demandas acadêmicas.

Aos Colegas da turma. Compartilhar essa fase da vida com cada um de vocês trouxe aprendizados e boas gargalhadas.

A todas as integrantes do Grupo de Estudo Fênix. Sou feliz em compartilhar esse espaço de estudo e pesquisa com todas vocês.

A todas/os militantes do Fórum Metropolitano sobre Drogas do ES. Acreditar em uma outra

forma de cuidado é o que nos une.

Aos profissionais do setor de pesquisa do ICEPi e dos Setores da SESA – Gerência de Contratualização da Rede Complementar; Núcleo Especial de Programação de Serviços de Saúde; Área Técnica de Saúde Mental; Gerência de Assistência Farmacêutica; Comissão Intergestores Bipartite do SUS/ES; Gerência de Planejamento Estadual Desenvolvimento Institucional; Fundo Estadual de Saúde; Gerência de Contratualização da Rede Própria e o Núcleo Especial de Regulação de Internação. Agradeço a disponibilidade e a paciência com a lista interminável de dados que solicitei.

A Márcia Portugal. Obrigada pelas tardes de ensinamentos sobre o SUS. Para além das demandas da pesquisa, agradeço por tanta dedicação para sanar todas as minhas dúvidas, principalmente nos momentos que eu não sabia quais eram.

A Capes pela bolsa de Mestrado que possibilitou a dedicação integral às atividades acadêmicas do mestrado.

A minha Família. É uma benção ser cercada de pessoas que emanam tanto cuidado com a minha vida. Agradeço especialmente a Adenir Piovanelli, minha avó, exemplo de força e amor vigoroso. Minhas realizações sempre serão seus frutos.

Aos amigos. Compreender ausências não é fácil. Por isso, agradeço.

A Jônatas Nery, influência na minha inserção no mestrado, que tantas vezes acolheu meu desespero e ouviu atentamente todas as minhas descobertas. Comemorou cada passo na construção dessa dissertação, compartilhando fim de semanas de estudos e cafés-ternura. Amo você. Amo nós.

Ao meu amor raiz, Sonia Maria. Mãe, sua confiança e fé na vida é admirável. Obrigada por me ensinar a ver a beleza da vida, mesmo quando tudo se faz desespero. Você é a inspiração e razão de tudo que faço. Nós conseguimos. Você conseguiu!

A minha Miris. Luz da minha vida. Acompanhar seu crescimento é a experiência mais profunda transformação que eu vivencio. Amo você.

Por fim, dedico todo esse trabalho ao meu primo-irmão Renan Nicomedes (*In memoriam*). Você foi a primeira pessoa a saber da minha aprovação na faculdade e brilhou quando soube da aprovação no mestrado. Meu coração se encheu de orgulho quando você realizou seu sonho de criança. A gente era orgulho-amor mútuo e teorias da madrugada. Te amo, para além do universo.

RESUMO

A dissertação se propõe identificar a tendência assumida pelo financiamento do estado do Espírito Santo nas ações e serviços da Saúde Mental, considerando como esse financiamento concretiza ou não as diretrizes estabelecidas no interior dos instrumentos de gestão garantindo (ou não) os serviços e ações extra-hospitalares e de base comunitária, tal como definida na referida Política. Realizamos Pesquisa Documental, numa abordagem mista, utilizando a Estratégia de Triangulação Concomitante. O recorte temporal foi de 2009-2021 e o lócus da pesquisa envolveu a Secretaria de Saúde de Estado do Espírito Santo, por meio de nove (09) setores – Gerência de Contratualização da Rede Complementar; Núcleo Especial de Programação de Serviços de Saúde; Área Técnica de Saúde Mental; Gerência de Assistência Farmacêutica; Comissão Intergestores Bipartite do SUS/ES; Gerência de Planejamento Estadual Desenvolvimento Institucional; Fundo Estadual de Saúde; Gerência de Contratualização da Rede Própria e o Núcleo Especial de Regulação de Internação –, onde consultamos os documentos de acesso restrito sobre os gastos com as ações e serviços do estado com Rede de Atenção Psicossocial. Utilizamos ainda documentos públicos de três (03) sites - Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo onde acessamos os Planos estaduais de Saúde e os documentos de Orçamento da saúde; Portal da Transparência do Espírito Santo onde acessamos dados sobre o gasto com o financiamento da Política de Saúde do nível estado e no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde identificamos dados sobre repasse da União para o Espírito Santo. Os dados evidenciaram a fragmentação entre o planejamento e a execução no financiamento das ações e serviço da Rede de Atenção Psicossocial no ente subnacional estado, resultando em uma escassez de informações sobre as competências atribuídas ou assumidas por esse ente. Em relação às metas que o estado se propôs a realizar para ampliação dos serviços da rede, nenhuma foi cumprida no quantitativo estabelecido. Já sobre o financiamento, entre os recursos possíveis de terem seu destino identificados, encontramos uma tendência de financiamento para instituições hospitalares, com 57,50% de todo o recurso empregado de 2009-2021, principalmente em leitos em hospitais psiquiátricos (48,01%). No caso dos serviços extra-hospitalares, o financiamento das Residências Terapêuticas representou 23,70%. Já para os medicamentos a destinação foi de 18,80%. Nesse cenário, ressaltamos a participação da Organização da Sociedade Civil na gestão dos serviços da saúde mental capixaba, que alteram a forma de gerir os equipamentos, instalando uma gestão baseada em metas. Assim, os resultados apontam para o aumento da tendência de recurso estaduais para a saúde mental após a adesão do estado a RAPS, contudo, a tendência de destinação dos recursos permanece centrada na lógica manicomial. O que esse cenário revela é a não garantia das ações e serviços extra-hospitalares e de base comunitária, como definido na Política de Saúde Mental, com a continuidade das disputas entre o modelo de cuidado da Reforma Psiquiátrica versus o modelo Manicomial.

Palavras-chave: Política de Saúde Mental. Descentralização. Financiamento. Política Social.

ABSTRACT

This dissertation sets out to identify the trend in the state of Espírito Santo's funding of mental health actions and services, considering how this funding does or does not implement the guidelines established within the management instruments, guaranteeing (or not) out-of-hospital and community-based services and actions, as defined in this policy. We carried out documentary research in a mixed approach, using the Concomitant Triangulation Strategy. The time frame was 2009-2021 and the locus of the research involved the Espírito Santo State Health Department, through nine (09) sectors - Complementary Network Contractualization Management; Special Health Services Programming Nucleus; Mental Health Technical Area; Pharmaceutical Assistance Management; Bipartite Interagency Commission of the SUS/ES; State Planning and Institutional Development Management; State Health Fund; Contractualization Management of the Own Network and the Special Inpatient Regulation Center -, where we consulted restricted access documents on spending on the state's actions and services with the Psychosocial Care Network. We also used public documents from three (03) websites - the Espírito Santo State Department of Health, where we accessed the state health plans and health budget documents; the Espírito Santo Transparency Portal, where we accessed data on spending on health policy funding at state level; and the Department of Information Technology of the Unified Health System, where we identified data on federal transfers to Espírito Santo. The data showed fragmentation between planning and execution in the financing of Psychosocial Care Network actions and services in the state subnational entity, resulting in a lack of information on the competencies attributed to or assumed by this entity in it. With regard to the targets that the state set itself for expanding the network's services, none of them were met to the extent established. As for funding, among the resources that can be identified, we found a trend towards funding for hospital institutions, with 57.50% of all the resources used from 2009-2021, mainly for beds in psychiatric hospitals (48.01%). In the case of out-of-hospital services, Residential therapeutic service funding accounted for 23.70%. For medicines, the allocation was 18.80%. In this scenario, we highlight the participation of Civil Society Organizations in the management of mental health services in Espírito Santo, which have changed the way equipment is managed, installing goal-based management. Thus, the results point to an increase in the trend of state resources for mental health after the state joined the RAPS, however, the trend of allocating resources remains centered on the asylum logic. What this scenario reveals is the failure to guarantee out-of-hospital and community-based actions and services, as defined in the Mental Health Policy, with the continuation of disputes between the Psychiatric Reform model of care versus the Manicomial model.

Keywords: Mental Health Policy. Decentralization. Financing. Social Policy.

LISTA DE SIGLAS

AC	Análise de Conteúdo
CAPAAC	Centro de Atendimento Psiquiátrico Aristides Alexandre Campos
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEAF	Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CF	Constituição Federal do Brasil
CGR	Colegiados de Gestão Regional
CIB	Comissão Intergestores Bipartite do SUS
CIR	Comissão Intergestores Regional
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
COAP	Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
EC	Emenda Constitucional
EUA	Estados Unidos da América
ES	Espírito Santo
ETC	Estratégia de Triangulação Concomitante
FES	Fundo Estadual de Saúde
FMI	Fundo Monetário Internacional
FNS	Fundo Nacional da Saúde
GEAF	Gerência de Assistência Farmacêutica
GECORC	Gerência de Contratualização da rede Complementar
GECORP	Gerência de Contratualização da Rede Própria
GPDI	Gerência de Planejamento Estadual Desenvolvimento Institucional
GEPORAS	Gerência Política de Organizações de Redes de Atenção à Saúde
ICEPi	Instituto de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOA	Lei Orçamentária Anual
LRF	Lei de Responsabilidade Fiscal
MRS	Movimento pela Reforma Sanitária

MS	Ministério da Saúde
NEPSS	Núcleo Especial de Programação de Serviços de Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
OSCs	Organizações da Sociedade Civil
OSCIP	Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
PBF	Programa Bolsa-Família
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PPA	Plano Plurianual
PPI	Programação Pactuada e integrada
RAPS	Rede de Atenção em Saúde Mental
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RENASES	Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde
RP	Reforma Psiquiátrica
RS	Reforma Sanitária
SESA	Secretaria de Saúde do Estado do Espírito Santo
SES	Secretaria de Estado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
STF	Supremo Tribunal Federal
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFES	Universidade Federal do Espírito Santo

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - REDES TEMÁTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE NO SUS.....	23
FIGURA 2 - SÍNTESE DO REPASSE DE RECURSOS	29
FIGURA 3 - PERGUNTAS AOS DOCUMENTOS.....	40
FIGURA 4 - PRIMEIRAS PISTAS SOBRE O CUSTEIO DO ESTADO DO ES EM SAÚDE MENTAL	42
FIGURA 5 - PRIMEIRO CAMINHO DE SOLICITAÇÃO DE DADOS AO SETORES DA SESA	44
FIGURA 6 - PERCURSO DE SUBMISSÃO	45
FIGURA 7 - FLUXO DE ACESSO AOS DADOS	48
FIGURA 8 - RESULTADO DAS BUSCAS POR DOCUMENTOS NOS SETORES DA SESA	51
FIGURA 9 - DESENHO DA ANÁLISE QUALITATIVA DOS DOCUMENTOS	54
FIGURA 10 - ELEMENTOS DE UMA ANÁLISE CRÍTICA DO ORÇAMENTO	107
FIGURA 11 - COMPETÊNCIAS DO ENTE FEDERATIVO ESTADO NO SUS	110
FIGURA 12 - ÁREAS PRIORITÁRIAS NO PLANO DE INTERVENÇÃO REGIONAL (2015)	118
FIGURA 13 - SÍNTESES DO QUE CONSTA SOBRE SAÚDE MENTAL NOS DOCUMENTOS DO ORÇAMENTO GERAL DO ES.....	124
FIGURA 14 - MAPAS DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO COM A EVOLUÇÃO DA REGIONALIZAÇÃO EM SAÚDE (PDR 2003; 2011 e 2020)	126
FIGURA 15 - SISTEMATIZAÇÃO DO QUADRO 11.....	135
FIGURA 16 - AÇÕES E SERVIÇOS DA RAPS SOB COMPETÊNCIA DE FINANCIAMENTO DO ESTADO ES.....	138
FIGURA 17 - LOCALIZAÇÃO DAS SRT ESTADUAIS	159
FIGURA 18 - MEDICAMENTOS DO PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL	169

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - DOCUMENTOS DE ACESSO PÚBLICO ANALISADOS.....	38
QUADRO 2 - DOCUMENTOS DE ACESSO RESTRITO SOLICITADOS A SESA	39
QUADRO 3 - INDICADORES BUSCADOS NOS DOCUMENTOS.....	44
QUADRO 4 - LÓCUS DE BUSCA DOS DOCUMENTOS PÚBLICOS	52
QUADRO 5 - OS DOCUMENTOS QUE FORAM ANALISADOS E FORMA DE ANÁLISE	52
QUADRO 6 - VERIFICAÇÃO DE COBERTURA DOS OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	54
QUADRO 7 - VARIÁVEIS DA DESCENTRALIZAÇÃO	72
QUADRO 8 - PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO SUS.....	78
QUADRO 9 - SÍNTESE COM OS MARCOS NORMATIVOS	84
QUADRO 10 - RESOLUÇÕES APROVADAS NA CIB/ES SOBRE SAÚDE MENTAL*127	
QUADRO 11 - AS METAS E O REALIZADO NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL	130
QUADRO 12 - SÍNTESE DAS DESCOBERTAS	180

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - TABELA FINANCEIRA DA RAPS DEFINIDA NOS PLANOS DE AÇÃO REGIONAIS DO ES	117
TABELA 2 - PROGRAMAS E AÇÕES DA SAÚDE MENTAL PRESENTES NO RELATÓRIO DA EXECUÇÃO PROGRAMÁTICA POR ANO (2009-2015).....	121
TABELA 3 - PROGRAMAS E AÇÕES DA SAÚDE MENTAL PRESENTES NO RELATÓRIO DA EXECUÇÃO PROGRAMÁTICA POR ANO (2020-2021).....	122
TABELA 4 - GASTOS DO ENTE ESTADO DO ES COM O CAPS CIDADE	140
TABELA 5 - GASTOS DO ENTE ESTADO DO ES COM O CAPS CACHOEIRO (2021-2022).....	140
TABELA 6 - QUANTIDADE DE LEITOS PREVISTOS NOS CONVÊNIO/FOMENTO SESA E HOSPITAIS GERAIS	148
TABELA 7 - TERMOS DE FOMENTO SESA X INSTITUIÇÕES HOSPITALARES DA ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL PARA O ATENDIMENTO EM LEITOS DE SAÚDE MENTAL	149
TABELA 8 - CUSTO DOS LEITOS (OU PACIENTE DIA) DE SAÚDE MENTAL (LEITO PSIQUIÁTRICO) NOS ANOS DE 2016 A 2021	150
TABELA 9 - VALORES REPASSADOS PARA AS CLÍNICAS CREDENCIADAS EM 2021 (LEITOS TRANSTORNO E DEPENDÊNCIA QUÍMICA)	153
TABELA 10 - VALORES DOS TERMOS E DOS ADITIVOS DE PARCERIA DA INVISA COM A SESA (2011-2021) - DISPONIBILIZADOS PELA SESA.....	160
TABELA 11 - VALORES REPASSADOS PELA UNIÃO AO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO PARA O PAGAMENTO DOS MEDICAMENTOS DE SAÚDE MENTAL DO GRUPO 1B.....	176

LISTA DE IMAGENS

IMAGEM 1 - COMPONENTES DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS)	24
IMAGEM 2 - NORMATIVAS DE GESTÃO DO SUS	26
IMAGEM 3 - ATRIBUIÇÕES DAS COMISSÕES INTERGESTORES	83
IMAGEM 4 - META DE COBERTURA ESTADUAL DE CAPS ESTABELECIDADA PARA O ANO DE 2013 – COAP/ES.....	112
IMAGEM 5 - PANORAMA DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO ÂMBITO DO SUS/ES EM 2022	137
IMAGEM 6 - QUANTIDADE DE LEITOS EM HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS SUS/ES EM 2022	144
IMAGEM 7 - PARAMETRO DE LEITOS PARA A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO ÂMBITO DO SUS/ES.....	148

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - PARTICIPAÇÃO DOS ENTES FEDERATIVOS NO FINANCIAMENTO DA POLÍTICA SAÚDE.....	104
GRÁFICO 2 - VALORES PREVISTO NA PACTUAÇÃO DE IMPLEMENTAÇÃO DA RAPS ES	117
GRÁFICO 3 - VALORES INFORMADOS PELO FES SOBRE O GASTO DO ES COM CAPS ESTADUAL.....	142
GRÁFICO 4 - VALORES DO FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE DESTINADOS AOS HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS DO ES (2009-2015)	145
GRÁFICO 5 - GASTO ESTADUAL COM HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS 2010-2021 ...	146
GRÁFICO 6 - INTERNAÇÕES EM SAÚDE MENTAL ADULTO EM CLÍNICAS PRIVADAS	154
GRÁFICO 7 - INTERNAÇÕES EM SAÚDE MENTAL INFANTO EM CLÍNICAS PRIVADAS	155
GRÁFICO 8 - COMPARAÇÃO ENTRE OS DOIS TIPOS DE RELATÓRIO DE INTERNAÇÕES CLINICAS PRIVADAS DISPONIBILIZADOS PELO NERI.....	156
GRÁFICO 9 - VALORES DO PORTAL DA TRANSPARÊNCIA REFERENTES AO PAGAMENTO DAS SRT - ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E AMBULATORIAL	162
GRÁFICO 10 - VALOR DO FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE DESTINADO PARA A CONTRAPARTIDA FINANCEIRA AOS MUNICÍPIOS PARA AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS BÁSICOS (2009 A 2021).....	166
GRÁFICO 11 - VALOR TOTAL DA COMPRA DE LAMOTRIGINA (2016-2021)	168
GRÁFICO 12 - VALOR ANUAL DAS COMPRAS DE MEDICAMENTOS DO PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL DO ES (2010-2021)	170
GRÁFICO 13 - QUANTIDADE DE MEDICAMENTOS DISTRIBUIDA POR CAPS (2010-2021).....	172
GRÁFICO 14 - GASTO ANUAL COM MEDICAMENTOS DO PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL – ES (2010-2021).....	174
GRÁFICO 15 - VALORES PAGOS PARA MEDICAMENTO DOS CAPS ESTADUAIS (2010-2021).....	175
GRÁFICO 16 - TENDÊNCIA NO FINANCIAMENTO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DA RAPS	181
GRÁFICO 17 – PORCENTAGEM DE RECURSOS ESTADUAIS DA POLÍTICA DE SAÚDE DO ES DESTINADOS PARA AS AÇÕES E SERVIÇOS DA SAÚDE MENTAL (2009-2011)	184

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	21
2. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	36
2.1. LÓCUS DA PESQUISA - ONDE ESTÃO OS DADOS?.....	40
2.2. PROCEDIMENTOS ÉTICOS: O LABIRINTO, SUAS ENCRUZILHADAS E EMOÇÕES	45
2.3. PERCORRENDO OS CAMINHOS DO LABIRINTO.....	49
2.3.1 A ANÁLISE DOS DADOS: DECODIFICANDO O LABIRINTO.....	52
3. DESCENTRALIZAÇÃO, SUS E O NÍVEL ESTADUAL	56
3.1. DESCENTRALIZAÇÃO POLÍTICO-ADMINISTRATIVO: AVANÇOS E RETROCESSOS.....	58
3.1.1 ESTADO FEDERATIVO BRASILEIRO E AS CARACTERÍSTICAS DA DESCENTRALIZAÇÃO.....	59
3.1.2 ABAIXO A DITADURA, CONSTRUÇÃO DE UM PROJETO DE SISTEMA DE SAÚDE E A DESCENTRALIZAÇÃO NESSE PERCURSO!	62
3.1.3. FEDERALISMO E DESCENTRALIZAÇÃO NA E PÓS CONSTITUIÇÃO DE 1988	65
3.1.3.1. DESCENTRALIZAÇÃO PÓS CONSTITUIÇÃO DE 1988	66
3.1.4 O PÊNDULO QUE OSCILA, A RECENTRALIZAÇÃO E O MUNICIPALISMO.....	70
3.2 - CENTRALIZAÇÃO, DESCENTRALIZAÇÃO E RECENTRALIZAÇÃO DA GESTÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE	76
3.3. DESCENTRALIZAÇÃO EM TEMPOS PANDÊMICOS - O PAPEL DOS ESTADOS NO ENFRENTAMENTO À UNIÃO	85
3.3.1 A LUTA CONTRA O NEGACIONISMO E A DESCENTRALIZAÇÃO	86
3.4. FAZENDO UM RESGATE: O ENTE ESTADO NA POLÍTICA DE SAÚDE E O SE LUGAR NO FEDERALISMO.....	91
4. SUS E SEU FINANCIAMENTO: DECODIFICANDO AS TRAMAS DO ORÇAMENTO DA SAÚDE E SUAS DISPUTAS	94
4.1 – O FUNDO PÚBLICO E O ORÇAMENTO.....	95
4.1.2 O ORÇAMENTO PÚBLICO.....	100
4.2. O FINANCIAMENTO DA POLÍTICA DE SAÚDE: AS DISPUTAS QUE CONTEM	102
4.3 A ANÁLISE DO FINANCIAMENTO DA SAÚDE MENTAL NO ÂMBITO DO SUS	106
4.3.1 - A COMPETÊNCIA DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO NO FINANCIAMENTO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL CAPIXABA.....	109
4.3.2. A RAPS NO ES	114
4.4. SAÚDE MENTAL NO ORÇAMENTO GERAL DO ESTADO DO ES	120

5. SAÚDE MENTAL NO ESPÍRITO SANTO EM DADOS: O PLANEJADO E O EXECUTADO..... 125

5.1 – UMA APROXIMAÇÃO DO EXECUTADO NA GESTÃO ESTADUAL PARA A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL CAPIXABA: AÇÕES E SERVIÇOS DA RAPS	138
5.1.1 - Os CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ESTADUAIS E O SEU FINANCIAMENTO.....	139
5.1.2 OS LEITOS	143
5.1.2.1. OS LEITOS PSIQUIÁTRICOS: A DIFICULDADE COM O FINANCIAMENTOS DE INSTITUIÇÕES PRÓPRIAS DO ESTADO	143
5.1.2.2 Os LEITOS EM SAÚDE MENTAL: A FRAGMENTAÇÃO QUE CONTRIBUI PARA A OCULTAÇÃO DAS INFORMAÇÕES	147
5.1.2.3. OS LEITOS EM REDE COMPLEMENTAR - CLÍNICAS PRIVADAS: O CAMINHO DOS RECURSOS SEM IDENTIFICAÇÃO?.....	152
5.1.3 – SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO: A META É DESCENTRALIZAR!	157
5.1.4. MEDICAMENTOS EM SAÚDE MENTAL	163
5.1.4.1. MEDICAMENTOS DO COMPONENTE BÁSICO	164
5.1.4.2 – MEDICAMENTOS DO COMPONENTE ESPECIALIZADO.....	166
5.1.4.3. MEDICAMENTOS DO COMPONENTE ESTRATÉGICO: O PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL NO ES	168
5.1.4.3.1 – MEDICAMENTOS DO COMPONENTE ESTRATÉGICO: O REPASSE FINANCEIRO DA UNIÃO PARA O ESTADO DO ES	175
5.2 – A INCOMPLETUDE DAS PEÇAS OU SOBRE O FINANCIAMENTO INVISIBILIZADO.....	177

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 185

REFERÊNCIAS

APÊNDICE

APÊNDICE A – RESOLUÇÕES DA CIB/ES SOBRE SAÚDE MENTAL (2009-2021) ..	209
---	-----

ANEXOS

ANEXO A - TERMO DE ANUÊNCIA COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO SUS/ES	215
ANEXO B - TERMO DE ANUÊNCIA GERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	216

ANEXO C - TERMO DE ANUÊNCIA GERÊNCIA DE CONTRATUALIZAÇÃO DA REDE COMPLEMENTAR	217
ANEXO D - TERMO DE ANUÊNCIA GERÊNCIA DE PLANEJAMENTO ESTADUAL DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL	218
ANEXO E - TERMO DE ANUÊNCIA NÚCLEO ESPECIAL DE PROGRAMAÇÃO DE SERVIÇOS EM SAÚDE	219
ANEXO F - TERMO DE ANUÊNCIA ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE MENTAL	221
ANEXO G –PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	222
ANEXO H – CARTA DE AUTORIZAÇÃO PARA INÍCIO DE PESQUISA	226
ANEXO I - TERMO DE ANUÊNCIA FUNDO ESTADUAL SAÚDE	227
ANEXO J - TERMO DE ANUÊNCIA GERÊNCIA DE CONTRATUALIZAÇÃO DA REDE PRÓPRIA.....	227
ANEXO K – NÚCLEO ESPECIAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO	228
ANEXO L – OFÍCIO ENVIADO PELO SECRETARIO DE SAÚDE DO ES AO COLEGIADO DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO (COSEMS/ES).....	230

1. INTRODUÇÃO

“[...] Tantas histórias, tantas perguntas”
Bertolt Brecht, 1935

A construção desta pesquisa foi urdida em uma longa jornada. O ponto de partida foi a graduação em Serviço Social na Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), com o ingresso no Grupo *Fênix - Grupo de Extensão, Estudos, Pesquisas em Análise de Políticas Públicas*¹ (onde fui bolsista de iniciação científica por mais de dois anos - 2019 a 2021), e o desenvolvimento da pesquisa *A Judicialização da Saúde Mental no Estado do Espírito Santo*². Esses anos de pesquisa na Iniciação científica me deram *régua e compasso* (como na música *Aquele abraço*, de Gilberto Gil). Ou seja, o estudo sobre a Judicialização da Política de Saúde Mental do Espírito Santo (ES) suscitou questões sobre o financiamento da Política de Saúde Mental, entre elas, o financiamento estadual das ações e serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Ou, parafraseando Gilson Carvalho, nos perguntávamos para onde ia o dinheiro da Saúde Mental.

Assim, propomos um projeto para o Mestrado que dava continuidade a pesquisa da graduação... Mas, como “[...] o essencial é que as perguntas estejam certas” (Quintana, 2005, p. 245), a busca pela pergunta certa envolveu um intrincado percurso. Aprendemos que partir do tema e chegar a um problema requer conhecimento e sistematizações sucessivas. Nossa pergunta inicial era “Qual o impacto na política pública de saúde dos gastos da Secretaria de Saúde do Estado do Espírito Santo (SESA) com internações compulsórias comparado com os gastos da SESA com os serviços ambulatoriais da Rede de Atenção Psicossocial?”. Descobrimos, no processo de seleção, que tal pergunta continha um erro de partida: não era possível realizar comparações entre os gastos (internações compulsórias x serviços ambulatoriais da RAPS), porque a internação compulsória não está inclusa na Portaria da Rede de Atenção Psicossocial, impossibilitando essa comparação direta. Assim, com a descoberta da pergunta errada,

¹ Grupo *Fênix - Grupo de Extensão, Estudos, Pesquisas em Análise de Políticas Públicas* é um grupo de pesquisa coordenado pela professora doutora Fabiola Xavier Leal vinculado ao departamento de Serviço Social da UFES, e ao Programa de Pós Graduação em Políticas Social, que desenvolve pesquisas sobre políticas públicas, saúde mental, álcool e outras drogas.

² Edital FAPES/CNPq/Decit-SCTIE-MS/SESA N° 25/2018 – PPSUS.

voltávamos a Quintana, perguntando qual seria a certa. Precisávamos superar os pequenos montes da planície³ e voltar ao ponto de partida - a Saúde Mental e o seu financiamento.

A saúde mental - tema de nossa pesquisa - é um campo de disputas entre diferentes interesses e modelos de atenção em saúde (Sampaio; Bispo Júnior, 2021). Um ponto central nesse debate foi a construção da Reforma Psiquiátrica (RP) no país. Como demarca Amarante (1995), podemos entender a RP como um processo iniciado no Brasil no fim da década de 1970, em um contexto de redemocratização do país, momento em que se começou uma reformulação crítica e prática do modelo clássico que orientava as estratégias em saúde mental. Os fundamentos da RP partiam de “[...] uma crítica conjuntural ao subsistema nacional de saúde mental, mas também – e principalmente – uma crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássica” (Amarante, 1995, p. 149).

Um dos frutos da luta pela Reforma Psiquiátrica brasileira é a Lei nº 10.216/2001 (Brasil, 2001). Esta lei, que dispôs sobre o cuidado e os “[...] direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (BRASIL, 2001, s/p), definiu que o tratamento em saúde mental deve acontecer preferivelmente em serviços comunitários. Assim, a internação em saúde mental, em qualquer modalidade (voluntária, involuntária e compulsória) só deveria ocorrer “[...] quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes” (Brasil, 2001, s/p).

E é com base nessa lei que vem sendo organizada a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), pela Portaria nº 3088/2011 (Brasil, 2011). A RAPS é uma das Redes Temática que fazem parte da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e foi estabelecida pela Portaria nº 4.279/2010 (Brasil, 2010), que “[...] estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde” (BRASIL, 2010, s/p)⁴.

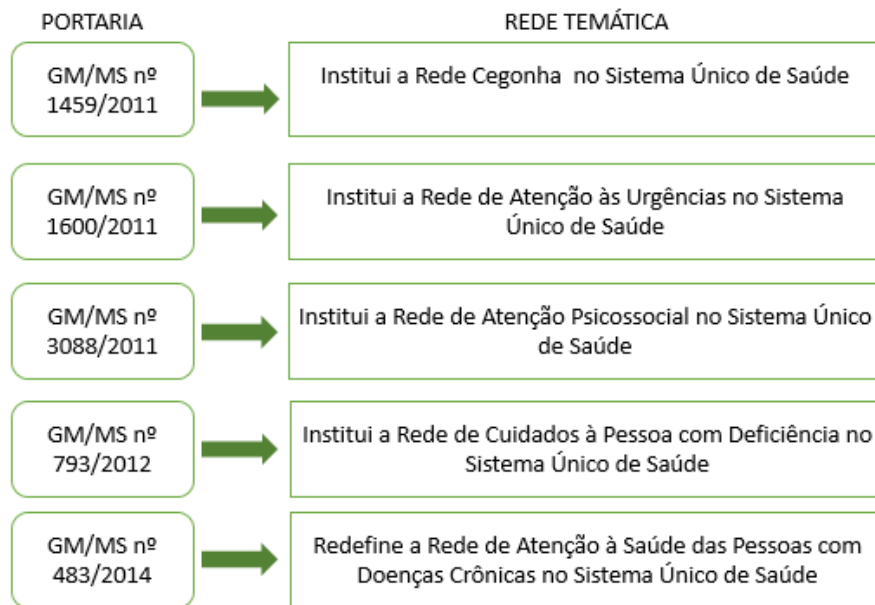
A RAS é definida como “[...] arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (Brasil, 2010, s/p). Sendo implementada por Redes Temáticas, temos na RAS atualmente cinco diferentes redes que indicam a priorização de algumas linhas de cuidado, regulamentadas por normativas próprias (Oliveira,

³ Frase inspirada na reflexão feita por Karl Marx “[...] Na planície, até os pequenos montes de terra parecem colinas” (MARX, 2017, p. 388), sobre a compreensão equivocada que Mill faz sobre o que é um capitalista (MARX, 2017)

⁴ Para aprofundar o debate sobre o modelo de atenção à saúde em Redes, recomendamos a leitura de *Redes de Atenção à Saúde: a atenção à saúde organizada em redes* (Oliveira, 2016).

2016) (Figura 1).

FIGURA 1 - REDES TEMÁTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE NO SUS



Fonte: Oliveira, 2016. Elaboração própria, 2023.

No caso da RAPS, sua finalidade é a criação, ampliação e articulação de pontos de saúde para pessoas com transtorno mental ou necessidades decorrentes do uso de drogas no âmbito do SUS (Brasil, 2011b). Para além da organização, a RAPS também representa uma outra forma de cuidado, o comunitário, com os sujeitos próximos aos seus territórios, como disposto pela Lei 10.216/2001, em contramão do modelo manicomial (Brasil, 2011; Brasil, 2001)⁵.

A RAPS está presente na Atenção Básica, Atenção Psicossocial Estratégica, Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Atenção Hospitalar, Estratégia de Desinstitucionalização, Estratégias de Reabilitação Psicossocial, no âmbito do SUS em todo o território nacional (Brasil, 2011b). Segundo a Portaria nº 3088/2011⁶, os pontos são: (Imagem 1)

⁵ No decorrer do trabalho mostraremos que esse processo não é linear e que a RAPS está em constante disputa entre os diferentes modelos de cuidado.

⁶ Não adentramos nesse debate agora, mas é preciso ressaltar que essa configuração inicial da RAPS foi alterada pela Portaria nº 3.588/2017, que fez alteração na Atenção psicossocial especializada (inclusão das Equipe multiprofissional de atenção especializada em saúde mental e Unidades ambulatoriais especializadas), na atenção Hospitalar (inclusão das Unidades de referência especializada em hospital geral, os Hospital psiquiátricas especializados e o Hospital dia) (BRASIL, 2017). Essas alterações são resultados de disputa dentro desse campo, haja vista, se tratar da inclusão de mais serviços hospitalares em uma Rede que parte da premissa de serviços

IMAGEM 1 - COMPONENTES DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS)

Atenção Básica em Saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Unidade Básica de Saúde; • Núcleo de Apoio à Saúde da Família; • Consultório na Rua; • Centros de Convivência e Cultura.
Atenção Psicossocial Estratégica	<ul style="list-style-type: none"> • Centros de Atenção Psicossocial nas suas diferentes modalidades.
Atenção de Urgência e Emergência	<ul style="list-style-type: none"> • Samu 192; • UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência/pronto-socorro, unidades básicas de saúde.
Atenção Residencial de Caráter Transitório	<ul style="list-style-type: none"> • Unidade de acolhimento; • Serviço de Atenção em Regime Residencial CTs.
Atenção Hospitalar	<ul style="list-style-type: none"> • Leitos de saúde mental em hospital geral.
Estratégias de Desinstitucionalização	<ul style="list-style-type: none"> • Serviços residenciais terapêuticos; • Programa De Volta para Casa.
Estratégias de Reabilitação Psicossocial	<ul style="list-style-type: none"> • Iniciativas de geração de trabalho e renda; • Fortalecimento do protagonismo de usuários e familiares.

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde (2014).

Partindo disso, quando se trata da materialização dessa Rede, nosso ponto de interesse é o seu financiamento. Como a RAPS faz parte do conjunto de Redes Temáticas da RAS, que constituem o SUS, o seu financiamento está ligado às prerrogativas do financiamento geral do SUS.

Dessa forma é necessário compreender elementos mais gerais sobre o financiamento da Política de Saúde, entender seu processo de formulação e implementação, seus princípios e diretrizes, em especial a diretriz de descentralização que rege as competências e atribuições de cada um dos entes federativos. Entendendo esse movimento, é possível construirmos uma base, para então, compreender o financiamento das ações e serviços da RAPS em âmbito estadual.

O ponto inicial para esse processo estava dado pela Constituição Federal (CF) de 1988 que define que o financiamento da saúde é de responsabilidade tripartite - **União, Estado e Municípios** -, com recursos advindos da Seguridade Social⁷ (Brasil, 1988). Cada um dos entes

comunitários e extra-hospitalares. Abordaremos esses e demais aspectos da disputa dessa Política ao longo do trabalho.

⁷ “[...] Art. 195. A seguridade social será financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios” (BRASIL, 1988, s/p).

federativos deve alocar um percentual mínimo de recursos na saúde (Brasil, 1988). Além da CF/88, a Lei Orgânica da Saúde (nº 8080/1990) e a Lei nº 8.142/1990 também normatizam sobre a organização do SUS e seu financiamento (Brasil, 1990a; Brasil, 1990b). Entre os elementos encontrados nessas legislação, destacamos:

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício [...]

X - **descentralização político-administrativa**, com direção única em cada esfera de governo:

a) ênfase na **descentralização dos serviços para os municípios**;

b) **regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde**;

X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;

XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população (Brasil, 1990a, s/p)

Esse trio de legislações supracitados nos dão a régua - a descentralização como princípio do SUS - e serviram de base para que outras normativas fossem criadas para dispor sobre o financiamento da Saúde, seja pelo Ministério da Saúde, as secretarias estaduais (e o Distrito Federal) e municipais de Saúde, que traçaram, ao longo do tempo, regulamentações para a gestão do SUS (Brasil, 2013). Dentre estas, destacamos as normativas operacionais básicas, a norma operacional de assistência à saúde, o Pacto Pela Saúde e o Decreto 7.508/2011 (Imagem 2).

IMAGEM 2 - NORMATIVAS DE GESTÃO DO SUS

Norma	Crítérios de repasse	Modalidade de repasse	Tipos de Recursos
NOB/91	Atendimentos a requisitos básicos	Instrumento convenial	Pagamento da produção de serviços aos prestadores
NOB/92	Atendimentos a requisitos básicos	Instrumento convenial	
NOB 01/93	Condições de gestão: incipiente, parcial e semiplena	Transferência regular e automática	Baseados na série histórica dos gastos no estado e/ou município
NOB 01/96	Gestão Plena da Atenção Básica	Transferência regular e automática	Tetos financeiros definidos pela PPI (Assistência; Vigilância Sanitária; Epidemiologia e Controle de Doenças)
	Gestão Plena do Sistema de Saúde		
NOAS/02	Gestão Plena de Atenção Básica Ampliada (GPABA)	Transferência regular e automática	Idêntico ao anterior
	Gestão Plena do Sistema Municipal		
	Gestão Avançada do Sistema Estadual		
Pacto da Saúde/06	Termos de Compromisso de Gestão	Transferência regular e automática	Blocos de financiamento
			I. Atenção Básica
			II. Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar
			III. Vigilância em Saúde
			IV. Assistência Farmacêutica
			V. Gestão do SUS
VI. Investimentos na Rede de Serviços de Saúde			
Decreto nº 7.508/11	Contrato Organizativo da Ação Pública	Transferência regular e automática	Permanece a anterior

Fonte: Brasil, 2013.

Nos anos 1990 e início dos anos 2000, as Normas Operacionais Básicas (NOBs) tiveram um papel central na formulação da gestão do SUS e serviram como um instrumento de direcionamento e concretização da diretriz de descentralização, além da regulação das responsabilidades de cada ente federativo para com a Política de Saúde, em especial no que tange aos critérios de transferências de recursos federais da União para estados e municípios (Levcovitz; Lima; Machado, 2001). Assim, partindo das modificações ocorridas ao longo do tempo no que tange às normativas de gestão, vamos nos atentar ao Pacto pela Saúde e ao Decreto nº 7.508/11, considerando que as últimas alterações foram feitas por essas normativas e que nelas estão dispostas o atual modelo de repasse de recursos dessa Política⁸.

⁸ Salientamos que no capítulo 3 trouxemos um resgate de todas essas normativas e sua contribuição para o processo de descentralização da gestão da Política de Saúde.

A Portaria nº 399/2006, conhecida como Pacto pela Saúde, foi resultado da “[...] necessidade de superar a fragmentação das políticas e programas de saúde por meio da organização de uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços” (Oliveira, 2017, p. 155). Assim, temos um

[...] pacto firmado entre os três gestores do SUS a partir de uma unidade de princípios que, guardando coerência com a diversidade operativa, respeita as diferenças loco-regionais, agrega os pactos anteriormente existentes, reforça a organização das regiões sanitárias **instituindo mecanismos de co-gestão e planejamento regional, fortalece os espaços e mecanismos de controle social, qualifica o acesso da população a atenção integral à saúde, redefine os instrumentos de regulação, programação e avaliação, valoriza a macro função de cooperação técnica entre os gestores e propõe um financiamento tripartite que estimula critérios de equidade nas transferências fundo a fundo** (Brasil, 2006, p. 3, grifos nossos).

O Pacto pela Saúde buscou concretizar a descentralização do SUS, a partir de um processo de regionalização, “[...] apoiado na criação de instâncias de gestão regionais denominadas Colegiados de Gestão Regional (CGRs), e na elaboração de instrumentos de planejamento que espelhasse as realidades locais e promovessem a qualificação da gestão” (Brasil, 2013, p. 72).

[] **Cada ente da Federação** deve ter seu próprio conselho de Saúde e **elaborar planos de ação**. As prioridades nas ações e serviços de Saúde são definidas nacionalmente pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT) – composta paritariamente por representantes do Ministério da Saúde (MS), do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems). Também no nível estadual ocorrem as pactuações no âmbito das Comissões Intergestores Bipartites, que é composta do representante do estado e dos municípios. O Ministério da Saúde, após pactuação com estados e municípios, **publica portarias por meio das quais procura dar publicidade aos acordos firmados não somente no que se refere às transferências dos recursos federais**, como também à organização da gestão pelos diversos níveis de governo, considerando-se as diferentes complexidades do sistema (Brasil, 2013, p. 71, grifos nossos).

A promulgação do Decreto nº 7.508/2011 (que regulamentou a Lei nº 8.080) dispôs sobre as relações da gestão interfederativa, estabelecendo novos instrumentos, tais como:

- a) Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (Renases) –relação de todas as ações e serviços oferecidos pelo SUS (Brasil, 2011).
- b) Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) – lista que direciona a regulamentação dos medicamentos que são ofertados no SUS, através da Assistência Farmacêutica, formada por três componentes, sendo: Básico, Estratégico e Especializado⁹

⁹ A cada dois anos a Rename é atualizada, podendo ser incorporado ou excluído elementos e ainda que existem a possibilidades de estados e municípios adotarem uma lista específicas e complementares de medicamentos, contudo, deve esta ser “[...] respeitadas as responsabilidades dos entes pelo financiamento de medicamentos, de acordo com o pactuado nas Comissões Intergestores” (Brasil, 2011, s/p).

(Brasil, 2019). Cabe destacar que, no caso da Política de Saúde Mental, vamos encontrar na RENAME medicamentos psicotrópicos de responsabilidade do ente estado, localizados nos três componentes, e especificamente no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) – que é dividido em três grupos de financiamento: a) Grupo 1 - financiamento sob a responsabilidade exclusiva da União (medicamentos que representam elevado impacto financeiro para o Componente e por aqueles indicados para doenças mais complexas); b) **Grupo 2 – Financiamento sob responsabilidade do estado**; e c) Grupo 3 – Financiamento tripartite, sendo a aquisição e a dispensação de responsabilidade dos municípios (Brasil, 2022).

c) Mapa da Saúde – descrição geográfica com a distribuição dos recursos ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada em uma determinada área, objetivando contribuir com identificação de necessidades de saúde e planejamento (Brasil, 2011).

d) Planejamento integrado das ações e serviços de Saúde da Região de Saúde – sob responsabilidade exclusiva da União, considerando o compartilhamento de responsabilidade entre os entes federativos (Brasil, 2011).

e) Articulação interfederativa – competências e atribuições de cada uma das três Comissões Intergestores e a forma que será firmada o acordo entre as Comissões (Brasil, 2011).

f) Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP) – É um acordo firmado entre os entes federativos objetivando organizar e integrar as ações e serviços de saúde. Nesse acordo ficou definido a responsabilidade de cada ente federativo na execução (Brasil, 2011).

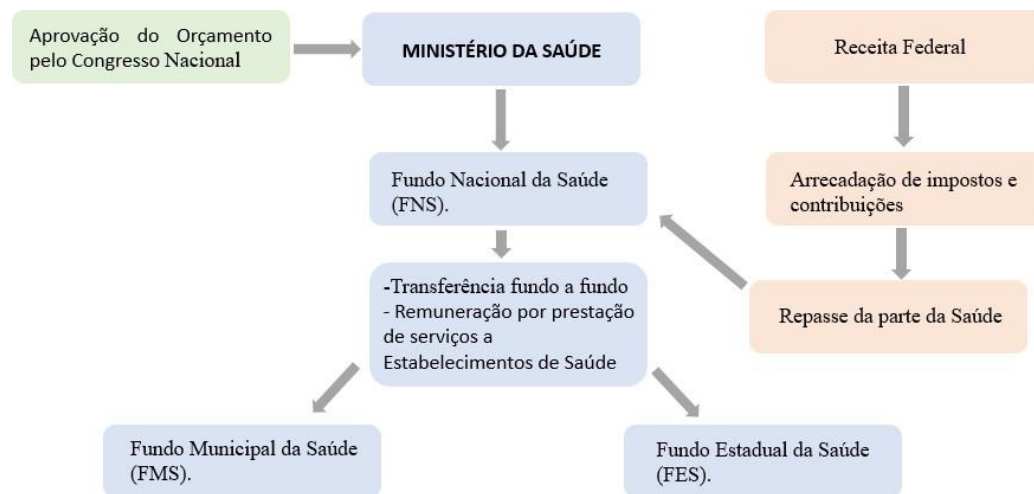
Para a compreensão do nosso objeto, esses novos instrumentos são pontos importantes, pois estão relacionados com a forma de planejamento e execução estabelecidas pelos entes federativos e a regulamentação de ações, serviços que devem ser oferecidos pelo SUS.

De modo geral, os repasses dos recursos vão acontecer após a aprovação do Orçamento pelo Congresso Nacional, executada pelo Ministério da Saúde, através do Fundo Nacional da Saúde (FNS). “[...] A Receita Federal arrecada impostos e contribuições, e repassa a parte da Saúde ao Fundo Nacional de Saúde, do qual saem os recursos transferidos aos estados e municípios” (Brasil, 2013, p. 74). O repasse pode ser feito por:

[...] Transferência fundo a fundo – para os estados e municípios; [...] celebração de convênios ou outros instrumentos jurídicos similares – para estados, municípios e estabelecimentos de Saúde; [...] Remuneração por prestação de serviços a estabelecimentos de Saúde (Brasil, 2013, p. 74).

Uma síntese desse movimento de repasse de recursos foi aqui representada pela Figura 2.

FIGURA 2 - SÍNTESE DO REPASSE DE RECURSOS



Fonte: Elaboração própria, 2022.

O FNS, alterado pelo decreto nº 3.964/2001 (Brasil, 2001), funciona como o gestor financeiro dos recursos da saúde em nível federal, e sob supervisão da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, faz toda a gestão do recurso, tendo como base os Plano Nacional de Saúde e o Planejamento Anual do Ministério da Saúde, e em conformidade com as normativas Orçamentárias do país (Brasil, 2020). Esse modelo de gestão objetiva contribuir para a descentralização do SUS, visando criar condições para a oferta de ações e serviços em regiões que, sem um modelo acordado de gestão e o financiamento tripartite, encontraria ainda mais dificuldades para atender as demandas da população no âmbito do SUS. Entretanto, cabe reforçar que essa transferência da União não desobriga os estados e municípios (e o Distrito Federal) a aplicarem (conforme o disposto por lei), derivados de suas receitas, o percentual de 15% e 12%, respectivamente (Brasil, 2013).

Partindo destas pistas, e atentando-se para o fato da RAPS ser uma prioridade no desenho de rede da política nacional de saúde (Freire, 2012), esta segue a mesma lógica de financiamento - um modelo tripartite de responsabilidade dos três entes federativos. De forma que as ações e serviços ficam a cargo da

[...] I - à União, por intermédio do Ministério da Saúde, o apoio à implementação, financiamento, monitoramento e avaliação da Rede de Atenção Psicossocial em todo território nacional;

II - ao Estado, por meio da Secretaria Estadual de Saúde, apoio à implementação, coordenação do Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção Psicossocial, financiamento, contratualização com os pontos de atenção à saúde sob sua gestão, monitoramento e avaliação da Rede de Atenção Psicossocial no território estadual de forma regionalizada; e

III - ao Município, por meio da Secretaria Municipal de Saúde, implementação, coordenação do Grupo Condutor Municipal da Rede de Atenção Psicossocial, financiamento, contratualização com os pontos de atenção à saúde sob sua gestão, monitoramento e avaliação da Rede De Atenção Psicossocial no território municipal (Brasil, 2011b, s/p, grifos nossos).

Cabe ressaltar que o financiamento da saúde mental, como as demais Redes no presente modelo de gestão, segue duas modalidades de recursos, sendo: **Investimentos e custeio**. Podemos caracterizar os **investimentos** como o financiamento destinado para “[...] implantação de novos serviços e é transferido fundo a fundo de forma global de uma única vez ou em parcelas” (Freire, 2012, p. 101). Já o **custeio** refere-se ao gasto com “[...] ações de assistência em saúde mental realizados pelos serviços implantados, [e] a transferência segue a lógica do modelo de alocação de recursos por procedimento e diária” (Freire, 2012, p. 101)¹⁰.

Já para a administração desse financiamento, o fluxo seguirá os planos de ação regionais, que são elaborados pelos grupos condutores de redes (Brasil, 2014). Nestes planos encontramos os “[...] montantes dos recursos financeiros, a responsabilidade de cada ente na sustentabilidade dos planos e quais os recursos alocados por prestador de Saúde envolvido no plano” (Brasil, 2014, p.14). Existem ainda instrumentos de Regulamentação da Atenção, que servem para viabilizar essa estrutura de administração do financiamento, sendo: a) programação geral; b) contratualização de estabelecimentos (públicos ou privados) e; c) regulação do acesso (Brasil, 2014).

Em linhas gerais, a partir do exposto, é possível observar que compete a cada ente federativo a gestão da RAPS em seu território e parcela da responsabilidade sobre o financiamento. Dito isso, se partimos de uma compreensão crítica sobre o financiamento, é possível perceber que este vai muito além de um conjunto de determinações técnicas que o definem, perpassando toda uma estrutura de orçamento público e indo além, já que é instrumento de planejamento, mas sobretudo, é uma peça de cunho político (Salvador, 2012).

É no interior do financiamento onde são definidas as prioridades do governo na destinação dos recursos públicos, bem como a composição das receitas, ou seja, não se trata “[...] de uma escolha somente econômica, mas principalmente resultado de opções políticas, refletindo a correlação de forças sociais presente na sociedade” (Salvador, 2012, p. 19). Partindo desses elementos todos, retomávamos nosso ponto inicial, para delimitação de nosso problema de pesquisa.

¹⁰ Existem normativas específicas que vão regulamentar o financiamento de alguns dos serviços da RAPS.

Partindo da obrigatoriedade de participação do estado no financiamento direto nas ações e serviços da RAPS, bem como o co-financiamento, a partir do repasse fundo a fundo para os municípios, começamos a indagar:

- a) Quais são as atribuições e competências do estado do Espírito Santo no campo da Saúde Mental?;
- b) Qual o gasto do estado do Espírito Santo com ações e serviços de Saúde Mental?;
- c) Quais são as ações e serviços planejados pelo estado e quais são os efetivados?;
- d) Para quais serviços e ações o estado do Espírito Santo destina recursos?

Tais perguntas se estruturam em um contexto marcado por um estado que, entre 2014 a 2019, gastou 187 milhões de reais em instituições privadas, com internações compulsórias¹¹ em saúde mental (Campanharo, 2021; Leal et al, 2021). Além disso, a saúde mental não aparecia como pauta no debate nas reuniões ordinárias e extraordinárias do Conselho Estadual de Saúde por três anos consecutivos (2019-2021) (Ferraz; Esquenazi; Rocha, no prelo).

Muitas perguntas e mais aprendizados. Entre tantas questões, tínhamos que decidir por uma. E decidir por uma pergunta é também temporariamente desistir de outras. Assim, **nosso problema de pesquisa é**: Qual a direção assumida pelo financiamento do estado do Espírito Santo nas ações e serviços de saúde mental e como esse financiamento concretiza ou não as diretrizes estabelecidas no interior dos instrumentos de gestão e garante ou não os serviços e ações extra-hospitalares e de base comunitária, tal como definida na Política de Saúde Mental. Definido o problema, **nosso objeto** de pesquisa é o Financiamento estadual das ações e serviços da Saúde Mental no ES.

Partindo da diretriz de descentralização da Política de Saúde, que estabelece as competências de cada ente federativo, **nosso objetivo Geral é**: Identificar a tendência assumida pelo financiamento do Estado do Espírito Santo nas ações e serviços de Saúde Mental (2009-2021), considerando como esse financiamento concretiza ou não as diretrizes estabelecidas no interior dos instrumentos de gestão e garante ou não os serviços e ações extra-hospitalares e de base comunitária, tal como definida na Política de Saúde Mental.

Temos como **Objetivos específicos**

¹¹ É preciso demarcar que os recursos destinados para as internações compulsórias não são recursos diretamente da RAPS, mas indica a disputa existente na saúde mental e, em especial, a disputa por recursos do fundo público (Campanharo, 2021).

- Identificar as metas propostas e as ações e serviços realizados pelo Estado do ES no campo da Saúde Mental;
- Analisar se as competências do Estado do ES na execução das ações e serviços em saúde mental (conforme previsto na Política de Saúde Mental) estão presentes no planejamento e na execução orçamentária;
- Verificar a tendência presente nos gastos com a Política de Saúde realizadas pela SESA, analisando se houve variações;
- Verificar qual a tendência presente nos gastos em Saúde Mental realizadas pela SESA, refletindo se esta caminha na direção de efetivação dos serviços e ações de base extra hospitalares e comunitário, conforme previsto na Política de Saúde Mental;
- Refletir sobre o processo de descentralização do Sistema Único de Saúde, analisando, a partir da legislação, como esse processo vem ocorrendo e situando o lugar do ente estado;
- Discutir o Financiamento da Política de Saúde, localizando a participação e competência do estado no financiamento da Política de Saúde Mental.

A relevância científica desta pesquisa pode ser evidenciada pelos trabalhos existentes e a ausência de respostas à nossa indagação. Na Biblioteca Brasileira de Teses e Dissertações, buscando trabalhos que contém as palavras: *Saúde Mental and Financiamento and Rede de Atenção Psicossocial*, foram encontrados 22 trabalhos. Desses, foi possível identificar que as pesquisas produzidas têm como foco: a) trabalho de diferentes profissionais em serviços e equipamentos da Rede Atenção Psicossocial (Ribeiro, 2016; Reiko, 2013; Silva, 2015); b) serviços e/ou equipamentos que constituem a RAPS (Carvalho, 2019; Makiyama, 2019; Brandão, 2014; Kohlrausch, 2012; Oliveira, 2013; Costa, 2013; Cerqueira, 2006), c) processo de Reforma Psiquiátrica, Desinstitucionalização ou Política sobre Saúde Mental e Drogas (Arantes, 2018; Sampaio, 2020; Melo, 2016; Viola, 2015; Severo, 2014; Veiga, 2020; Pinho, 2015; Mazaro, 2021; Marinho, 2009; Montenegro, 2020) e; d) financiamento municipal ou federal da Política de Saúde Mental (Oliveira, 2017; Freire, 2012).

Nessa mesma plataforma fizemos mais um levantamento com a combinação: *Saúde Mental and Descentralização and Financiamento*, e como resultado encontramos uma única dissertação intitulada: *O papel dos Estados na política de saúde mental no Brasil* (Simon, 2010). Este trabalho aponta em seus resultados que os estados brasileiros, no período de 1990 a 2009, não desenvolveram de forma sistemática as funções que deveriam realizar, e o financiamento em saúde mental caracterizado como um dos grandes desafios dessa política (Simon, 2010).

Entretanto, sendo datada de 2010, essa produção apresenta um limite temporal, considerando que seu período de análise compreende das NOBs até o Pacto pela Saúde, de forma que a Rede de Atenção Psicossocial (de 2011) ainda não existia e nem o Decreto 7.508/2011 (Brasil, 2011).

Já no levantamento realizado no Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), no período de 2009 a 2022, com as palavras-chave Saúde mental, Financiamento e RAPS, encontramos 61 artigos em periódicos. Nesses trabalhos também não foi encontrada nenhuma pesquisa direcionada ao estudo do financiamento estadual da saúde mental. Entretanto chamou atenção uma pesquisa intitulada “Questão territorial, processo de regionalização do SUS e financiamento das redes temáticas” (Duarte; Nogueira, 2018). Estes autores realizaram uma síntese das portarias que orientam a transferência de recursos para as Redes de Saúde do SUS, inclusive a RAPS. Tal pesquisa pode adensar a compreensão das especificidades do financiamento da RAPS dentro do contexto do financiamento do SUS.

Observamos com esses levantamentos que as pesquisas abordam diferentes objetivos dentro da temática da Política de Saúde Mental. Entretanto, quando se trata do financiamento dessa Política os trabalhos são mais escassos, além de que os trabalhos existentes, em sua maioria, discutem o financiamento de serviços ou ações, ao nível federal ou municipal. Ou seja, existe uma lacuna no debate específico do financiamento em saúde mental em âmbito estadual. E não foi encontrado nenhum trabalho que tratasse precisamente do caso do estado do Espírito Santo. Dessa forma, a pesquisa que apresentamos poderá ser incorporada não somente ao conjunto de trabalhos que discutem o financiamento da Política de Saúde Mental, contribuindo com o estudo dessa política no ES, mas também soma no adensamento de pesquisas e estudos em torno da temática do financiamento das políticas sociais no país.

Esta pesquisa é relevante em diversos aspectos. Primeiramente pela necessidade de somar uma análise crítica aos estudos e pesquisas que vêm sendo produzidos pelo grupo Fênix no âmbito da Política de Saúde Mental capixaba. Segundo, pela necessidade de um estudo que analise o financiamento dessa Política, mostrando se houve as tendências de direcionamento de recursos e ainda se o estado está efetivando suas atribuições e metas nesse campo.

Socialmente, nosso problema de pesquisa responde a uma demanda concreta da prática social (Bourguignon, 2009), ao tratar do tema do financiamento da Política de Saúde Mental. Assim, esse trabalho é relevante socialmente, pois ao compreendermos para quais serviços e ações o Estado está destinando os recursos da Política de Saúde Mental, conheceremos suas prioridades

e poderemos apresentar uma análise crítica a partir dos resultados, que poderá contribuir nas reflexões de gestores da saúde e instâncias de controle social.

Existe ainda uma relevância política que justifica o desenvolvimento dessa pesquisa. Entender como o estado do Espírito Santo está se posicionando no financiamento da Política de Saúde Mental contribui para a análise que os diversos atores e movimentos sociais do estado vem acumulando ao longo dos anos, em um contexto de retrocesso, com disputa sobretudo, do modelo de perspectiva de orientação da Política de Saúde Mental.

Por fim, como pesquisadora no campo das Ciências Sociais Aplicadas, o compromisso ético e político é condição *sine qua non* e orienta todo nosso caminhar. Comprometemo-nos com a devolução dos resultados obtidos a partir da pesquisa, através da própria dissertação, artigos e apresentações que possam a vir ser produzidos. Ou, parafraseando Bourguignon (2009), a produção acadêmica deve fazer o caminho de volta, ou seja, retornar à realidade que possibilitou a produção do conhecimento, e isso pode ser feito através da socialização dos resultados com diversos segmentos da sociedade.

Assim, esta dissertação está estruturada em 6 seções, além desta Introdução. Na seção 2 apresentamos os procedimentos metodológicos da pesquisa. Nela detalhamos o processo de construção do caminho metodológico que poderá auxiliar pesquisas futuras nesse campo. Entre as linhas da descrição metodológica se revela um intrincado e difícil caminho trilhado no último ano, em busca da decodificação do financiamento estadual da saúde mental.

Na seção 3, trazemos o debate da descentralização e a Política de Saúde. Nela apresentamos o debate sobre federalismo e descentralização das Políticas Públicas, em especial a descentralização da Política de Saúde, localizando o lugar que foi destinado ao ente estado nesse processo. Na seção 4, apresentamos o debate do financiamento, a partir de uma perspectiva crítica. Nessa seção mostramos as disputas pelo fundo público, ressaltando sua parte mais aparente, o orçamento público. Além de apresentar as disputas no orçamento, especificamos as disputas próprias da Política de Saúde. Também é nessa seção que apresentamos o lugar que a saúde mental ocupa no orçamento geral do estado.

Já na seção 5, apresentamos os dados do financiamento estadual da saúde mental no ES. Iniciamos apresentando o que o estado do ES assumiu como responsabilidade na RAPS. Posteriormente, passamos a correlacionar os dados de planejamento e execução, mostrando o que o estado se propôs a fazer e o que foi realizado. Já em relação ao financiamento, apresentamos os motivos das limitações na construção de uma tendência histórica do

financiamento das ações e serviços da RAPS sob responsabilidade do ES, dada a fragmentação e falta de dados. Apesar disso, discutimos e problematizamos as características do financiamento de cada uma das ações e serviços.

Por fim, nas considerações finais – seção 6 – destacamos que, entre os elementos que compõem a tendência do financiamento estadual do ES para a RAPS, está o aumento de recursos destinados para a saúde mental, no período de 2009-2021, com tendência de destinação para leitos psiquiátricos e medicamentos. Indicamos que a tendência do financiamento estadual do ES para a RAPS foi de ampliação de recursos estaduais para a RAPS, a partir da adesão do estado a rede em 2012. E sobre a destinação desse recurso, a tendência é de a maior parcela dos valores destinados para serviços e ações hospitalares, sendo os leitos - psiquiátricos e os de saúde mental – e os medicamentos, que juntos representam 76,30% dos recursos identificados.

Ao apresentarmos o caminho que percorremos para a realização desta pesquisa, estamos aqui dividindo alegrias, dificuldades e ainda, uma posição de defesa intransigente do SUS. Como um processo, essa luta é uma constante. Ou, nos dizeres de Gilson Carvalho (2011, s/p), “Não estamos fazendo o SUS de fato. Defendemos o modelo que está na Constituição – foi uma briga nossa, uma luta de décadas para fazer de um jeito diferente. Para não só tratar doentes, mas evitar que as pessoas fiquem doentes. Não estamos fazendo isso”.

É por todas as razões que convidamos vocês à leitura desta dissertação.

2. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

“[...] Aqueles que são revolucionários por puro impulso do coração, por puro humanismo ou legítimo interesse objetivo, sairão fortalecidos nas suas convicções e muito mais eficazes na sua ações se, à sua emoção, adicionarem um sólido conhecimento científico sobre o capitalismo, sobre os seus determinantes e sobre os caminhos do processo revolucionário. Razão e coração juntos se completam”.
(Carcanholo, 2007)¹².

Partindo da compreensão de que os problemas de pesquisa nascem da realidade concreta, e que a “[...] pesquisa se constitui como uma atividade científica básica que, através da indagação e (re)construção da realidade, alimenta a atividade de ensino e a atualiza frente à realidade” (Lima; Miotto, 2007, p. 39), entendemos ser necessário a filiação a um método de pesquisa que busque compreender a realidade em sua totalidade.

Posto isso, elencamos como caminho o método materialista histórico dialético. Essa escolha se justifica pois esse método é capaz de alcançar a essência do objeto, partindo da aparência (Netto, 2011). Isso acontece por meio de aproximações sucessivas ao objeto, que permitem realizar uma revisão e reflexão crítica e totalizante, submetendo à análise toda interpretação pré-existente sobre o objeto em questão (Netto, 2011). Para tal feito, será necessário uma revisão crítica dos conceitos existentes, objetivando, a partir da aparência, atingir a essência das relações, dos processos e das estruturas (Lima; Miotto, 2007).

Aqui o pesquisador tem que se colocar em uma relação de interrogar o fato sobre todos os aspectos, partindo da compreensão de que não é possível o conhecimento imediato do fato (Ianni, 2011), isso porque a “[...] realidade é complexa, é heterogênea, é contraditória; apresenta diversas facetas, diversas peculiaridades. Se revela sobre diferentes partes” (Ianni, 2011, 397).

A reflexão deve examinar a realidade, compreendendo o fato como um todo, pois

[...] **O que importa conhecer não se dá imediatamente na consciência.** Não é aquilo que se nos oferece à primeira vista, desde o primeiro momento. É preciso [...] **refletir obstinadamente**, insistentemente, para chegar à **verdadeira natureza do objeto**, ou seja, **a sua essência**, a sua universalidade, a sua totalidade (Ianni, 2011, p. 399, grifos nossos).

A realidade está sempre tomada de interpretações que precisam ser desvendadas para chegarmos a explicação do real (Ianni, 2011), de forma que se deve abandonar as concepções

¹² Fragmento retirado da apresentação feita por Reinaldo Carcanholo (2007) na obra Contribuição à crítica da economia política (Marx, 2008), pela editora Expressão Popular.

e pressupostos imediatistas, as interpretações já existentes, que são favoráveis ao modo de produção capitalista (Vazquez, 2011).

Como apontou Karel Kosík (1976, p. 27), “[...] as coisas não se mostram ao homem diretamente tal qual são e como o homem não tem a faculdade de ver as coisas diretamente na sua essência, a humanidade faz um *detour* para conhecer as coisas e sua estrutura”. E é esse “[...] mundo da pseudoconcreticidade [que é] um claro e escuro de verdade e engano” (Kosík, 1976, p. 15) que necessita ser destruído para que seja possível alcançar a realidade (Kosík, 1976).

E é esse movimento de desvendar o real que pretendemos fazer com nosso objeto de pesquisa, partindo do concreto e aparente, para fazer a reconstrução no nível do pensamento, com um conjunto de determinações que não são apreendidas de imediato, já que a realidade é dialética e, embora a aparência e essência não se igualem, uma contém elemento da outra (Behring, 2016). Considerando ainda que o real é formado e se manifesta por elementos de característica quantitativa e qualitativa, que se relacionam de forma intrínsecas, se faz necessário o reconhecimento de ambos os aspectos, pois só assim teremos uma “[...] explicação [que] contemple o fenômeno como unidade dialética e tenha, portanto, coerência com o próprio método” (Prates, 2012, p.117).

Nossa dissertação envolveu Pesquisa Documental, com abordagem mista com combinação de métodos quantitativos e qualitativos, por meio da Estratégia de Triangulação Concomitante (ETC) (Creswell, 2010). A ETC é uma abordagem na qual dados quantitativos e qualitativos são coletados concomitantemente e depois comparados para determinar se há convergências, diferenças ou alguma combinação (Creswell, 2010).

A pesquisa documental fornece “[...] dados importante para entender os eventos, processos e transformações nas relações sociais” (May, 2004, p. 221). No caso desta pesquisa, buscaremos nos documentos dados que nos mostrem as competências, o planejamento, as realizações e não realizações, e o gasto em ações e serviços no âmbito da saúde mental pelo estado do ES. Partindo dos dados vamos identificar a tendência assumida pelo financiamento do Estado do Espírito Santo nas ações e serviços de Saúde Mental.

Para selecionar os documentos fizemos dois movimentos: Primeiro, realizamos um estudo mais amplo sobre os dispositivos legais que dispõem sobre o orçamento no Brasil e as ferramentas orçamentárias, tais como os Planos Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA). Nesse processo foi possível apreender sobre a existência de documentos e normativas próprias do financiamento e planejamento do SUS, tais como

Plano Nacional de Saúde, Plano Estadual de Saúde, Orçamento Estadual de Saúde, que dispõe sobre as metas, planejamentos e as realizações do Estado no campo da Saúde Mental. Para este estudo, selecionamos os seguintes documentos (Quadro 1). São documentos primários, de acesso público e disponíveis online no site da SESA¹³.

QUADRO 1 - DOCUMENTOS DE ACESSO PÚBLICO ANALISADOS

NOME DO DOCUMENTO	ELABORAÇÃO	ANO	FONTE	TIPO DE ACESSO	O QUE ENCONTRAMOS
Plano Estadual de Saúde	Secretaria de Saúde do Espírito Santo	2008-2011 2012-2015 2016-2019 2020-2023	Primário	Acesso público	As metas propostas pelo Estado do ES no campo da Saúde Mental
Relatórios de Gestão Espírito Santo	Secretaria de Saúde do Espírito Santo	2011 a 2021	Primário	Acesso público	Os serviços realizados pelo Estado do ES no campo da Saúde Mental
Documentos do orçamento geral do ES (PPA; LDO; LOA)	Espírito Santo	2009 a 2021	Primário	Acesso público	Informações sobre saúde mental que constam nos documentos do orçamento geral do ES.

Fonte: Espírito Santo, 2008; 2009; 2010; 2011; 2012; 2013; 2014; 2015; 2016; 2017; 2018; 2019; 2020; 2021. Elaboração própria, 2023.

Além desses documentos, nos reunimos com uma pesquisadora da temática, Dr^a Edineia Figueira dos Anjos Oliveira¹⁴, que nos orientou sobre a existência de documentos que poderiam adensar nossa lista e contribuir com as informações sobre a regionalização da saúde e as atribuições que foram conferidas, através de Pactuação, ao Estado.

Assim, elaboramos uma lista de documentos e solicitamos os que eram de acesso restrito, via ofício, à superintendência da SESA¹⁵. Contudo, ainda não tínhamos o mapa completo dos documentos e dos processos para acessá-los. Foi então, que em conversa telefônica com uma técnica - referência da Programação Pactuada e integrada da Região de Saúde de Vitória (PPI)¹⁶ -, esta sugeriu uma reunião com o Núcleo Especial de Programação de Serviços de Saúde (NEPSS), para que nossas dúvidas sobre acesso aos documentos que demandávamos pudessem

¹³ <https://saude.es.gov.br/>

¹⁴ As reuniões aconteceram em formato virtual, nos dias: 16/05/22 e 25/05/22. Vale apontar que Oliveira tem diversos trabalhos no campo da financiamento da Política de Saúde Mental, dentre eles podemos destacar sua Tese de doutorado em Política Social, intitulada *Gastos da política de saúde mental e os rumos da reforma psiquiátrica*, (2017) onde realizou uma pesquisa analisando o analisar o financiamento federal da saúde mental entre 2001 e 2016, a mesma que aparece em nosso levantamento. E ainda, destaca-se sua experiência técnica na área, haja visto, que a mesma já tenha ocupado o cargo de Secretária de Saúde no Município de Alfredo Chaves – ES.

¹⁵ Ofício foi encaminhado no dia 18/08/22 ao atual Secretário de Saúde do ES, o médico Nésio Fernandes de Medeiros Junior.

¹⁶ Faz parte do Núcleo de Vigilância em Saúde da Região Metropolitana de Vitória – SESA.

ser sanadas. Como um quebra-cabeça, o processo nos mostrava que precisávamos definir melhor as peças.

Partindo dessa indicação, realizamos reunião com a técnica do Núcleo Especial de Programação de Serviços de Saúde da SESA, que forneceu as informações sobre os documentos e as unidades da SESA onde esses documentos podiam ser acessados¹⁷. Assim, chegamos a um quadro de documentos de fonte primária, de acesso restrito que poderiam ser solicitados aos setores da SESA¹⁸ (Quadro 2).

QUADRO 2 - DOCUMENTOS DE ACESSO RESTRITO SOLICITADOS A SESA

NOME DO DOCUMENTO	ELABORAÇÃO	ANO	FONTE	TIPO DE ACESSO	O QUE QUERO SABER?
Termo de Compromisso de gestão	Secretaria de Saúde do Espírito Santo	2009	Primário	Acesso restrito – Solicitação de acesso a Comissão Intergestores Bipartite do SUS/ES (CIB)/SESA e Gerência de Planejamento Estadual Desenvolvimento Institucional (GPDI)/SESA	Quais as responsabilidades assumidas pelo ES no campo da saúde mental
Programação Pactuada e Integrada da Atenção em Saúde	Secretaria de Saúde do Espírito Santo	2009 a 2021	Primário	Acesso restrito - Solicitação de acesso ao Núcleo Especial de Programação de Serviços em Saúde (NEPSS)/SESA.	Quais foram os critérios e parâmetros pactuados entre os gestores (Estado e os Municípios) no que tange a programação de ações em saúde e a alocação dos recursos financeiros.
Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde.	Secretaria de Saúde do Espírito Santo	2011 a 2021	Primário	Acesso restrito – Solicitação a Comissão Intergestores Bipartite do SUS/ES (CIB)/SESA e Gerência de Planejamento Estadual Desenvolvimento Institucional (GPDI)/SESA	Quais os acordos de colaboração firmado entre entes federativos objetivando organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada, no campo da Saúde Mental.
Relatório Estadual das Conferências de Saúde Mental	Secretaria de Saúde do Espírito Santo	2009 a 2021	Primário	Acesso restrito - Solicitação a Área técnica de Saúde Mental da SESA	Identificar quais são as propostas indicadas nos debates das Conferências de Saúde Mental do estado

¹⁷ A reunião foi realizada no dia 16/09/022, em uma sala do Núcleo Especial de Programação de Serviços de Saúde, que fica localizado na Secretaria Estadual de Saúde, endereço: Avenida Marechal. Mascarenhas de Moraes, 2025, Bento Ferreira, Vitória/ES – 29052-12.

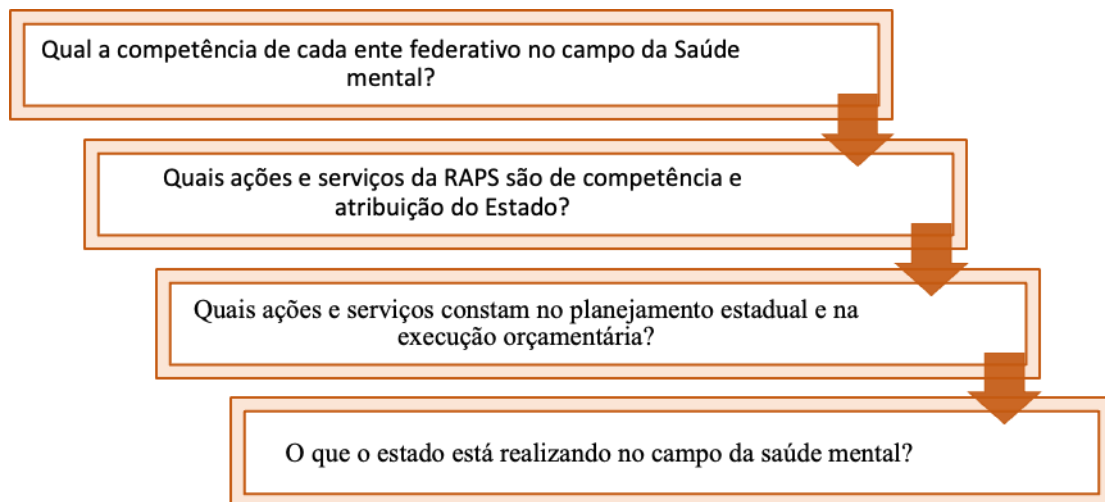
¹⁸ Ao final desta seção apresentamos o fluxograma para acesso a esses setores.

Plano Diretor de Regionalização	Secretaria de Saúde do Espírito Santo	2009 a 2021	Primário	Acesso restrito - Solicitação ao Núcleo Especial de Programação de Serviços em Saúde (NEPSS)/SESA.	Identificar a organização regionalizada e hierarquizada da assistência à saúde, analisando como a Saúde Mental comparece nessa organização.
Plano Estadual da Rede de Atenção em Saúde/PAR	Secretaria de Saúde do Espírito Santo	2009 a 2021	Primário	Acesso restrito - Solicitação ao Núcleo Especial de Programação de Serviços em Saúde (NEPSS)/SESA.	Identificar as ações e serviços para o campo da saúde mental que estão estabelecidas nesse documento

Fonte: Espírito Santo, (2008; 2012; 2016; 2020; 2009; 2013; 2017; 2021; 2011). Elaboração própria, 2022.

A princípio, como nos indica May (2004), fizemos perguntas a esses documentos:

FIGURA 3 - PERGUNTAS AOS DOCUMENTOS



Fonte: Elaboração própria, 2023.

2.1. Lócus da pesquisa - onde estão os dados?

A escolha pela Secretaria de Saúde do Espírito Santo (SESA), como nosso lócus de pesquisa, se justificou pois esta é a instituição responsável pela gestão do SUS no estado, pela elaboração da Política de Saúde, por prover recursos próprios e gerenciar os mesmos, através Fundo

Estadual de Saúde (FES), para a alocação em ações e serviços públicos de saúde (Espírito Santo, s/d)¹⁹.

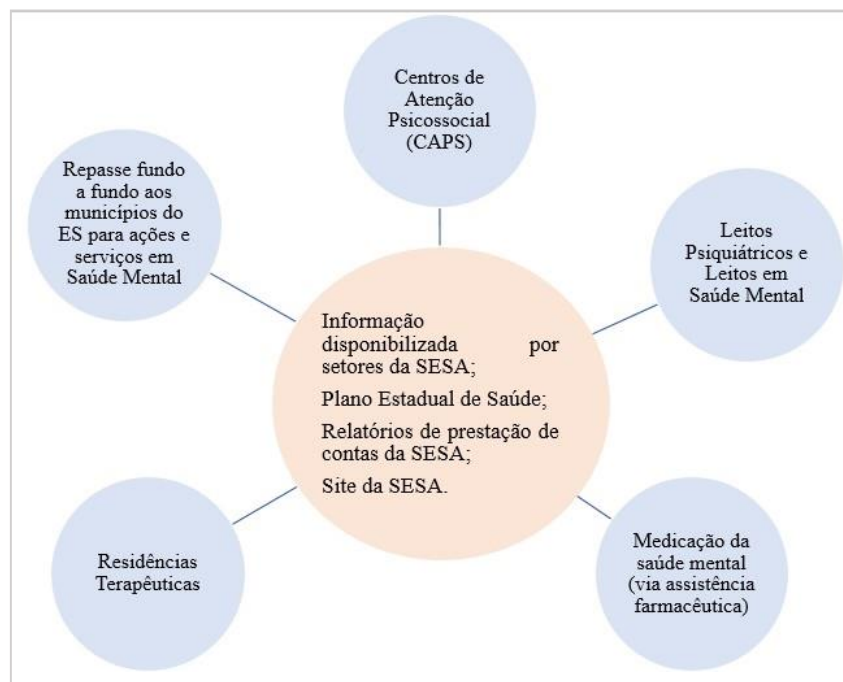
No que tange ao recorte temporal, a escolha de 2009 a 2021 fundamentou-se na promulgação da Portaria nº 3.088, que dispõe sobre a Rede de Atenção Psicossocial, datada de 2011. Objetivando a trajetória do financiamento, optamos por iniciar a análise dois anos antes da instituição desta Portaria, visando fazer comparações e/ou mostrar tendências em relação ao financiamento dos serviços.

Já em relação às ações e serviços de saúde mental, analisamos as ações e os serviços da RAPS que receberam financiamento direto do estado do Espírito Santo e também os recursos que o estado repassou aos municípios para ações e serviços no âmbito da saúde mental, por meio do financiamento indireto, conhecido como financiamento fundo a fundo. Em uma busca inicial, encontramos que o ES não tem uma política de investimento sistemática no campo da Saúde Mental, e chegamos a informação de que diretamente o estado custeia: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Residências Terapêuticas, os Leitos Psiquiátricos e em Saúde Mental e a Medicação da saúde mental²⁰. Indiretamente, a partir do cofinanciamento, o estado realiza repasse fundo a fundo aos municípios para a assistência farmacêutica - onde encontramos alguns dos medicamentos em saúde mental (Figura 4).

¹⁹ A SESA tem sua sede na Rua Engenheiro Guilherme José Monjardim Varejão, nº 225, Enseada do Suá, no município de Vitória.

²⁰ Vale destacar a inclusão das medicação em saúde mental nossa pesquisa se dá pelo sua presença histórica no cuidado em saúde mental, por isso, mesmo ela não sendo diretamente uma ação/serviço próprio da RAPS, optamos por analisar seu financiamento no âmbito do estado.

FIGURA 4 - PRIMEIRAS PISTAS SOBRE O CUSTEIO DO ESTADO DO ES EM SAÚDE MENTAL²¹



Fonte: Espírito Santo, 2022. Elaboração própria, 2022.

Mas chegar a essas informações envolveu um truncado caminho que já sinalizava para os percalços que iríamos encontrar para levantar as competências e o planejamento do estado no que tange os serviços e ações, cotejando com o que de fato foi realizado.

Inicialmente entendemos que o Portal da Transparência do Estado do ES²² e os documentos de Orçamento da SESA²³ pudessem ajudar. Entretanto, identificamos que só é possível encontrar dados sobre o financiamento estadual geral da Política Saúde, tais como: Total Orçado; Total Empenhado; Total Liquidado; Total Pago; Despesa e Orçamento, as subfunções para quais foram destinados os recursos. De forma que não é possível desnudar as informações precisas sobre o financiamento estadual no âmbito da saúde mental, o que nos levou a entrar em contato com a SESA.

Assim, em contato²⁴ realizado com a SESA, na Gerência Política de Organizações de Redes de Atenção à Saúde (GEPORAS), obtivemos a informação que não existe uma fonte/ação

²¹ Veremos que após acessar os setores da SESA encontramos outras ações e serviços que o estado do ES financia no campo da saúde mental, como consta na Figura 16.

²² O Portal da Transparência é um instrumento desenvolvido pelo Governo do ES. Neste espaço é possível que a sociedade acesse os dados referente ao uso dos recursos públicos e tenha uma participação ativa na discussão das políticas públicas (Espírito Santo, 2022)

²³ Aqui estamos nos referindo aos documentos: Plano Estadual de Saúde e Relatórios de Gestão e Relatórios de Prestação de Contas da Secretaria de Saúde do Espírito Santo, do período delimitado.

²⁴ Contato telefônico realizado no dia 29 de junho de 2022.

específica para o repasse desses recursos para a saúde mental, por isso a inviabilidade de encontrar essas informações nos documentos e no Portal da Transparência. Isso significava que os recursos são repassados diretamente para cada Regional de Saúde²⁵ do estado e através do repasse fundo a fundo, para os municípios, o que indica que os dados que desejávamos estavam fragmentados.

Em posse dessa informação optamos, em um primeiro momento, por encaminharmos para o Secretário de Saúde do Espírito Santo um ofício solicitando dados específicos²⁶, tais como:

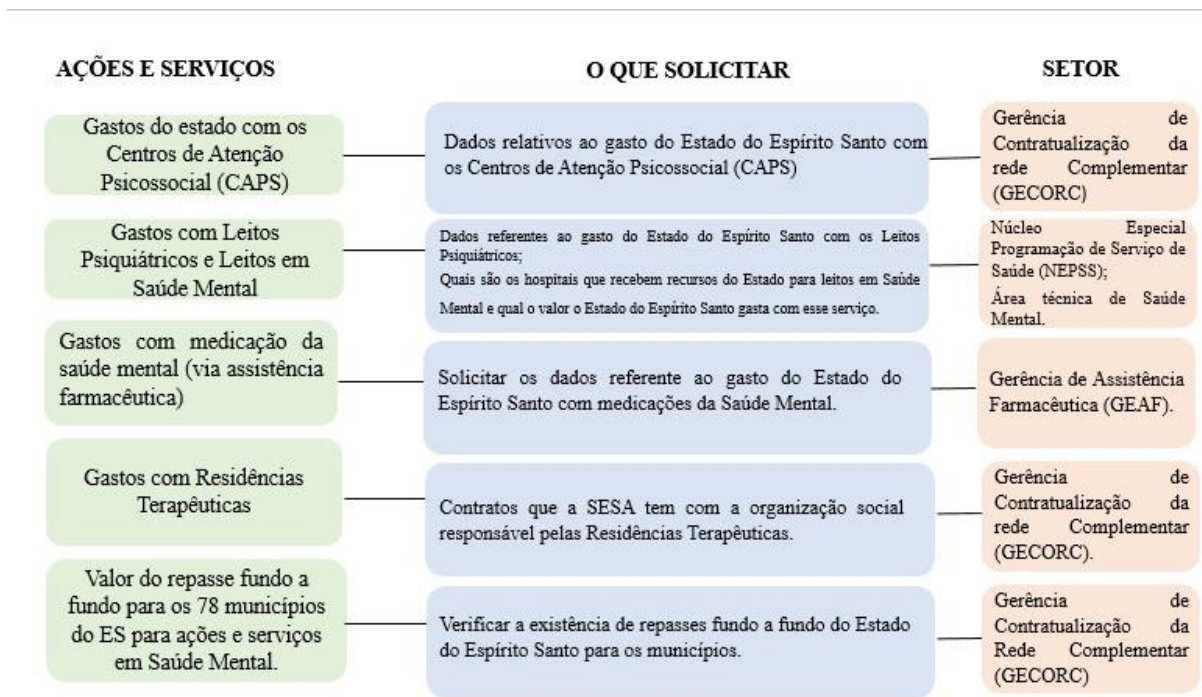
[...] gastos do estado com os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), conforme documentos de Contratualização de todas as Regionais do estado do Espírito Santo, contendo os;
Gastos com Leitos Psiquiátricos,
Gastos com medicação da saúde mental (via assistência farmacêutica);
Gastos com Residências Terapêuticas.
Valor do repasse fundo a fundo para os 78 municípios do ES para ações e serviços em Saúde mental (Campanharo; Garcia, 2022, p. 01).

Contudo, após a reunião realizada com a técnica do Núcleo Especial de Planejamento e Programação de Serviço em Saúde, citada anteriormente, fomos informadas que esses dados poderiam ser encontrados em diferentes setores da SESA e que seria viável direcionar as solicitações diretamente para cada uma das unidades envolvidas. Tal informação nos levou a seguir este caminho (Figura 5), que como veremos depois, tinha alguns obstáculos e impedimentos desconhecidos, mas foi fundamental para recalcularmos a rota e descobrir novas vias:

²⁵ Atualmente o ES é dividido em 3 Regiões de Saúde, sendo: Metropolitana, Sul e Central/Norte.

²⁶ Ofício enviado no dia 30/07/2022.

FIGURA 5 - PRIMEIRO CAMINHO DE SOLICITAÇÃO DE DADOS AO SETORES DA SESA



Fonte: Elaboração própria, 2022.

Nessas solicitações de documentos buscávamos os dados referentes ao gasto estadual anual com cada uma das ações e serviços assinados, o que iria nos permitir analisar essa variável, entendendo as tendências dos gastos.

QUADRO 3 - INDICADORES BUSCADOS NOS DOCUMENTOS

DOCUMENTO SOLICITADO	INDICADORES BUSCADOS NOS DOCUMENTOS
Gastos do estado com os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)	Tendência ou variação dos gastos do ES com Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)
Gastos com Leitos Psiquiátricos	Tendência ou variação dos gastos do ES com Leito Psiquiátricos e com os Leitos em Saúde Mental
Gastos com medicação da saúde mental	Tendência ou variação dos gastos do ES com medicamentos da saúde mental
Gastos com Residências Terapêuticas.	Tendência ou variação dos gastos do ES com Residências Terapêuticas
Valor do repasse fundo a fundo para os 78 municípios do ES para ações e serviços em Saúde mental	Existência de repasse fundo a fundo para os 78 municípios do ES para ações e serviços em Saúde mental; Tendência ou variação dos gastos do ES com saúde mental através do repasse para os municípios do ES; Tipo de ações e serviços que foram contempladas com o repasse.

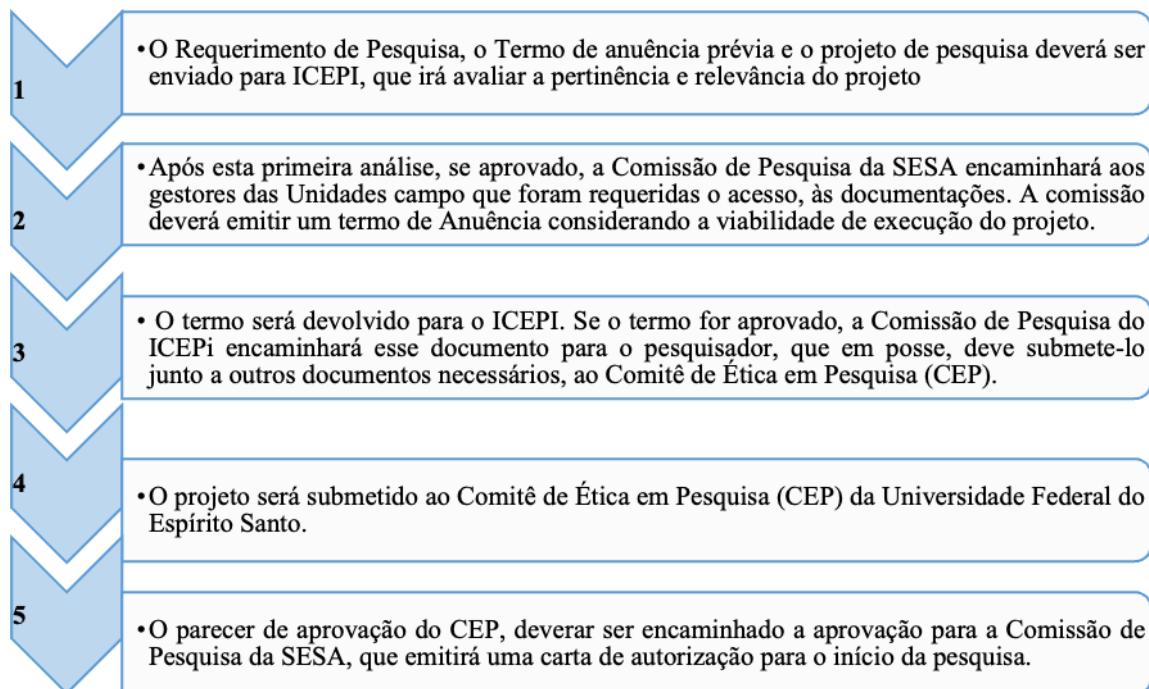
Fonte: Elaboração própria, 2022

Entendíamos que os documentos não devem ser lidos de forma descolada da realidade, devendo-se considerar o contexto político e social de sua produção, atentando-se que em muitos casos pode ser ponto de análise tanto o que consta nos documentos, como o que é deixado de fora dos documentos (May, 2004). Assim, os documentos não existem de forma isolada e precisam ser situados dentro de uma estrutura teórica para que o seu conteúdo possa ser compreendido (May, 2004).

2.2 Procedimentos éticos: o labirinto, suas encruzilhadas e emoções

Como a pesquisa utilizou dados de acesso restrito sob responsabilidade da SESA, seguimos o que determina o Instituto de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde (ICEPI), sobre a realização de Pesquisa no âmbito da SESA (ICEPI, s/d). Assim, nossa pesquisa seguiu o seguinte percurso:

FIGURA 6 - PERCURSO DE SUBMISSÃO



Fonte: ICEPI, s/p. Elaboração própria, 2022.

Entre a figura e o processo, há inúmeros fatos que foram se descortinando. O primeiro é o tempo institucional de cada um no processo de pesquisa. O tempo que levamos para finalizar as etapas de 1 a 3, foram de 59 dias (quem pesquisa no Mestrado sabe o que são 2 meses num tempo de 24 meses).

Explicando isso em termos processuais, enviamos em final de outubro todos os documentos necessários para o ICEPi, que no mesmo dia aprovou a pesquisa e encaminhou para os referidos setores, onde aconteceria a coleta dos dados. Como os dados inicialmente seriam solicitados a 6 diferentes setores, foi necessário que cada um deles assinasse um termo de anuência diferente (Anexo A à F), o que levou alguns dias, muitas ligações e o apoio solidário de muitas pessoas.

Se 3 setores (Comissão Intergestores Bipartite do SUS/ES; Gerência de Planejamento Estadual Desenvolvimento Institucional e; Núcleo Especial Programação de Serviço de Saúde) aprovaram a realização da pesquisa em apenas 3 dias, por outro lado, os outros 3 exigiu paciência e contatos. Constatávamos que o prazo estimado pelo setor de pesquisa, de 15 dias úteis²⁷ era apenas uma estimativa. Aqui uma pergunta ecoava em minha cabeça: será que conseguirei os dados? Dúvida recorrente e que assombrou todo o trajeto. Precisava arregaçar as mangas e ir à luta.

Intensificamos o contato com o setor de pesquisa do ICEPi, solicitando informações²⁸. Nesse processo, fomos demandadas pela Gerência de Assistência Farmacêutica que devolveu o termo de anuência apenas com considerações sobre os dados solicitados, sem deliberar sobre o parecer favorável ou não favorável. Em posse dessa informação, e após orientação da equipe de pesquisa do ICEPi, entramos em contato com o setor para solicitar a avaliação. Assim, em contato com a GEAF, e explicando novamente quais os documentos seriam solicitados, o setor emitiu o termo de anuência (no dia 31/10/22) com o parecer favorável, entendendo que os dados seriam possíveis de serem acessados.

Após o passar dos dias, a Área Técnica em Saúde Mental também retornou o termo com o parecer favorável à realização da pesquisa. Restava apenas 1 setor. Em contato com o ICEPi sobre este último termo (da Gerência de Contratualização da rede Complementar), fomos orientadas a entrar em contato diretamente com o setor, para que pudéssemos solicitar informações sobre o termo. Entretanto, ao contactar o número fornecido, identificamos que o mesmo pertencia ao setor de Gerência de Contratualização da Rede Própria (GECORP), o que significava que o termo havia sido encaminhado para o setor errado²⁹. Entramos em contato com o ICEPi, explicamos a situação informada pela GECORP, a ocorrência do equívoco e a necessidade de correção. O ICEPi nos orientou que entrássemos em contato direto com a

²⁷ Esse prazo foi informado em um contato realizado via ligação com a equipe do setor de pesquisa do ICEPi.

²⁸ Os contatos, por telefone e via e-mail, foram realizados aproximadamente 3 vezes por semana, entre o período de 10/10 e 23/11/22.

²⁹ Das semelhanças nos nomes dos setores e das coincidências dos acontecimentos, depois descobríamos que setor “errado” também seria campo de busca dos nossos dados.

GECORC – que já tinha recebido o ofício. Após algumas tentativas, conseguimos efetivar o contato com a gerência do setor, explicamos o envio do termo pelo ICEPi e transcorridos quase 2 meses com temperos de estresse, recebemos a anuência favorável para a realização da pesquisa no setor³⁰.

Enfim tínhamos em mãos algo que todos nós perguntávamos: esta pesquisa é possível? Como resposta, remontamos acima que o processo de pesquisa envolve processos que só os conhecem quem ousa caminhar. Ou seja, a elaboração de um cronograma real, com período reservado para os procedimentos mais burocráticos da pesquisa é condição *sine qua non*. Contudo, não se pode deixar de destacar também que, mesmo sendo planejado, esse tempo consumido com o “vai e vem” das burocracias é um tempo que causa inquietudes, por não poder ser controlado.

Tendo a posse de todos os termos de anuência, submetemos o projeto ao CEP, iniciando a 4 etapa obrigatória para a realização de pesquisa no âmbito da SESA (Figura 6). Solicitamos a dispensa do TCLE ao CEP, considerando que nossa pesquisa é documental e possuímos todos os termos de anuência do setores onde os dados, de caráter restrito, seriam acessados. E ainda, que pelo caráter da pesquisa (documental) e sem procedimentos que pudessem prejudicar os seres humanos, a mesma não apresentava riscos.

E mais uma encruzilhada surgiu em nosso labirinto. Após 28 dias de submissão (no dia 22/12/22) o CEP emitiu o parecer consubstanciado informando que o projeto havia sido retirado de tramitação (ANEXO G). Tal ação justificada pela Resolução nº 510/2016, que dispõe:

[...] Parágrafo único. Não serão registradas nem avaliadas pelo sistema CEP/CONEP:
 [...] **V - pesquisa com bancos de dados, cujas informações são agregadas, sem possibilidade de identificação individual** (BRASIL, 2016, s/p, grifos nossos).

Como pesquisadoras do campo, esta não era uma informação nova. Tínhamos conhecimento da Resolução, bem como da dispensa de registro de pesquisas documentais ao CEP. Contudo, seguindo o fluxograma do ICEPi submetemos o projeto. A ocorrência desse fato chama atenção para dois pontos: Mais 1 mês de angústia e demandas burocráticas preencheram o curto tempo do mestrado e; a necessidade de adequação do fluxograma de procedimentos necessários para

³⁰ Destacamos que ao longo desse processo, o setor de pesquisa do ICEPi foi acessível e solícito, colaborando com a resolução de todas as pendências que surgiram. Contudo, muitas questões poderiam ser resolvidas de forma breve, se o setor tivesse um melhor canal de comunicação e controle sobre os trâmites dos termos, já que em vários dias não encontramos profissionais para atender as demandas, e ainda, que informações sobre erros do setor e falta de assinatura, só foram repassados para a pesquisadora após diversos contatos cobrando uma devolutiva.

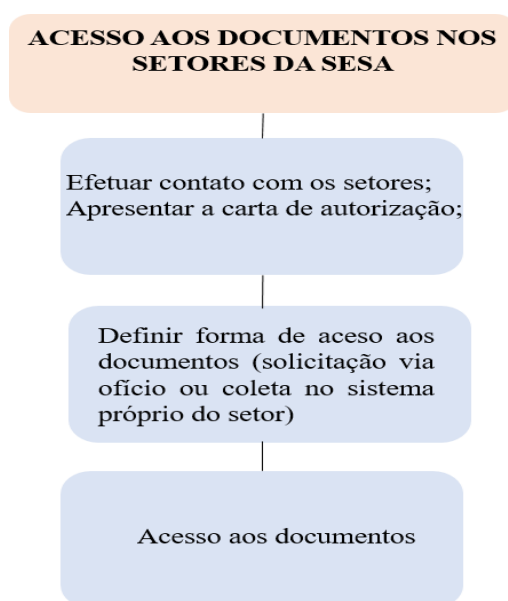
realizar pesquisa no âmbito da SESA, por parte do ICEPi, considerando que as etapas que o instituto requer, não podem ser aplicadas a todas as pesquisas.

É preciso sair da encruzilhada para seguir. Por isso, enviamos o parecer consubstanciado para o ICEPi³¹, juntamente com a solicitação da elaboração da carta de autorização para início da pesquisa. E após 5 dias, o Instituto emitiu a carta (ANEXO H).

Posto isso, seguindo o nosso comprometimento em executar todos os passos requisitados pela Comissão de Pesquisa da SESA, através do ICEPI, iniciamos a realização do 5º passo - a etapa de coleta dos dados.

Cabe evidenciar que como a pesquisa recorreu a diferentes setores da SESA, considerando que cada setor tem características diferentes, tais como funcionamento e sistema informatizado, o acesso aos documentos também teve características diferentes em cada setor. Somente a apresentação da carta de autorização para realização de pesquisa emitida pelo ICEPi que foi um processo igual para todos. Assim, esta etapa seguiu o seguinte percurso (Figura 7)³².

FIGURA 7 - FLUXO DE ACESSO AOS DADOS



Fonte: Elaboração própria, 2022.

³¹ O Parecer consubstanciado foi enviado por e-mail para o setor de pesquisa do ICEPI no dia 23/12/22, seguindo orientações do próprio setor.

³² Relembramos que a pesquisa também utiliza dados de acesso público, que serão coletados no mesmo período que os dados de acesso restrito.

De início não sabíamos, mas entre a forma planejada para acessar os documentos e a realidade, havia um longo caminho a ser descortinado, envolvendo desencontros de documentos, novos setores a serem acessados, muitas reuniões e ligações, mais apoio solidário de pessoas e muita disposição para seguir em frente.

2.3. Percorrendo os caminhos do labirinto

[...] Todo trabajo de investigación es también la historia de su composición”
(Gina Saraceni)

Após todas as aprovações iniciamos o contato para agendar cada uma das 12 reuniões com os setores, além de incontáveis ligações e trocas de e-mail. A primeira reunião aconteceu em 24 de janeiro de 2023, e desde lá até acessar o último dado foram mais de seis meses (17/07/2023).

Em todos os setores, entregamos a carta de autorização, explicamos a pesquisa e solicitamos os dados que acreditávamos estarem disponíveis no setor. Além disso, muitos setores disponibilizavam outros documentos que acreditavam ter relação com a pesquisa.

Após percorrer os 6 setores que estavam previstos inicialmente na pesquisa, identificamos, a partir das indicações e documentos, que seria necessário consultar mais 03 (três) setores que não havíamos pedido autorização, sendo eles: Fundo Estadual de Saúde (FES); Gerência de Contratualização da Rede Própria (GECORP) e o Núcleo Especial de Regulação de Internação (NERI). Como a pesquisa já estava aprovada e em andamento, foi necessário apenas entrar em contato com o ICEPi e solicitar a autorização para mais esses três setores. Depois de aprovado, também realizamos reuniões em cada um deles e solicitamos os dados (ANEXO I, J e K).

Em todo esse processo encaramos muitos desafios, tais como: dificuldade de conseguir agenda com os profissionais dos setores; incompatibilidade entre os sistemas de informatização dos setores (o que acabou dificultando a análise dos dados); problemas técnicos com os E-mail e telefones dos setores.

Por outro lado, também contamos com a presteza de diversos profissionais, que se dedicaram a rastrear os documentos que estávamos buscando e forneceram informações indispensáveis para que a pesquisa pudesse prosseguir. E, neste momento, descobríamos que a SESA não possuía sistematizados os dados que demandávamos.

Convivemos durante todo esse tempo com a dúvida de alcançar os documentos, em um cenário de fragmentação dos dados, que causava a impressão que o trabalho que precisava ser despendido para chegar ao fim, era maior que nossas forças e nosso tempo. Mas não foi, e a busca pelos setores nos levou às seguintes peças (Figura 8).

FIGURA 8 - RESULTADO DAS BUSCAS POR DOCUMENTOS NOS SETORES DA SESA

DOCUMENTO BUSCADO	SETOR QUE FOI ENCONTRADO
Programação Pactuada e Integrada da Atenção em Saúde	Núcleo Especial de Programação de Serviços de Saúde
Relatório Estadual das Conferências de Saúde Mental	Área Técnica de Saúde Mental/Gerência Política Organização Redes de Atenção em Saúde (GEPORAS)
Plano Diretor de Regionalização	Núcleo Especial de Programação de Serviços de Saúde e Gerência de Planejamento Estratégica e Desenvolvimento Institucional
Gastos com CAPS	Área Técnica de Saúde Mental/Gerência Política Organização Redes de Atenção em Saúde (GEPORAS) e Fundo Estadual de Saúde
Gastos com Leitos Psiquiátricos	Fundo Estadual de Saúde e Área Técnica de Saúde Mental/Gerência Política Organização Redes de Atenção em Saúde (GEPORAS)
Gastos com Leitos em Saúde Mental	Fundo Estadual de Saúde e Área Técnica de Saúde Mental/Gerência Política Organização Redes de Atenção em Saúde (GEPORAS), Gerência de Contratualização da Rede Própria e Gerência de Contratualização da Rede Complementar
Gastos com Residência Terapêuticas	Área Técnica de Saúde Mental/Gerência Política Organização Redes de Atenção em Saúde (GEPORAS)
Gastos com medicamentos em saúde mental	Gerência de Assistência Farmacêuticas
DOCUMENTO NÃO ENCONTRADO	SETOR ONDE FOI BUSCADO
Termo de Compromisso de gestão	Comissão Intergestores Bipartite e Gerência de Planejamento Estratégica e Desenvolvimento Institucional
Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde.	Comissão Intergestores Bipartite e Gerência de Planejamento Estratégica e Desenvolvimento Institucional
Plano Estadual da Rede de Atenção em Saúde/PAR	Comissão Intergestores Bipartite; Gerência de Planejamento Estratégica e Desenvolvimento Institucional e Área Técnica de Saúde Mental/Gerência Política Organização Redes de Atenção em Saúde (GEPORAS)
DOCUMENTOS INCORPORADOS DURANTE A PESQUISA DE CAMPO	SETOR ONDE FOI ENCONTRADO
Resoluções de saúde mental	Comissão Intergestores Bipartite
Valor leitos em clinica privada	Área Técnica de Saúde Mental/Gerência Política Organização Redes de Atenção em Saúde (GEPORAS); Fundo Estadual da Saúde e Núcleo Especial de Regulação de Internação
Plano de Ação Estadual da RAPS (2013)	Área Técnica de Saúde Mental/Gerência Política Organização Redes de Atenção em Saúde (GEPORAS)
Apresentação da área técnica com dados atuais da Raps no ES	Área Técnica de Saúde Mental/Gerência Política Organização Redes de Atenção em Saúde (GEPORAS)
Plano de Intervenção	Gerência de Planejamento Estratégica e Desenvolvimento Institucional
LEGENDA: Verde: Documentos buscados desde o início da coleta de dados e encontrado. Laranja: Documentos buscando desde o início da coleta de dados e não encontrado Azul: Documentos incorporados na análise a partir da coleta de dados.	

Elaboração própria, 2023.

Além dos setores da SESA, utilizamos os seguintes sites para as buscas dos documentos disponíveis de forma pública

QUADRO 4 - LÓCUS DE BUSCA DOS DOCUMENTOS PÚBLICOS

FONTE	ENDEREÇO ELETRÔNICO
Portal da Transparência do Espírito Santo	https://transparencia.es.gov.br/
Site da Secretaria de Saúde do Espírito Santo	https://saude.es.gov.br/
DATASUS	https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/

Fonte: Elaboração própria, 2023.

2.3.1 A análise dos dados: decodificando o labirinto

Com as peças recolhidas, era preciso definirmos quais utilizaríamos. Assim, elencamos que iriam ser analisados, no decorrer do trabalho, os seguintes dados.

QUADRO 5 - OS DOCUMENTOS QUE FORAM ANALISADOS E FORMA DE ANÁLISE

TIPO DE DADO	FONTE/SETOR	TIPO DE ANÁLISE
Plano Estadual de Saúde	Site da SESA	Análise de Conteúdo
Relatórios de Gestão Espírito Santo	Site da SESA	Análise de Conteúdo
Documentos do orçamento geral do ES (PPA; LDO; LOA)	Site da SESA	Análise de Conteúdo
Plano Diretor de Regionalização	Núcleo Especial de Programação de Serviços de Saúde e Gerência de Planejamento Estratégica e Desenvolvimento Institucional	Análise de Conteúdo
Gastos com CAPS	Área Técnica de Saúde Mental/Gerência Política Organização Redes de Atenção em Saúde (GEPORAS), Fundo Estadual de Saúde e site da SESA.	Análise estatística descritiva
Gastos com Leitos Psiquiátricos	Fundo Estadual de Saúde e Área Técnica de Saúde Mental/Gerência Política Organização Redes de Atenção em Saúde (GEPORAS)	Análise estatística descritiva
Gastos com Leitos em Saúde Mental	Fundo Estadual de Saúde e Área Técnica de Saúde Mental/Gerência Política Organização Redes de Atenção em Saúde (GEPORAS), Gerência de Contratualização da Rede Própria e Gerência de Contratualização da Rede Complementar	Análise estatística descritiva
Gastos com Residência Terapêuticas	Área Técnica de Saúde Mental/Gerência Política Organização Redes de Atenção em Saúde (GEPORAS) e Portal da Transparência	Análise estatística descritiva

Gastos com medicamentos em saúde mental	Gerência de Assistência Farmacêuticas e DATASUS	Análise estatística descritiva
Resoluções de saúde mental	Comissão Intergestores Bipartite e Site da SESA	Análise de Conteúdo
Valor leitos em clínica privada	Área Técnica de Saúde Mental/Gerência Política Organização Redes de Atenção em Saúde (GEPORAS); Fundo Estadual da Saúde e Núcleo Especial de Regulação de Internação	Análise estatística descritiva
Plano de Ação Estadual da RAPS (2013)	Área Técnica de Saúde Mental/Gerência Política Organização Redes de Atenção em Saúde (GEPORAS)	Análise de Conteúdo
Apresentação da área técnica com dados atuais da Raps no ES	Área Técnica de Saúde Mental/Gerência Política Organização Redes de Atenção em Saúde (GEPORAS)	Análise de Conteúdo
Plano de Intervenção	Gerência de Planejamento Estratégica e Desenvolvimento Institucional	Análise de Conteúdo

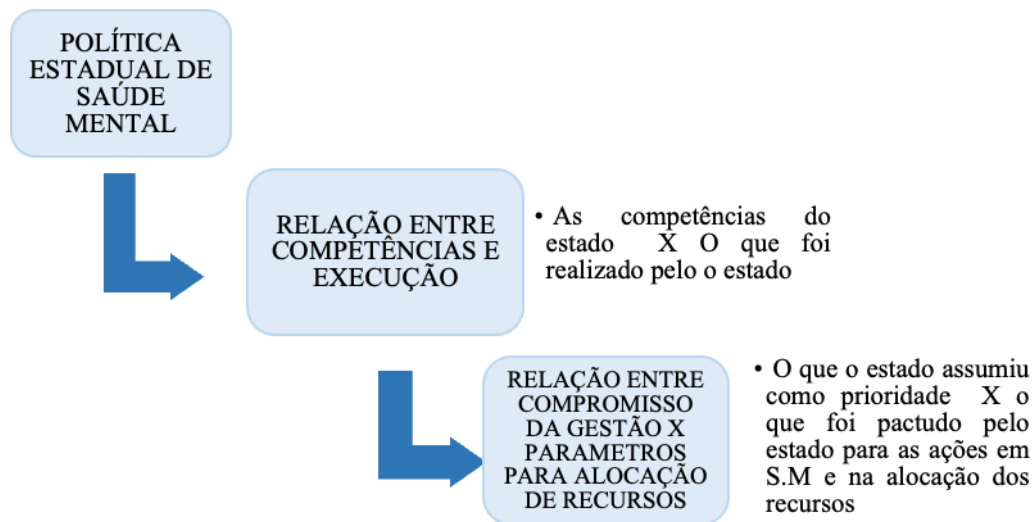
Fonte: Elaboração própria, 2023.

As duas técnicas de análise que utilizamos foram: a Análise estatística descritiva (Medidas de tendência central) e Análise de Conteúdo (AC). Para Bauer (2015), a AC é uma técnica que produz inferência de um texto focal para o seu contexto social. O autor (2015) ainda nos lembra que “[...] a validade da AC deve ser julgada não como “leitura verdadeira” do texto, mas em termos de sua fundamentação nos materiais pesquisados e sua congruência com a teoria do pesquisador, e à luz de seu objetivo de pesquisa” (Bauer, 2015, p. 191).

Assim, buscamos nos documentos a tendência do financiamento estadual de saúde mental. Esse pode ser expresso através das normativas, das competências, do planejamento e do que foi efetivado no campo da saúde mental. E como nos indica Bauer (2015), também nos importava verificar a ausência dessas informações nos documentos analisados e também o contexto em que foram produzidos, alvos também em nossa análise.

Criamos, a partir dos documentos, uma matriz das competências e regulamentações estaduais para o financiamento em saúde mental. A partir disso, buscamos nos outros documentos o que de fato o estado planejou e o que foi executado nesse período.

FIGURA 9 - DESENHO DA ANÁLISE QUALITATIVA DOS DOCUMENTOS



Fonte: Elaboração própria, 2022

Já para os dados quantitativos utilizamos a análise estatística descritiva, por meio de medidas de tendência central, dos desvios-padrão e da variação das pontuações (Creswell, 2010).

Como o planejado era construir uma série histórica dos gastos do estado com as ações e serviços em saúde mental entre 2009 e 2021, pretendíamos analisar as seguintes variáveis: a) valor planejado e valor gasto com ações e serviços em saúde mental pelo estado; b) ações e Serviços com maior destinação de recursos; c) percentual investido anualmente em saúde mental em relação ao percentual de investimento em saúde; d) tendência na destinação dos recursos. Entretanto, entre o desejo e a realidade, descobrimos nos labirintos da SESA que para o campo da saúde mental no ES, existem alguns limites nessa busca. Dessa forma, os dados quantitativos foram analisados a partir das características de cada ação e serviço da RAPS (como disposto na seção 5).

Também cabe ressaltar que todos os dados quantitativos foram deflacionados utilizando o índice de correção IGP –DI³³, com a data final de 05/2023. A deflação é necessária para corrigir o efeito inflacionário dos valores nominais, assim é possível a obtenção do valor em termo reais. Em outras palavras, o ato de deflacionar permite a comparação entre valores

³³ A escolha pelo índice IGP-DI se deu pelo fato deste ser um índice amplo, composto pelo Índice de Preços ao Consumidor (IPC), Índice de Preços por Atacado (IPA) e Índice Nacional de Custos da Construção Civil (INCC) (Salvador, 2010)

de diferentes períodos de tempo (ex.: meses, anos), para saber se esse valor aumentou ou diminuiu em termos reais (De-Losso, 2020).

Por fim, para resumir nossa metodologia, apresentamos o Quadro 6, onde mostramos uma síntese das ações desenvolvidas para atender cada objetivo específico.

QUADRO 6 - VERIFICAÇÃO DE COBERTURA DOS OBJETIVOS ESPECÍFICOS

OBJETIVO ESPECÍFICO	METODOLOGIA
Identificar as metas propostas e as ações e serviços realizados pelo Estado do ES no campo da Saúde Mental;	Pesquisa documental
Analisar se as competências do Estado do ES na execução das ações e serviços em saúde mental (conforme previsto na Política de Saúde Mental) estão presentes no planejamento e na execução orçamentária;	Pesquisa documental
Verificar a tendência presente nos gastos com a Política de Saúde realizadas pela SESA, analisando se houve variações;	Pesquisa documental
Verificar qual a tendência presente nos gastos em saúde mental realizadas pela SESA, refletindo se esta caminha na direção de efetivação dos serviços e ações de base extra hospitalares e comunitário, conforme previsto na Política de Saúde Mental.	Pesquisa documental
Descrever o processo de descentralização do Sistema Único de Saúde, analisando, a partir da legislação, como esse processo vem ocorrendo e situando o lugar do ente estado;	Revisão Bibliográfica
Discutir sobre o Financiamento da Política de Saúde, localizando a participação e competência do Estado no financiamento da Política de Saúde Mental.	Revisão Bibliográfica

Fonte: Elaboração própria, 2022.

Nas páginas abaixo o/a leitor/a vai encontrar os nossos mergulhos teóricos e análises realizadas para responder o questionamento que nos acompanhou nos últimos dois anos:

Para onde foi o dinheiro da saúde mental do estado do ES?

Convidados a todas/os para prosseguir com a leitura e decifrar esse caminho!

3. DESCENTRALIZAÇÃO, SUS E O NÍVEL ESTADUAL

[...] Ele tem que ser construído mesmo que o resultado final não seja aquilo que nós estamos desejando. Mas é um resultado construído, desejado, montado e inventado pela sociedade brasileira. [...] Imaginando que na construção disso muitas vezes nós vamos errar. Mas **nunca vamos errar o caminho que aponta para a construção de uma sociedade brasileira mais justa** (Sérgio Arouca, VIII Conferência Nacional de Saúde, 1986)³⁴.

Optamos por abrir essa seção com um excerto do discurso de Arouca (1986), ex-presidente da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) e militante do Movimento da Reforma Sanitária no Brasil (MRS), por compreender a importância dessa Conferência e desse Movimento, dentro do nosso objeto. Esta dissertação traz em tela 3 eixos: “a construção de uma sociedade brasileira mais justa” (Arouca, 1986), a descentralização como princípio e a luta por uma sociedade sem manicômios (frase clássica de Franco Basaglia, adotada pelo Movimento da Luta Antimanicomial).

Mas, nesta seção o foco será o Sistema Único de Saúde e o princípio da descentralização. Essa é uma longa construção. A VIII CNS é marcada por um contexto de luta pela democratização da vida social e por uma Reforma Democrática do Estado (Paim, 2009; Escorel; Nascimento; Edler, 2005)³⁵. O MRS lutava por modificações para além de âmbito administrativo e financeiro, mas modificações no Estado, colocando a saúde como direito de todos/as e a necessária descentralização do poder (Brasil, 1986). Essas pautas chegaram à redação final do capítulo da Seguridade Social, ainda que acordos entre forças progressistas e conservadores fossem firmados para que o texto constitucional fosse promulgado³⁶ (Bravo, 2006).

Entre limites e possibilidades é mister termos em mente que “[...] as perspectivas da Saúde no contexto de uma nova Constituição, vários aspectos afloram de imediato: de que Saúde se está falando, o que se pode esperar de uma nova Constituição e que país é este onde esses fatos ocorrem” (Eleutério Neto, 2019, p. 51).

³⁴Fragmento extraído do discurso de Sérgio Arouca na VIII Conferência Nacional em Saúde (1986). Arouca foi um dos protagonistas na idealização do SUS. Disponível de forma online no Canal do YouTube do Centro brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), pelo link: <https://www.youtube.com/watch?v=9gVVuEBjLCg>.

³⁵ O Movimento da Reforma Sanitária, com participação de diferentes atores da sociedade civil, é marcado pela busca da reformulação da política de saúde, com uma forte crítica à abordagem biológica da medicina. Buscava empreender outra forma de encarar a saúde e uma forte oposição ao Regime Militar (Escorel; Nascimento; Edler, 2005). Para aprofundamento no debate, consultar: Fleury, 1997; Gerschman, 2004; Lima et al, 2005; Paim, 2009.³⁶ Referência a frase de Carvalho (2013, p. 10) “[...] O Sistema Único de Saúde nasce num grande acordo entre conservadores e progressistas”.

Com a promulgação da Constituição Federal (CF) de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a saúde transformou-se em direito de todos e dever do Estado (Brasil, 1988), nascendo um novo modelo, que superava a vinculação contributiva e excludente do modelo anterior (Escorel; Nascimento; Edler, 2005).

A saúde passou a ser organizada a partir dos princípios de **universalidade, equidade e integralidade**, com a **gestão construída com diretrizes de descentralização, de regionalização e hierarquização** e com **participação popular** (Brasil, 1990a; Brasil, 1990b). Entre esses princípios e diretrizes, a descentralização e a relação entre os entes federativos é o eixo estruturante de nossa problematização neste capítulo.

Se os debates para a construção desse novo modelo de saúde foram forjados em meio a forças distintas, seu processo de implementação e consolidação não foi diferente (Carvalho, 2013). O Movimento da Reforma Sanitária teve que enfrentar o *lobby* do setor privado, que viu possibilidades para seus interesses nessa arena pública e ainda lidar com os desafios específicos dessa Política, que envolve entre outras coisas, sua gestão, a definição das responsabilidades das esferas de governo, o acesso e qualidade das ações e serviços, as demandas de planejamento, regionalização e as questões referentes ao seu financiamento (Pinafo, Carvalho, Nunes, 2016; Carvalho, 2013)³⁷. Contudo, considerando nosso objeto, centraremos nossas discussões sobre a “[...] excessiva centralização das decisões e dos recursos em nível federal” (Brasil, 1986, p. 7). Este ponto, vem sendo contestado antes mesmo da implantação do SUS, pelo MRS, que defendia a descentralização da gestão de saúde entre os entes da federação (União, Estados e Municípios), de forma que os estados e municípios tivessem seus poderes políticos, administrativos e financeiros reforçados, para que cada um assumisse uma gama de competências (Brasil, 1986). Contudo, essa agenda não foi superada, e ao contrário, munida de novos elementos, permanece atual no debate.

A Constituição Federal e as legislações infraconstitucionais que compõem a organização do SUS trouxeram um avanço para a pauta da descentralização³⁸, fazendo parte da gestão do sistema (Brasil, 1988; Brasil, 1990a; Brasil, 1990b).

³⁷ Obviamente, que os desafios específicos dessa Política de Saúde, não estão descolados das determinações dessas sociabilidade, apenas estamos ressaltando a existência de desafios particulares sobre essa temática, no contexto do capitalismo.

³⁸ Nos referimos às legislações, pois estamos apontando para o campo jurídico da descentralização, mas é necessário destacar a participação dos movimentos sociais na construção dessas legislações, como em todo o processo de Reforma Sanitária. E nesse sentido, não adentraremos nesse debate, mas um ponto relevante é o processo de institucionalização da Reforma Sanitária, que versa sobre o afastamento da RS dos movimentos sociais para o interior dos aparelhos estatais, causando a impressão de que os atores principais nesse processo são os que produzem as normativas, e não os movimentos sociais, trabalhadores (Luzio; Yasuí, 2010) familiares e usuários.

Art. 198. As áreas e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I- **descentralização, com direção única em cada esfera de governo** (Brasil, 1988, p. 63, grifos nossos).

[...] IX - **descentralização político-administrativa**, com direção única em cada esfera de governo: a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; b) **regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde** (Brasil, 1990a, p. 69, grifos nossos).

Entretanto, quando examinamos a materialização dessa diretriz, nos deparamos com questionamentos: sobre qual papel atribuído e executado por cada um dos entes? Quais as competências e participação do ente estadual no financiamento da política de saúde? Tais indagações nos levaram à necessidade de problematização dos limites e possibilidades de materialização deste princípio organizativo do SUS tal como consta na legislação infraconstitucional. Assim, nessa seção, discorreremos sobre a relação e o conflito existente entre os entes federativos em torno da temática da descentralização, em especial na Política de Saúde.

E este debate aqui proposto é atual e necessário em tempos de transição entre o fim do governo Bolsonaro e o terceiro mandato de Lula da Silva. Como nos bem lembra Arouca há 36 anos atrás (1986), “[...] nunca vamos errar o caminho que aponta para a construção de uma sociedade brasileira mais justa”. Vivemos tempos em que a fábrica da loucura e da depressão estão sempre abertas. Ou seja, nosso tema é retratado por um caminho de lutas, avanços e retrocessos constantes. Começemos pelo começo: o que é descentralização? É o que exploraremos a seguir.

3.1. Descentralização político-administrativo: avanços e retrocessos

“Porque a vida, a vida, a vida, a vida só é possível reinventada” (Cecília Meireles).

A descentralização “[...] apresenta-se tanto como uma estratégia de constituição de um **Estado federativo** como também como uma **estratégia de organização do sistema de saúde**” (Matta, 2007, p. 73). Assim, é necessário um esforço na conceituação da descentralização, especialmente por esta ter outros significados e não ser uma prerrogativa exclusiva do SUS.

Por isso, a subseção está organizada em quatro partes. Essa, que é a primeira, e está dividida em mais três subtópicos, retrata a diferença entre as fases do federalismo no país e o processo de descentralização das Políticas Públicas, em específico da Política Social. No segundo momento, retomamos o processo de descentralização na Política de Saúde, remontando seu

modelo de gestão e quais as competências assumidas pelos entes, sobretudo, problematizando o papel atribuído e realizado pelo nível estadual nessa política. No terceiro apresentamos a pandemia do Covid-19 e as características assumidas pela relação federativa nesse momento e, por último, na quarta parte, realizamos uma síntese dos debates apresentados nessa seção e a direção recente do governo Lula.

Entender as características do federalismo do país e da descentralização das Políticas Públicas colabora com o entendimento da descentralização da Política de Saúde ao longo do período pós CF/88 e a relação de cada ente federativo nesse processo. Esse percurso nos fornecerá elementos centrais para localizar e entender os limites e possibilidades postas ao financiamento da RAPS na universalidade da gestão do SUS, que será debatido na próxima seção.

3.1.1 Estado federativo brasileiro e as características da descentralização

"O que a vida quer da gente é coragem" (Guimarães Rosa).

O Federalismo Moderno é compreendido como uma forma de organização territorial e política de um país, tendo como característica a divisão dos níveis de governo e a descentralização do poder político entre estes níveis, de forma que atuem sobre o mesmo território e população (Soares; Machado, 2018). A origem desse modelo de organização tem como berço os Estados Unidos da América (EUA).

[...] em 1787, como uma resposta institucional que buscava conciliar os dois objetivos em conflito: estabelecer um poder central efetivo, a União, com capacidade para tomar e implementar decisões em todo o território nacional em um campo delimitado de competências, predominantemente militar e econômico; e garantir a manutenção de autonomia política às unidades territoriais (estados) em um amplo espectro de competências – todas aquelas não definidas no escopo de atuação limitada da União (Soares; Machado, 2018, p. 18).

Essa forma de organização passou a ser vista como atrativa para outros países que viam no federalismo a possibilidade de resolução de questões, como: um histórico processo de autonomia subnacional; vasta área territorial ou heterogeneidades culturais (Soares; Machado, 2018). E assim, o Federalismo começa a se difundir pelo mundo³⁹. Entretanto, nem todos os países que adotaram o Federalismo, a partir da experiência estadunidense, tinham como o objetivo a centralização do poder. No caso do Brasil, por exemplo, em 1889, o objetivo

³⁹ Um Quadro remontado à difusão do federalismo pelo mundo, com os países e a data, pode ser encontrado em Soares e Machado (2018).

principal era o de manter a União, sendo o resultado de um processo de descentralização do poder (Soares; Machado, 2018)⁴⁰.

Mesmo reconhecendo a existência de diferentes linhas teóricas que pouco dialogam entre si (Souza, 2008), não resgataremos a problemática em torno dessas classificações, pois a intenção aqui é refletir sobre o Pacto Federativo brasileiro, compreendendo o lugar que foi destinado aos estados, a contextualização do cenário da descentralização das políticas sociais no país e ainda evitar confusão entre federalismo e descentralização. Arretche (2002) nos alerta que “[...] a simultaneidade histórica dos processos tem deixado a falsa impressão de que estes são a mesma coisa, quando não o são [...] **federalismo⁴¹ e descentralização não implicam engenharias políticas gêmeas**” (Arretche, 2002, p. 27, grifos nossos). Enquanto o federalismo pode ser entendido como uma das formas de distribuição da autoridade política de um país, a descentralização refere-se a forma de distribuição das [...] “funções administrativas entre os níveis de governo” (Arretche, 2002, p. 29).

Não é incomum defrontarmos com analogias entre Federalismo Brasileiro e um pêndulo, tendo as duas extremidades representadas pelas tendências de centralização e de descentralização, bem como encontrar estudos com a classificação temporal das etapas do Federalismo brasileiro (Brandão, 2014; Soares; Machado, 2018).

Neste trabalho, mesmo com todas as restrições analíticas que tal segmentação possa representar, recorreremos às fases apontadas por Lopreato (2020), dando destaque para o período da ditadura militar e o período posterior à Constituição Federal de 1988 até os dias atuais (Lopreato, 2020)⁴². Nessas duas fases, que juntas somam cerca de 60 anos, já é possível observar, de forma bem marcante, esse movimento de pêndulo, destacado por Brandão (2014).

No período da ditadura militar brasileira⁴³ tivemos a utilização da coerção e violência, com restrições dos direitos políticos e vedação de alternância no poder no governo e o ataque aos direitos humanos (Netto, 2014). E como nos alerta este autor, esse período constituiu “[...] a mais longa e a mais brutal das ditaduras brasileiras: uma ditadura que, nos seus procedimentos

⁴⁰ Na literatura essa diferença é demarcada pois a forma que acontece o federalismo, pode representar “[...] maior dualidade na separação das competências entre níveis de governo e maior grau de descentralização em federações que nasceram de baixo para cima, ou seja, para unir” (Soares; Machado, 2018, p. 22).

⁴¹ O Federalismo brasileiro, após sua implementação, baseado nas experiências dos EUA, foi marcado por distintos momentos, tendo essas características particulares e similaridades entre si (Soares; Machado, 2018).

⁴² O Federalismo no Brasil, implementado inicialmente para atender às demandas da burguesias regionais, em especial a paulista, sofreu muitas modificações até chegar ao modelo federativo atual (Lopreato, 2020). Assim, para aprofundar o debate das diferentes fases do federalismo brasileiro, consultar Lopreato, 2020, onde é possível encontrar as características nucleares de cada uma delas.

⁴³ Entre 01/04/1964 a 15/03/1985.

operativos e nas suas finalidades, serviu à burguesia brasileira e aos seus sócios” (Netto, 2014, p. 73).

Essas características contribuíram para a centralização do poder no país (Soares; Machado, 2018; Lopreato, 2020). A União nesse momento, por ser o ente que determinava as regras e por possuir os demais entes em sua dependência, assumiu um papel privilegiado, fazendo “[...] valer a sua vontade em decisões das esferas subnacionais” (Lopreato, 2020, p. 22). Essa característica fez com que as relações intergovernamentais tivessem submissão ao governo central, que definia normas sobre

[...] o domínio sobre o volume, o ritmo e o direcionamento dos gastos públicos, variável em cada unidade, de acordo com o potencial tributário, o espaço de colocação de dívida pública, a relevância das instituições financeiras e a força das empresas públicas (Lopreato, 2020, p. 22-23).

Ou seja, os estados, debilitados politicamente, ficavam sujeitos a determinações econômicas da União, mas ainda executavam uma certa função de mediação com os municípios, atuando como um elo de articulação entre eles (Lopreato, 2020). Durante todo o período da ditadura militar as relações permaneceram com essas características, um federalismo formal, sem autogoverno estadual e com centralização fiscal e administrativa (Soares; Machado, 2018).

Ressaltaram-se neste período intensas transformações no país. Na economia imperou um modelo econômico - também conhecido como milagre econômico⁴⁴ -, marcado pela serventia ao grande capital e a uma maior exploração dos trabalhadores (Netto, 2014). Também houve crescimento do parque industrial com o significativo desenvolvimento das forças produtivas e um intenso processo de urbanização (Netto, 2014).

Construiu-se um “modelo econômico” com forte investimento do Estado em setores não lucrativos ou de baixa lucratividade inicial, mas imprescindíveis ao crescimento (energia, estradas, siderurgia, telecomunicações) e garantidores de alta lucratividade para o grande capital, assim como a maior abertura possível do país ao capital estrangeiro (com a inevitável desnacionalização da economia). Um tal “modelo” implicava instrumentos de financiamento e de poupança interna eficientes e processos de concentração de renda muito significativos, uma vez que contemplava a criação de um mercado interno dirigido fundamentalmente para os estratos sociais mais altos (a grande burguesia, seus executivos e quadros gerenciais, camadas urbanas altas e segmentos das camadas médias) (Netto, 2014, p. 131).

⁴⁴ Na literatura é comum encontrar o termo milagre econômico em referência ao modelo econômico adotado durante a ditadura militar brasileira. Concordamos com Netto (2014) que essa é uma denominação imprópria, já que o termo “milagre econômico” aponta para algo místico e nesse período, o que aconteceu com a economia do país, é resultado de objetivos bem definidos, tais como a abertura para o capital internacional e a concentração de renda (Netto, 2014).

Ao passo que, no terreno social, tínhamos uma Política Social tecnocrática e conservadora (Behring; Boschetti, 2017). Imerso num contexto de autoritarismo, o Estado valeu-se da estratégia repressão-assistência, ampliando os direitos sociais ao passo que restringia os direitos civis e políticos (Behring; Boschetti, 2017), “[...] com a finalidade de aumentar o poder de regulação sobre a sociedade, suavizar as tensões sociais e conseguir legitimidade para o regime, como também servir de mecanismo de acumulação do capital” (Bravo, 2006, p. 6). Ou seja, o aparelho estatal utilizou-se da política social como um canal de mediação com a sociedade civil, como uma forma de legitimar suas posições políticas, econômicas e sociais, já que a política social se constitui como uma forma de enfrentamento da “questão social”, objetiva, entre outras coisa, diminuir as pressões da classe trabalhadora (Bravo, 2006).

A ditadura, com a falta de controle e representação social, facilitou a penetração dos interesses privados e clientelistas (Fagnani, 1997), de forma que “[...] nos diversos setores, pactos particularistas foram sendo moldados, difundidos e cristalizados nos escalões superiores da administração pública, com ramificações para os níveis subalternos e para a área parlamentar” (Fagnani, 1997, p. 188). E com a política social isso não era diferente, já que além da racionalidade privatizante, a mesma foi atribuída “[...] um papel de troca no mercado político” (Vianna, 1988, p. 145).

Assim, entre as características da Política Social nesse período, convém demarcar sua expansão, mesmo que tenha permanecido a restrição de acesso (Behring; Boschetti, 2017). A parcela da população que não tinha vínculo formal de trabalho era considerada pré-cívica, e continuava sem acesso às políticas sociais, diferentemente dos chamados cidadãos do país, os que possuíam um vínculo formal de trabalho (Santos, 1979). Esse caráter de acesso aos direitos foi denominada como cidadania regulada por Santos (1979).

Outra característica da Política Social na ditadura foi a abertura para o mercado nas áreas sociais, formando um “[...] sistema dual de acesso às políticas sociais: para quem pode e para quem não pode pagar” (Behring; Boschetti, 2017, p. 188).

3.1.2 Abaixo a ditadura, construção de um projeto de Sistema de Saúde e a descentralização nesse percurso!

*“É eu não quero esquecer
Essa legião que se entregou por um novo dia
É eu quero é cantar, essa mão tão calejada
Que nos deu tanta alegria
E vamos à luta”
(Luiz Gonzaga)*

A saúde ia muito mal. A expectativa de vida ao nascer em 1970 era de 57 anos e a taxa de mortalidade infantil (por mil nascidos vivos) era de 97,6 (IBGE, 2017). Esse modelo de saúde, no final dos anos 1970, em um contexto de luta pela redemocratização do país, combate ao autoritarismo do Estado ditatorial, começa a ser alvo de críticas sobre sua ineficiência (Tenório, 2002). A situação caótica enfrentada pela saúde pública e os serviços previdenciários de atenção médica, colaboraram para “[...] reivindicações de soluções imediatas para os problemas criados pelo modelo de saúde existente” (Escorel; Nascimento; Edler, 2005, p. 63). A Política de Saúde vivia a pressão por ampliação dos serviços e de recursos, a pressão advinda dos setores estatal e empresarial médico e, ainda a emergência do Movimento da Reforma Sanitária (Bravo, 2006) e do Movimento da Reforma Psiquiátrica (Pitta, 2011). Lembremos que a prática médica curativa, individualista e a articulação das ações do Estado com os interesses do capital internacional, principalmente os ligados ao complexo da saúde (médico-farmacêutico) marcavam o setor (Bravo, 2006).

Dos “[...] porões da ditadura gestava-se um sistema de saúde que tinha como objetivo colocar a saúde como direito de todos os cidadãos e um dever consequente do Estado” (Carvalho, 2013, p. 8). Entre os sujeitos políticos de destaque desse processo, temos parcelas dos Movimentos Sociais, incluso os ligados à Igreja católica, à Universidade e Partido políticos progressistas, que defendiam um sistema público universal e superação do regime autoritário. Com o lema **Saúde e Democracia**, esse movimento buscava uma transformação do sistema, posicionando-se contra as relações público x privado existentes e as corrupções no campo da saúde (Carvalho, 2013; Escorel, 1999)⁴⁵.

Com uma proposta de reformulação da política de saúde, o Movimento da Reforma Sanitária operava uma forte crítica à abordagem biológica da medicina e buscava empreender outra forma de encarar saúde, mas não se limitava a isso, era guiado também por uma oposição ao Regime. (Escorel; Nascimento; Edler, 2005). Já nos primeiros anos de sua organização, o movimento ocupou espaços institucionais, pois entendia que esses espaços representavam um *locus* de grande potencial para operacionalização de diretrizes defendidas pelo movimento, e logo, para a transformação do sistema de saúde em curso (Escorel; Nascimento; Edler, 2005).

É preciso demarcar que os anos de 1980 é um marco histórico para a política brasileira, considerando que nesse momento borbilhava no país diferentes forças políticas da sociedade, tais como os sindicatos, diversos movimentos sociais e partidos políticos, que juntos lutavam e

⁴⁵ Para aprofundar no debate da origem e articulação do Movimento Sanitário consultar Escorel (1999).

organizavam-se em defesa da democratização (Gerschman, 2004). E nesse entremeio, o Movimento da Reforma Sanitária fica ainda mais forte, passando a inquirir como proposta ao modelo oficial de saúde, características com a democratização do sistema, participação popular, universalização e caráter público dos serviços, **a descentralização das ações** (Escorel; Nascimento; Edler, 2005), além de uma outra forma de financiamento e novos modelos de gestão (Bravo, 2006).

Com o fim do Regime Militar em 1985, novos contornos são construídos e representantes do Movimento da Reforma Sanitária passam cada vez mais a ocupar postos em instituições relevantes para a política de saúde brasileira (Escorel; Nascimento; Edler, 2005). Essa nova realidade abre possibilidade para que em 1986 ocorra a 8ª Conferência Nacional da Saúde, momento em que foram lançados os princípios da Reforma Sanitária, de “[...] reformulação mais profunda, com ampliação do conceito de saúde e sua correspondente ação institucional” (Escorel; Nascimento; Edler, 2005, p. 78).

Assim, é a partir desses contornos, com articulação de setores da sociedade, que se inicia a construção do Sistema Único de Saúde, que já nasceu em um cenário de disputa de forças progressivas e conservadoras (Carvalho, 2013). Destaca-se entre essas forças, a forte presença da “[...] Federação Brasileira de Hospitais (setor privado) e da Associação de Indústrias Farmacêuticas (Multinacionais)” (Bravo, 2006, p. 10), que fizeram oposição às muitas das requisições colocadas pelo Movimento da Reforma Sanitária, devido interesse econômicos (Bravo, 2006).

Ao se construir o texto constitucional sobre a saúde que conhecemos hoje, este é resultado de vários acordos políticos feitos⁴⁶. Mesmo atendendo em certa medida às demandas do Movimento da Reforma Sanitário, existem determinadas aberturas para os setores empresariais e questões que ficaram pouco definidas, como as referentes ao financiamento, abrindo margem para ainda mais disputas (Bravo, 2006).

Por um lado, essas disputas obedeciam a uma organicidade geral, **polarizada entre os interesses públicos e os privados, o trabalho e o capital, a estatização e o liberalismo**, mas em cada área assumiam suas especificidades, evidenciando interesses e atores concretos (Eleutério Neto, 2019, p. 135, grifos nossos).

⁴⁶ O livro de Eleutério Neto (2019) nos relata a dinâmica das decisões e dos acordos firmados diante de projetos em disputa, bem como das contradições e lacunas no texto constituinte (tais como as relações público-privadas em saúde).

O contexto na e pós Constituição Federal de 88 trouxe novas características da relação entre os entes federativos no federalismo brasileiro, bem como o novo reordenamento do Estado, com a política neoliberal.

3.1.3. Federalismo e Descentralização na e pós Constituição de 1988

Modificações significativas no federalismo brasileiro só ocorreram após o restabelecimento da democracia, com a promulgação da Constituição Federal de 1988 e o fortalecimento da organização política do país por meio da descentralização dos poderes (Lopreato, 2020). “A organização político-administrativa da República Federativa do Brasil compreende a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, todos autônomos, nos termos desta Constituição” (Brasil, 1988, s/p).

Esta forma de organização do país resgata o princípio da autonomia das unidades federativas, que passaram a ter funções atribuídas (Oliveira; Chieza, 2018; Lopreato, 2020). Assim, a CF/88 caracteriza-se pela tentativa de balanceamento entre os entes federativos, de modo a limitar as intervenção da União nos demais entes subnacionais, como ocorria no período da ditadura militar (Lopreato, 2020).

Contudo, isso não aconteceu de forma categórica. A mesma Carta Constitucional que dá autonomia para os entes, possui artigos que podem frear essa liberdade, como o Artigo 22º, que diz respeito a concentração de diversas competências privativas para a União, e no Artigo 23º, com as competências comum entre os três entes federativos (Brasil, 1988). Na realidade, isso vai significar que a União continuou com um número muito elevado de atribuições privativas, se comparada com os demais entes subnacionais. Para Arretche (2004) isso mostra que mesmo após a CF/88 a autoridade e competência de legislar sobre as matérias continuam sendo predominantemente da União (Arretche, 2004; Arretche, 2022)⁴⁷.

Ou seja, ao mesmo tempo que a CF/88 tentou desfazer as amarras centralizadoras do sistema político do período ditatorial (1964-1985), indicando uma nova direção para o federalismo, com maior grau de descentralização política e de recursos (Monteiro Neto, 2014a), permanecemos

⁴⁷ Dados também apresentados pela professora Marta Arretche durante o seminário “A federação em Xeque: limites da atuação dos Estados dentro do desenho institucional brasileiro” em 10 de novembro de 2020. Este seminário faz parte de um do Ciclo de Eventos oferecido pelo Comitê Nacional de Secretários de Fazenda, Finanças, Receita ou Tributação dos Estados e do Distrito Federal (Comsefaz), e pode ser acessado através do link: <https://www.youtube.com/watch?v=vobVoomYUjY>.

com uma centralidade de competências no ente União (Arretche, 2004). E esse é um aspecto de grande relevância para entender as características que compõem a fase do Federalismo pós CF/88.

A CF/88 deu destaque para a autonomia dos entes subnacionais, estados e municípios, buscando o balanceamento da federação (Lopreato, 2020), entre outras características que poderiam ser atribuídas a um federalismo cooperativo (Almeida, 2005), por outro, após sua promulgação abriu-se um “[...] período de transição, em que ocorreu o afastamento progressivo do modelo do regime militar, sem definir, de imediato, outra configuração do arranjo federativo” (Lopreato, 2020, p. 26).

Para problematizar esse aspecto, podemos seguir o caminho de autores que defendem que após a CF/88 temos a filiação ao modelo cooperativo de federalismo⁴⁸, tendo como principais características:

[...] manutenção de áreas próprias de decisão autônoma das instâncias subnacionais; descentralização no sentido forte de transferência de autonomia decisória e de recursos para os governos subnacionais e a transferência para outras esferas de governo de responsabilidades pela implementação e gestão de políticas e programas definidos no nível federal (Almeida, 2005, p. 32).

Contudo, este momento não é duradouro e o pêndulo logo “passeia entre as extremidades”, direcionado novamente para uma “[...] reconcentração de poderes políticos, institucionais e financeiros no âmbito do governo da União” (Monteiro Neto, 2014b, p. 29). Em outras palavras, partindo da compreensão de Lopreato (2020) e Monteiro Neto (2014b), o modelo federalista brasileiro definido na CF/88 ganhou contornos diferentes do que está posto na Carta Magna, assumindo na realidade uma **recentralização do federalismo**, com a prevalência do governo federal na condução das diferentes políticas públicas. Para entender isso, cabe uma contextualização dessa fase.

3.1.3.1. Descentralização pós Constituição de 1988

O início dos anos de 1990 foi marcado por acontecimentos que influenciaram o modelo de federalismo adotado no Brasil (Monteiro Neto, 2014b). Entre estes, destacamos a chegada do

⁴⁸No federalismo cooperativo ocorrem ações conjuntas entre as diferentes unidades subnacionais, e essas passam a ter autonomia para a tomada de decisões e a capacidade de autofinanciamento. Esse tipo, se diferencia do Federalismo centralizado, onde a União, mesmo com a existência dos entes subnacionais, mantém um predomínio das decisões e financeiro, transformando os estados e municípios quase que em agentes administrativos da União (Almeida, 2005).

neoliberalismo⁴⁹, marcado pela crença de que a resposta à crise do capital⁵⁰ estava na reformulação do Estado, que deveria deixar de direcionar seus esforços para o social e se voltar para o mercado (Dardot; Laval, 2010).

Vale ressaltar que os países da América Latina foram direcionados a concretizarem as premissas neoliberais através do Consenso de Washington⁵¹, que tinha como objetivos básicos: a redução do Estado e a corrosão do conceito de Nação nos países da América Latina; a abertura desses países à importação de bens e serviços e à entrada de capitais de risco (Batista, 1994). Os defensores do neoliberalismos nesse momento disseminava a tese de que se buscava uma modernização dos países da América Latina (Batista, 1994)⁵².

No Brasil, a adesão ao neoliberalismo significou um processo de intensas modificações no Estado brasileiro e de crescente subordinação do país aos fluxos internacionais de capitais (Filgueiras, 2006). Assim como nos demais países latino-americanos, os resultados foram

[...] estabilidade relativa dos preços e baixíssimo crescimento econômico, acompanhados pelo aumento das dívidas externa e interna; a desnacionalização do aparato produtivo, com transferência de renda do setor público para a setor privado e da órbita produtiva para a órbita financeira; a elevação das taxas de desemprego e a redução dos rendimentos do trabalho. Em suma, aprofundamento dramático da dependência e da vulnerabilidade externa do país, a ampliação da fragilidade financeira do setor público, a precarização do mercado de trabalho e a manutenção ou deterioração das condições sociais – pobreza, criminalidade, violência e desigualdade de renda e de riqueza (Filgueiras, 2003, p. 1).

A influência desse cenário para o federalismo, se relaciona ao fato de que, para a realização do plano de estabilização macroeconômica (resultado das demandas neoliberais), o governocentral realizou a **recentralização de recursos em sua esfera**, conduzindo as políticas fiscal e monetária de forma a possibilitar a estabilidade macroeconômica (Monteiro Neto, 2014b). Liziero e Carvalho (2018) chamaram isso de **agenda centralizadora**. Destaca-se entre as medidas adotadas “[...] a desvinculação de recursos da União (DRU) em 1994, a expansão das

⁴⁹ Caracterizamos como neoliberalismo a reação teórica e política nos início dos anos 1970, que tem como característica central o retorno da compreensão que o Estado deve sobrepor os interesses do mercado ao interesse sociais (Anderson, 1995; Dardot; Laval, 2010).

⁵⁰ Estamos nos referindo a crise dos anos 70, caracterizada como a crise de acumulação capitalista (Mota, 2009).

⁵¹ Consenso de Washington é um conjunto de medidas, formuladas a partir do encontro realizado em Washington/EUA, em 1989, para a materialização das premissas neoliberais nos países da América Latina (Batista, 1994). Abrangem áreas como: Disciplina fiscal; Priorização dos gastos públicos; Reforma tributária; Liberalização financeira; Regime cambial; Liberalização comercial; Investimento direto estrangeiro; Privatização; Desregulação; e Propriedade intelectual (Batista, 1994).

⁵² Contudo, a verdade é que a implementação das medidas do Consenso de Washington revelaram que o neoliberalismo na América Latina causou uma miséria crescente, altas taxas de desemprego e tensão social (Batista, 1994, p. 11). Uma leitura aprofundada sobre o tema pode ser encontrada em Batista, 1994.

contribuições federais no conjunto da carga tributária e a renegociação das dívidas públicas estaduais entre 1997 e 2000 [...] limitadoras da atuação e do poder dos demais entes subnacionais” (Monteiro Neto, 2014, p. 13c).

Estas medidas impuseram ao ente estadual um estreitamento de suas capacidades em seu território, em especial por meio da imposição pelo governo federal da limitação de suas atividades, dentre estas a venda de bancos estaduais e empresas estatais⁵³, a contenção de gastos públicos em custeio e investimentos e a aprovação da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), que trouxe disciplina fiscal para os governos estaduais (Ismael, 2014). Os estados “[...] viram sua situação financeira se agravar com as medidas adotadas pelo governo federal para sustentar o programa de estabilização e com os efeitos gerados com a política monetária altamente restritiva adotada [...]” (Oliveira, 2007, p. 51).

Tendo o sistema empresarial público reduzido, por conta das privatizações e das escolhas político-institucional voltadas ao neoliberalismo, durante a década de 1990, o país chega aos anos 2000 influenciado por essas características. E é nesse cenário, principalmente a partir do ano de 2003 – primeira gestão do governo de Luiz Inácio Lula da Silva – que uma nova agenda foi desenvolvida (Monteiro Neto, 2014a).

Sobre as Políticas sociais no governo Lula, aspecto importante de ser problematizado nesta nova agenda, é preciso ressaltar alguns pontos. Partindo da compreensão de Fagnani (2011), podemos dividir a política social do governo Lula em duas fases, considerando que o mesmo teve dois mandatos seguidos na presidência, sendo: *Mudança ou Continuidade* (2003-2005) e *Ensaio Desenvolvimentista* (2006-2010).

O autor defendeu que esse primeiro momento, *Mudanças ou Continuidade*, foi marcado por tensões que se arrastaram desde a década de 1990, já que Lula manteve a mesma ortodoxia econômica do governo anterior, como a restrição ao gasto público, seguindo as determinações dos organismos internacionais (Fagnani, 2011). Contudo, no seio do governo dividiam espaço forças defensoras do Estado Mínimo e setores que defendiam a atuação efetiva do Estado no campo social, incluso com a defesa de direitos universais (Fagnani, 2011).

⁵³ No Espírito Santo podemos citar como exemplo de privatização: a Espírito Santo Centrais Elétricas S.A. (Escelsa), que foi a primeira empresa do setor de serviços privatizada por Fernando Henrique Cardoso, em 1995 (Rodrigues, 2017). A transferência para a iniciativa privada da Cia. Docas do Espírito Santo-CODESA (Cais de Paul e do Cais de Capuaba), em 1998 (BNDES, s/d).

No que tange às políticas sociais do primeiro mandato, é possível afirmar que a alocação dos recursos fez com que esse setor assumisse um caráter regressivo e restritivo, de forma que apenas foram desenvolvidos mecanismo compensatórios “[...] que focalizam as políticas sociais nas camadas mais pobres da população, e que não alteram profundamente a estrutura das desigualdades sociais” (Boschetti, 2007, p. 14).

Esse mecanismo de compensação se configurou como uma importante ferramenta, como foram o Bolsa Família e o Benefício de Prestação Continuada, cujo impacto para a população que o acessava e para a economia local foram significativos⁵⁴, mas que sozinhos não conseguiram reduzir as desigualdades sociais e a concentração de riqueza (Boschetti, 2007). E que também, sob uma análise crítica, podem ser compreendidos como uma forma de compensar o que é agravado pela continuação da política macroeconômica ortodoxa e ausência de reformas de base (Iamamoto, 2007)

Também vale destacar que as Políticas Sociais não deixaram de ser alvos da privatização, passando a “[...] ser delegada a organismos privados da sociedade civil – o chamado ‘terceiro setor’”. Ao mesmo tempo, expandem-se a compra e venda de bens e serviços, alvo de investimentos empresariais que avançam no campo das políticas públicas” (Iamamoto, 2007, p. 73).

Já no segundo mandato de Lula, 2006-2010, que Fagnani (2011) chama de *Ensaio Desenvolvimentistas*, o contexto mundial, o campo político e ideológico era atingido pelo “[...] colapso financeiro internacional (2008) [que] interrompeu um longo ciclo de hegemonia do neoliberalismo em escala global” (Fagnani, 2011, p. 61), onde instituições como o FMI chegaram a reconhecer o fracasso das políticas nos moldes do Consenso de Washington (Fagnani, 2011).

Mas de fato as coisas não se modificaram. Se temos nesse período, segundo o autor (2011), uma tentativa de “[...] construir uma nova estratégia de proteção social baseada no desenvolvimento econômico com estabilidade, distribuição da renda e convergência entre as ações universais e focalizadas” (Fagnani, 2011, p. 76), na realidade as tensões continuaram e várias reformas foram implementadas (tais como a reforma da Previdência e Tributária), bem como a Política Social continuou sendo compensatória e focalizada (Fagnani, 2011).

⁵⁴ Ver Marques et al (2009).

Em relação específica ao financiamento da Política de Saúde, o cenário de incertezas desde a implementação do SUS, continuou nos dois mandatos do governo. Em seu primeiro governo, apesar da agenda do SUS ser reproduzida no Programa de Governo 2002, as ações para realizar o superávit primário superior, como acordado com o Fundo Monetário Internacional (FMI), levaram a redução de recursos para o orçamento da saúde (Marques; Mendes, 2006).

No segundo mandato, por mais que medidas tenham sido efetivadas para consolidação do SUS, como por exemplo, o Pacto pela Saúde (veremos a importância que esse instrumento teve no âmbito do SUS, no decorrer do trabalho), às problemáticas do financiamento da saúde ainda se fizeram presentes (Fagnani, 2011)⁵⁵.

Por fim, sobre a recentralização do federalismo nesse período, de forma geral, as modificações não são distintas da década anterior (Monteiro Neto, 2014a). Os governos estaduais permaneceram com pouca capacidade em conduzir o desenvolvimento em seus territórios (tal como na década anterior). Sem suas empresas estatais e bancos, os estados passaram a ter ainda mais dificuldades em liderar estratégias, continuando dependentes dos recursos da União (Ismael, 2014). Ou, em outras palavras, “[...] A norma da federação brasileira tem sido a legislação federal definir extensamente a agenda de gasto dos governos subnacionais” (Arretche, 2005, p. 83). Tal fato abre ainda mais espaço para à atração de investimentos privados, vistos como uma saída pelos entes estaduais (Ismael, 2014).

Assim, as alterações realizadas para atender às demandas do recém chegado neoliberalismo e a forma que aconteceu o enfrentamento dos problemas sociais pós CF/88 corroboraram com a formação dos traços do novo federalismo – recém saindo do federalismo formal do período da ditadura, caracterizado pela centralização fiscal e administrativa (Soares; Machado, 2018).

3.1.4 O pêndulo que oscila, a recentralização e o municipalismo

Vale ressaltar que a partir dos anos 2000, temos então, o federalismo brasileiro assumindo como central dois novos elementos – descentralização dos gastos com as políticas públicas (em especial a política social) e a ligação direta da União com os Municípios (Lopreato, 2020). Mas isso aconteceu de forma que o centro de definição de programas e das normas de gestão continuasse sendo a União e os entes subnacionais, recebendo os recursos, ficavam condicionados a direcionar parcelas dos seus recursos próprios como contrapartida aos recursos

⁵⁵ Uma abordagem sobre o financiamento da Política de Saúde será feita na próxima seção.

da União (Lopreato, 2020). Partindo disso, três características podem ser destacadas para qualificar a compreensão desse novo arranjo:

- [...] i) a descentralização das políticas públicas;
- ii) o aumento da concentração de poder na esfera federal e o controle sobre as estruturas dos programas de gastos e do modo dos entes subnacionais executarem as próprias políticas e
- iii) a perda de relevância do papel dos estados na federação brasileira e o avanço dos municípios (Lopreato, 2020, p. 24, grifos nossos).

Tais características são cruciais para a compreensão da complexidade do modelo de federalismo brasileiro, nos últimos anos. Dessa forma, passaremos a expor sobre cada uma destas características a seguir.

- DESCENTRALIZAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS

A descentralização está relacionada com a forma de distribuição da autoridade política, como mostrado no fragmento anterior, deve ser interpretada como uma redistribuição de poder em conjunto com a redistribuição da autonomia para a tomada de decisões, pois se não ocorrer o deslocamento do poder decisório, e somente das competências, o que temos é a desconcentração (Tobar, 1991).

Importa fazer essa diferenciação, pois de acordo com Lobo (1989), assim como no debate do Federalismo, é comum encontramos incompreensões e confusões na forma de entendimento da descentralização, além de ser atribuído a mesma uma capacidade resolutiva de problemas maior que seu alcance, que em alguma medida pode estar ligada às compreensões errôneas. Não incorremos neste erro e seguiremos a definição da autora (1989) de que a **descentralização deve ser entendida como um tipo de instrumento de ação governamental, como outros que existem, de forma que sua relevância torna-se significativa se acompanhada de outras reformas, como a administrativa, a fiscal, a financeira e a econômica**. Por isso, a descentralização não deve ser entendida como fim, mas como meio para se alcançar os objetivos definidos por cada um dos seus tipos (Tobar, 1991).

Da mesma forma, encontramos também na literatura algumas diferentes formas de classificar a descentralização, que podem estar divididas em diversos formatos, tais como territorial, político, econômico, tributário, funcional (Souza, 2008). Agora, quando se trata de **descentralização entre os níveis de governo**, existe uma tendência entre os estudiosos do campo em considerar três variáveis como as mais importantes (Quadro 7).

QUADRO 7 - VARIÁVEIS DA DESCENTRALIZAÇÃO

TIPO	CARACTERÍSTICA
DESCENTRALIZAÇÃO POLÍTICA	Referente a transferência de autoridade da União para os demais atores subnacionais é materializada quando os ocupantes de cargos no Executivo e Legislativo são eleitos diretamente por votação popular (Souza, 2008).
DESCENTRALIZAÇÃO FISCAL	Referente ao aumento de recursos para cada um dos entes federativos e da capacidade de decidir sobre sua aplicação (Souza, 2008).
DESCENTRALIZAÇÃO ADMINISTRATIVA	Referente ao deslocamento de responsabilidades da União para os demais entes federativos, de forma que todos eles sejam responsáveis pela elaboração e implementação de políticas, independente de financiamentos por outras esferas (SOUZA, 2008) ⁵⁶ .

Fonte: Souza, 2008. Sistematização própria, 2023.

Sobre a **descentralização administrativa**, a Constituição não trouxe um avanço significativo para essa variável, visto que, apesar dos recursos serem redistribuídos para os governos subnacionais, as responsabilidades foram amplamente mantidas como competências concorrentes entre os níveis de governo, não normatizando com efeito regras sobre como essas competências seriam compartilhadas (Falleti, 2006). Ocorre também variações no papel desempenhado por cada ente nas principais políticas sociais (Soares; Machado, 2018).

E na **descentralização fiscal** a situação não foi diferente. Alguns entes federativos não desfrutam de autonomia por não possuírem recursos suficientes, e as competências sem garantia de recursos não pode ser executada, o que acaba tornando estados e municípios dependentes de recursos repassados pela União (Soares; Machado, 2018).

Assim, importa evidenciar que a **descentralização das políticas públicas** no Federalismo pós CF/88, as instituições políticas federativas já estavam instaladas, **mas as políticas públicas ainda estavam centralizadas no governo federal, em especial a política social, que era gerida pela União** (Arretche, 2002).

O que acontece é que continuamos com a União exercendo papel central, afetando diretamente a sua relação com os entes subnacionais e a perpetuação de seu domínio na definição de diferentes programas, aos quais os gastos dos demais entes está condicionado. Assim, estados e municípios continuam dependendo de uma forte articulação com a esfera da União para a

⁵⁶ Para o nosso objeto de estudo, utilizaremos a descentralização fiscal e administrativa por entender que ambas conformam nosso objeto de pesquisa. Por isso, nos atentamos ao longo do trabalho em abordar sobretudo aspectos sobre essas duas variáveis.

execução de programas (Lopreato, 2020). E isso está diretamente ligado com a segunda característica desse momento.

- O AUMENTO DA CONCENTRAÇÃO DE PODER NA ESFERA FEDERAL E O CONTROLE SOBRE AS ESTRUTURAS DOS PROGRAMAS DE GASTOS E DO MODO DOS ENTES SUBNACIONAIS EXECUTAREM AS PRÓPRIAS POLÍTICAS

Nessa linha de problematização sobre o papel assumido ou mantido pela União pós CF/88, Arretche (1996) aponta que a União acabou assumindo um papel paradoxal, por considerar que mesmo em um processo de êxito da descentralização dos poderes, a União ainda terá suas funções institucionais e administrativa fortalecidas, já que ela permaneceu como um ente de regulação (Arretche, 1996). De tal forma que,

[...] nas condições brasileiras, não é suficiente que a união se retire de cena para que, por efeito das novas prerrogativas fiscais e políticas de estados e municípios, estes passem a assumir de modo mais ou menos espontâneo competências de gestão. Na mesma direção, a descentralização das políticas sociais não é simplesmente um subproduto da descentralização fiscal, nem das disposições constitucionais derivadas da Carta de 1988. **Ao contrário, ela ocorre nas políticas e nos estados em que a ação política operou de modo eficiente** (Arretche, 1999, p. 112, grifos nossos).

Ou seja, envolve ação política, como nos lembra Arretche (1999). A autora ainda nos adverte que a criação de estratégias indutivas para a descentralização da gestão tem sido algo decisivo no processo de **transferências das atribuições** (Arretche, 1999, grifos nossos). Ou seja, é possível observar variações significativas na descentralização, considerando a administração dos entes federativos e entre diferentes políticas, já que a propensão de governos subnacionais assumirem uma determinada política está ligada aos benefícios ou custos implicados nesse processo (Arretche, 1999).

A rigor, a questão é que a União continuava com seus poderes fortalecidos e isso implicava diretamente na distribuição de autoridade. Em um estudo feito por Machado e Palotti (2015), analisando a prevalência da centralização nas principais políticas sociais do país pós 1988, estes defenderam a existência de uma mistura de características de um federalismo cooperativo com o federalismo centralizado, de forma que:

[...] o regime de compartilhamento de responsabilidades incorpora elementos do **federalismo cooperativo** – como arenas de pactuação ou parcerias para cooperação –, mas estrutura um amplo espectro de restrições constitucionais e legais que amarram a autonomia dos governos subnacionais, bem como recursos institucionais que permitem à União o fortalecimento do seu papel indutor e regulador dos padrões de implementação das referidas políticas, levando os governos subnacionais a assumirem

um comportamento próximo ao de agentes administrativos, como ocorre no modelo de **federalismo centralizado** (Machado; Palotti, 2015, p. 78, grifos da autora).

Ou seja, pela forma como vem sendo estruturado o federalismo brasileiro, mesmo que a CF/88 previsse autonomia para os entes subnacionais, voltamos a ter como característica a concentração de poder na União e em decorrência, a interferência da mesma nos controle dos gastos e forma de execução das políticas.

- A PERDA DE RELEVÂNCIA DO PAPEL DOS ESTADOS NA FEDERAÇÃO BRASILEIRA E O AVANÇO DOS MUNICÍPIOS

Esse ponto diz respeito ao apagamento do ente estado no federalismo pós CF/88. Almeida (2005) nos lembrou que os municípios foram tidos como o *locus* de responsabilidade para o fornecimento dos serviços e por isso “[...] a descentralização significou quase sempre municipalização” (Almeida, 2005, p. 36). Em contrapartida, deixou uma opacidade sobre as atribuições dos estados, que foi o ente sistematicamente negligenciado, tendo sua capacidade de criar e conduzir as políticas em seus territórios retraída, em meio a esse movimento histórico de pêndulo do Federalismo (Monteiro Neto, 2014b).

Se a União continuava no comando e o município visto como o *locus* ideal para a execução das políticas, os estados ficaram com baixa autonomia para a elaboração de políticas públicas (Monteiro Neto, 2014b). “[...] aprisionados pela falta de recursos e coadjuvantes na execução de políticas públicas centralmente elaboradas, os governos estaduais têm se tornado mais reativos às proposições oriundas do governo central” (Monteiro Neto, 2014b, p. 322).

Na prática, vivenciamos as características de um país que aderiu a um modelo de federalismo que concentra as competências e a autoridade na União, ao passo que delega a execução das políticas aos governo subnacionais, em especial aos municípios (Arretche, 2020). E nesse entremeio, os estados acabaram transformando-se em ente inviabilizados (Arretche, 2020)⁵⁷. Por isso, a descentralização feita não aumentou o poder dos entes subnacionais; pelo contrário “[...] os diferentes tipos de políticas descentralizadoras revelam que o aumento ou não do poder

⁵⁷ Reflexão feita pela professora Marta Arretche no seminário “A federação em Xeque: limites da atuação dos Estados dentro do desenho institucional brasileiro” em 10 de novembro de 2020. Este seminário faz parte de um do Ciclo de Eventos oferecido pelo Comitê Nacional de Secretários de Fazenda, Finanças, Receita ou Tributação dos Estados e do Distrito Federal (Comsefaz), e pode ser acessado através do link: <https://www.youtube.com/watch?v=vobVoomYUjY>.

do governadores e prefeitos depende, em grande parte, do tipo e do desenho de cada política descentralizadora (Falleti, 2006).

Observando essas três características do novo arranjo do federalismo brasileiro pós 88, que fazem parte da fase descentralizadora do federalismo, e ainda considerando as diferenças apresentadas sobre o contexto do país entre as décadas de 1990 e a de 2000 – já que ambas fazem parte dessa última fase do federalismo - importa reforçar um elemento, o processo de recentralização do federalismo que vem acontecendo desde a Constituição Federal de 1988.

Temos na literatura política, que analisa o federalismo brasileiro, um movimento que reivindica a utilização do termo recentralização do federalismo⁵⁸, após a Constituição 88, que significa, uma recentralização da descentralização proposta (Machado; Pelotti, 2015).

[...] a Constituição de 1988 fez com que o pêndulo histórico do federalismo brasileiro inclinasse em favor dos estados e municípios. **Entretanto, já na primeira metade dos anos 1990, várias circunstâncias e medidas concorreram para que um novo processo de recentralização se verificasse** (Amaral Filho, 2008, p. 19, grifos nossos).

Esse processo de recentralização “[...] de recursos ou de seu comando pela União [...] foi pavimentado **visando, inicialmente, à estabilização macroeconômica e depois à ampliação da política social**” (Monteiro Neto, 2014a, p. 39, grifos nossos). Adensando essa compreensão, um outro aspecto da recentralização apontado por Brandão (2014) refere-se à autonomia para as tomadas de decisões, sendo que desde o Plano Real, várias foram as Emendas Constitucionais promulgadas que limitam a autonomia dos estados⁵⁹. O autor, que também defende que vem ocorrendo um processo de recentralização de recursos e de poder desde os anos 1990, complementa, destacando que, a partir da segunda década do século XXI diminuiu ainda mais a articulação federativa no que tange ao compartilhamento do protagonismo nas políticas públicas⁶⁰ (Brandão, 2014). De forma que “[...] os governos reclamam que, mais recentemente, há um deficit de autoridade e autonomia para tomarem decisões, elaborarem e implementarem políticas públicas especificamente estaduais” (Brandão, 2014, p 225).

⁵⁸ Vale destacar que não é consenso na literatura, Almeida (2005) por exemplo, reconhece a escolhas políticas e fiscais que aconteceram no país, pós 88, e como em alguns casos essas circunscreveram a autonomia dos entes subnacionais. Contudo, a autora defende que essas não são suficientes para indicar um processo de recentralização. Isso porque, para ela existem impulsos centralizadores e descentralizadores que sempre estarão nas relações intergovernamentais na federação brasileira (Almeida, 2005).

⁵⁹ No período de 1994 a 2011, foram promulgadas 70 emendas constitucionais. Destas, 28 são atinentes à ordem federativa (Arretche, 2013).

⁶⁰ Indicamos a leitura de Machado e Palotti (2015) que tratam sobre o fato de que o compartilhamento de responsabilidades entre os diferentes entes governamentais em um determinada área, a partir da constituição federativa, não significa a existência de um padrão dominante de cooperação intergovernamental.

Assim, os estados ficam com a responsabilidade de execução de políticas públicas, mas tem pouca capacidade de tomar decisões sobre as mesmas, fazendo com que o ente intermediário tenha pouco poder para decidir “[...] quanto, onde e como extrair e alocar recursos” (Brandão, 2014, p. 226). Assim, a mistura de federalismo cooperativo e centralização no contexto do federalismo pós 88, é o que estamos defendendo como **processo de recentralização do federalismo**. A partir de medidas que limitam a autonomia dos entes subnacionais, a União volta a arbitrar sobre os recursos fiscais e sobre o desenho das políticas públicas no demais entes, mesmo que na CF tenha estabelecido, a priori, a autonomia dos entes subnacionais e que agora, diferente do período do federalismo centralizado, os entes não sejam mais debilitado politicamente (Monteiro Neto, 2014b; Brasil, 1988).

Remontamos aqui as extremidades do pêndulo do Federalismo brasileiro nos últimos anos – de sua centralização no momento da ditadura, a uma tentativa de descentralização, à partir da CF/88, com um plano que na prática, transformou-se em uma recentralização, ou em outras palavras “descentralização formal e a recentralização real”⁶¹.

O que temos no país são diferentes níveis de descentralização, para diferentes políticas e com a autonomia legalmente concedida aos entes subnacionais sendo regulada, por meio da recentralização de recursos e decisões no âmbito da União, com um destaque ao ente estado, que nas duas fases apresentadas, mesmo com extremas diferença no contexto, é o ente que permanece com problemas de autonomia.

Em complemento a isso, fazemos coro ao apontado por Stein (1997), sobre a defesa de que a descentralização deve ser feita de forma a garantir que “[...] papel do Estado não seja minimizado em seu dever de garantir direitos dos cidadãos (Stein, 1997, p. 93) e não como uma estratégia neoliberal de diminuição da ação, das funções ou dos gastos estatais na área social (Stein, 1997).

Considerando esse aspecto apresentado, passamos agora ao debate da descentralização da gestão da Política de Saúde, em especial no âmbito Administrativo e Fiscal, bem como o papel que o estado vem assumindo na gestão das ações e serviços de saúde.

3.2 - Centralização, descentralização e recentralização da gestão da política de saúde

⁶¹ Referência ao um subtítulo do trabalho “Federalismo e recentralização fiscal-financeira no Brasil” (Amaral Filho, 2008).

Com a Constituição Federal de 88, o Sistema de Proteção Social Brasileiro foi sofrendo profundas modificações, em especial com a implementação dos programas de descentralização, que atribuíram uma série de demandas no campo da gestão para estados e municípios⁶² (Arretche, 1999).

No caso da descentralização da Política de Saúde, é necessário localizar a descentralização em meio a outras diretrizes e princípios que compõem o SUS, já que nessa Política, além da influência da descentralização posta pelo federalismo à Política Social, como mostramos nos tópicos anteriores, a descentralização também ganha status de uma diretriz do modelo de saúde nascente. Assim, desde a CF/88, em seu Art. 196, a saúde passa a ser entendida como “[...] direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 1988, s/p), devendo ser as ações e serviços organizada por uma rede regionalizada e hierarquizada, que articule todos os entes federativos em sua condução – União, estados e municípios, formando um sistema “[...] “com direção única em cada esfera de governo” (Brasil, 1988, s/p).

Para reforçar a CF/88, temos as Lei Orgânica da Saúde e a Lei nº 8142 de 1990, onde encontramos “[...] sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes” (Brasil, 1990a, s/p), ou seja, que versa sobre a organização e a regulamentação do SUS em todo o território nacional, além de dispor “[...] sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde” (Brasil, 1990b, s/p).

Nesse legislações supracitadas encontramos as descrições sobre a competência de cada ente federativos na saúde⁶³, juntamente com os princípios e diretrizes que são divididos em dois grupos, os doutrinários e os organizacionais (Barata; Tanaka; Mendes, 2004)⁶⁴ (Quadro 8).

⁶² A Previdência Social não está inclusa nesse processo de descentralização (Arretche, 1999).

⁶³ No artigo 15 da Lei Orgânica da Saúde, encontramos as atribuições comuns aos três níveis de governo, no âmbito administrativo. E de uma forma mais geral, encontramos as competências de gestão de cada ente (BRASIL, 1990a).

⁶⁴ Cabe demarcar que existe na literatura um debate semântico sobre os termos princípios e diretrizes no âmbito do SUS, inclusive com autores que colocam a descentralização como um princípio. Para saber mais sobre as especificidades desse debate consultar Motta (2007).

QUADRO 8 - PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO SUS

DOCTRINÁRIOS OU ÉTICOS	ORGANIZACIONAIS OU OPERATIVOS
Direito Universal à Saúde: abrangem a oferta dos serviços e ações no campo da saúde, mas se estende a demais políticas que contribuam para a redução do risco de doenças e outros agravos, como determina a constituição e prevê a Lei 8.080/90	Descentralização: objetiva que as ações e serviços do SUS tenham sua gestão compartilhada com as três esferas do governo, mas possuindo uma direção única.
Equidade: Diferente da igualdade, este princípio prevê a existência de diferenças entre os indivíduos, logo reconhece as diferenças nas necessidades de saúde. Por isso, prever ações buscando atender as pessoas que possuem piores condições de saúde.	Regionalização e a hierarquização: Diz respeito a existência de uma rede de serviços que sejam organizados visando integração entre os equipamentos e um fluxo na prestação de serviço
Atendimento integral à saúde: Prever ações e serviços de saúde articulados, sejam no âmbito coletivo/individual, preventivo/curativo, para que juntos possam melhorar os níveis de saúde da população	Participação da população: Incluiu a participação dos cidadãos tanto na formulação como no acompanhamento das ações e serviços do SUS, abrindo a possibilidade que o povo discuta sobre as políticas que serão executadas, de acordo com as demandas da população

Fonte: Barata; Tanaka; Mendes, 2004. Elaboração própria, 2022.

Esse conjunto de princípios e diretrizes fizeram frente à necessidade de estabelecer norteadores para o desenvolvimento da Política de Saúde, buscando superar resquícios do modelo anterior, fragmentando e com elevado grau de disparidades regionais (Barata; Tanaka; Mendes, 2004). Desse modo, eles são a base para o funcionamento e organização dos SUS, e para forjar esse novo modelo de saúde, que busca um formato democrático, humanista e federalista (Motta, 2007).

Para isso é necessário que todas essas diretrizes e princípios sejam fortalecidos e que variáveis externas, tais como aporte financeiro e a capacidade de gestão dos diferentes graus de governo, também funcionem (Leveoritz; Lima; Machado, 2001).

Partindo disso, fica claro que os princípios e as diretrizes dos dois grupos se completam e que cada qual têm fundamental importância em seus desígnios. Contudo, ocuparemos nosso debate na diretriz da descentralização, que é uma das mais enfatizadas no processo de construção do SUS (Barata; Tanaka; Mendes, 2004). A descentralização está diretamente ligada a construção de uma nova organização do sistema de saúde, a partir da formação tríplice do país – União, Estados e Municípios -, buscando legitimar a autonomia de cada um dos entes para a gestão de ações e serviços em seus respectivos territórios, formando o que ficou conhecido como o Federalismo Sanitário Brasileiro (Dourado; Elias, 2011).

Se cada política, no federalismo brasileiro, tem seu desenho de descentralização de forma diferente (como vimos no item 3.1), evidencia-se que a saúde é tida como o campo que tem o desenho mais efetivado (Elias, 1996). Justamente nesse sentido, o atual modelo de saúde (que surge em oposição à tradição de centralização da gestão da assistência à saúde, característica preponderante desse campo no Brasil e de outras políticas públicas, como mostrado no primeiro tópico), tem como uma particularidade a precoce requisição do movimento social desse campo, para a descentralização da gestão da saúde, pois a defesa passava pela compreensão que o melhor ente para a gestão da saúde eram os municípios, baseado na crença de que, por ser mais próximo da população, conseguirá gerenciar melhor que os estados e a União (Brasil, 1986, Barata; Tanaka; Mendes, 2004).

Simultaneamente ao período que o federalismo brasileiro implementou seus traços pós CF/88, na década de 1990, esse também foi o momento para passagem do sistema de saúde caracterizado pela centralização política, administrativa e financeira, para concretização de uma gestão feita por gestores de diferentes níveis (Leveoritz; Lima; Machado, 2001).

Para essas modificações, diversos foram os instrumentos jurídicos efetivados (Motta, 2007). Inicialmente, através das Normas Operacionais Básicas (NOBs)⁶⁵, a descentralização ganha sentido ao habilitar os municípios brasileiros a assumirem a gestão das ações e serviços em saúde dentro de seus territórios (Dourado, 2011; Elias, 1996; Arretche, 1997). Mas também possibilitaram a criação dos Conselhos de Saúde, em cada uma das esferas de governo, os Colegiados Intergovernamentais – Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e as Comissões Intergestores Bipartite (CIBs), que são importante espaços de debates e decisões entre os entes federativos. Não menos relevante, também trouxe modificações no que tange ao financiamento dessa política (Dourado; Elias, 2011), dando a largada na definição de critérios para que os entes subnacionais se habilitem para receber repasses de recursos do Fundo Nacional de Saúde (Brasil, 2003).

Ao mesmo tempo, é preciso destacar que a municipalização do SUS, proporcionada pelas NOBs, a partir das relações diretas que foi estabelecida entre União e os Municípios, causou uma fragilidade na relação dos Estados com os Municípios, levando a falta de direcionamento e dificuldade de estabelecer as competências e o comandos dos serviços (Dourado; Elias, 2011). Além disso, soma o fato de que “[...] a estrutura municipalizada não era capaz de oferecer as condições para a plena realização dos objetivos do sistema nacional de saúde no ambiente de

⁶⁵ Para o aprofundamento sobre o conteúdo específico de cada uma das NOBs no campo da saúde, consultar: Leveoritz; Lima; Machado, 2001 e Barata; Tanaka; Mendes, 2004

extrema heterogeneidade que caracteriza a Federação Brasileira” (Dourado; Elias, 2011, p. 207).

Essas características colaboraram na identificação dos problemas na forma como estava ocorrendo a descentralização, levando a promulgação da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS), que a partir da regionalização, buscava um outro caminho que pudesse contribuir com esse processo (Dourado; Elias, 2011). A NOAS reconheceu a necessidade de aprofundar a descentralização, dando ênfase na regionalização e na organização do sistema de forma funcional nos três níveis de atenção e não apenas nos territórios municipais (Brasil, 2001). Nela, o estado ganha destaque como o ente que deve ordenar o processo de regionalização através do Plano Diretor de Regionalização (PDR)⁶⁶, que deveria ser construído objetivando garantir o acesso de todos os cidadãos aos serviços de saúde, independentemente do nível, em redes hierarquizadas de serviços e equipamentos de saúde (Dourado; Elias, 2011).

Só que, em decorrência da relação que os outros entes já vinham tendo com o estado, a cooperação federativa proposta pela NOAS ficou travada diante a estrutura política voltada à municipalização. E o que era para ser uma cooperação com a participação mais efetiva do estado, acabou transformando-se em disputas de estados e municípios pela administração dos serviços de saúde (Dourado; Elias, 2011). Os municípios enxergavam a delegação de competências às secretarias de estado de saúde como uma recentralização, pois entendiam que já haviam conquistado autonomia na gestão da saúde (Dourado; Elias, 2011).

Em um documento analítico sobre o processo de descentralização da Saúde no Brasil até o ano 2002, encontramos os ganhos que a NOAS trouxe para o SUS⁶⁷. Entre os pontos destacados então: o avanço na regionalização; instrumentos para os gestores desenvolverem o seu papel e, em específico, oportunidade dos estados reverem seu papel no SUS (Goulart; Machado, 2002). Contudo, nessa análise chama atenção a afirmação de que ainda existia a necessidade do ente estado

[...] na coordenação do processo de formação das redes de implementação da NOAS como um todo, mas não mediante interferência na autonomia dos municípios na tomada de decisões e sim de forma cooperativa. [...] é preciso deixar bem claro que uma SES⁶⁸ ausente, omissa ou incapaz, simplesmente inviabiliza o conjunto do sistema; ou seja, o desenho de um papel <<apagado>> dos estados na gestão do SUS

⁶⁶ O Plano Diretor de Regionalização define diretrizes para a organização regionalizada da assistência em saúde, de forma funcionais e resolutivos nos diversos níveis (BRASIL, 2003).

⁶⁷ Estamos fazendo referência a publicação intitulada “Série técnica Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde”, produzida pela Organização Pan-Americana da Saúde, que tem como objetivo divulgar diferentes materiais do SUS (Brasil, 2006).

⁶⁸ Na citação a sigla SES refere-se a Secretaria de Estado da Saúde.

não favorece os municípios, ao contrário do que pensam alguns (Goulart; Machado, 2002, p. 15).

E é nesse contexto de disputa entre os entes e a não efetivação do papel do estado, que o Ministério da Saúde, a Comissão Intergestores Tripartite e o Conselho Nacional de Saúde, aprovam que os gestores deveriam realizar acordos, a partir de suas vontades, expressos através de um Termo de Compromisso de Gestão (TCG). Esses acordos deveriam ser pensados de forma cooperativa e solidária e se concretizaram em um novo instrumento normativo infralegal, conhecido como Pacto pela Saúde (Dourado; Elias, 2011).

O Pacto pela Saúde (Brasil, 2006) também colocou a regionalização como elemento estrutural para a gestão do sistema, devendo essa “[...] orientar o processo de descentralização e as relações intergovernamentais” (Dourado; Elias, 2011, p. 208).

O Pacto pela Saúde teve com intenção

[...] reduzir o protagonismo do Ministério da Saúde na relação direta com os municípios em prol de uma maior participação dos estados. A maior liberdade dada aos governos subnacionais para conduzirem os processos de regionalização revela a concretização de um rearranjo político ocorrido no nível nacional. **A estratégia é flexibilizar a dimensão prescritiva, que vinha sendo priorizada na NOAS, para intensificar o exercício da negociação política, privilegiando os acordos constituídos no contexto estadual/regional.** (Dourado; Elias, 2011, p. 209, grifos nossos).

Os instrumentos operacionais que foram instituídos pelas NOAS continuaram - Planos Diretores de Regionalização e de Investimento e a Programação Pactuada e Integrada (PPI) -, devendo ser elaborados pelos estados e municípios, a partir da coordenação dos gestores estaduais (Dourado; Elias, 2011).

As Regiões de Saúde, que são recortes no território delimitados a partir de acordos entre estados e municípios, ficaram como responsabilidade das CIBs, local onde deveria acontecer a definição de quais serviços serão oferecidos em cada Região de Saúde – apenas a atenção básica e a de média complexidade é que tem recomendações específicas para ser suficiente (Dourado; Elias, 2011).

Já o Planejamento e a gestão nessas Regiões ficaram com Colegiado de Gestão Regional (CGR), que foi criado para funcionar como uma instância deliberativa com abrangência sobre as regiões. Cada gestor municipal deve participar do CGR de sua região, juntamente com a esfera estadual, em um processo decisório sempre por consenso e cooperativo entre os entes (Dourado; Elias, 2015)

O Pacto pela Saúde, mesmo mantendo os instrumentos de indução da União, conseguiram definir instrumentos para uma descentralização voltada ao ente estado, por meio da legitimação das CIBs e em especial, a criação da CGRs, que passaram a deliberar sobre a gestão das Regiões “[...] consolidando os processos decisórios compartilhados como mecanismos de expressão da cooperação interfederativa no âmbito das regiões” (Dourado; Elias, 2015, p. 210).

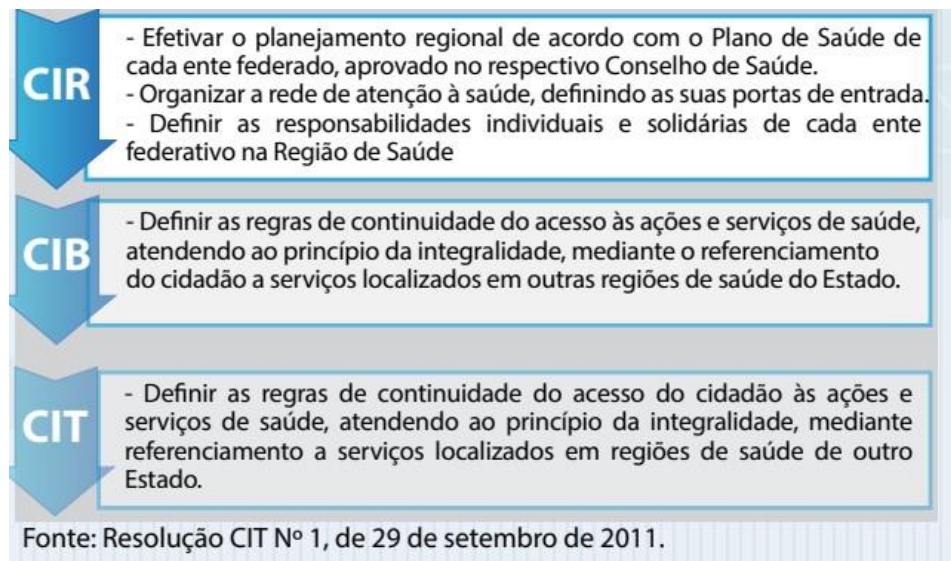
E ainda, como um aprimoramento do Pacto Pela Saúde de 2006, e a regulamentação da Lei Orgânica da Saúde de 1990, cabe mencionar a promulgação do Decreto nº 7.508/2011, que dispõem “[...] sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa” (Brasil, 2011, s/p). Nele é possível encontrar detalhamentos sobre a constituição das Regiões de Saúde através de uma Rede regionalizada e hierarquizada de serviços, que devem ofertar no mínimo ações de atenção primária, urgência e emergência, **atenção psicossocial**⁶⁹, atenção ambulatorial especializada e hospitalar, e vigilância em saúde, bem como as definições de quais são as portas de entrada para o acesso às ações e serviços (Brasil, 2011; Carvalho; Jesus; Senra, 2017).

Também é proposto pelo Decreto a formulação da Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES), contendo todas as ações e serviços oferecidos pelo SUS (Brasil, 2011). Na RENASES todos os entes devem pactuar nas suas respectivas Comissões Intergestores as suas responsabilidades sobre a lista de ações e serviços (Brasil, 2011). Uma outra novidade foi a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), que “[...] compreende a seleção e a padronização de medicamentos indicados para atendimento de doenças ou de agravos no âmbito do SUS” (Brasil, 2011, s/p). Todos os entes federativos têm competências específicas dentro da RENAME, mas o Ministério da Saúde é o órgão competente para definir sobre a construção da RENAME e os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas ligados a mesma (Brasil, 2011).

Já sobre a articulação entre os entes federativos, o decreto define que as Comissões Intergestores que devem pactuar a “[...] organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em redes de atenção à saúde” (Brasil, 2011, s/p). Cada uma dessas instâncias possui atribuições próprias (IMAGEM 3).

⁶⁹ Como destacado na Introdução, a saúde mental ficou definida como uma das áreas prioritárias de cuidado do Ministério da Saúde com o decreto 7.508 de 2011, com definição para construção de uma Rede de Assistência Psicossocial (RAPS), que é parte do nosso objeto de estudo. Aprofundaremos sobre a RAPS e seu financiamento no próximo capítulo.

IMAGEM 3 - ATRIBUIÇÕES DAS COMISSÕES INTERGESTORES



Sobre a organização da Rede, o decreto dispõe sobre a existência de um acordo de colaboração entre os entes federativos, sendo esse

[...] **O Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde [que] definirá as responsabilidades individuais e solidárias dos entes federativos com relação às ações e serviços de saúde**, os indicadores e as metas de saúde, os critérios de avaliação de desempenho, os recursos financeiros que serão disponibilizados, a forma de controle e fiscalização da sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde (Brasil, 2011, s/p, grifos nossos).

O COAP é a materialização dos acordos entre os entes federativos, configurando-se como um instrumento de gestão estratégica, que ainda está em vigor e que se elaborado e cumprido, concretiza os compromissos assumidos por cada um dos entes federativos para cada Região de Saúde (Brasil, 2014).

Há acima delineada uma evolução dos instrumentos de gestão compartilhados e uma tentativa de articulação entre os entes federativos. Há ainda a tentativa de avanços nos demais princípios, como a regionalização e hierarquização, através da construção das Regiões de Saúde e a padronização da oferta de ações e serviços, buscando-se e superar a centralização que se tinha na União, antes da CF/88.

Já no que concerne ao nosso objeto, as normativas em destaque, reforçam a obrigatoriedade de compartilhamento de competências entre os entes e a necessidade de articulação para o planejamento nesse campo. De modo que, a Rede de Atenção Psicossocial é estabelecida nesse contexto e deve ser gerida por meio dos instrumentos postos pelas normativas. Ou seja, a partir dessas normativas passamos a ter juridicamente a divisão de competências e atribuições entre os entes federativos.

Abaixo, apresentamos uma síntese das normativas trabalhadas no decorrer do texto.

QUADRO 9 - SÍNTESE COM OS MARCOS NORMATIVOS

NORMATIVAS	ANO	PRINCIPAIS CONTRIBUIÇÕES PARA A DESCENTRALIZAÇÃO
Normativas Operacionais Básicas (NOBS) – revogado pela NOAS	1991; 1993; 1996.	Foram os primários instrumento para a descentralização na Política de Saúde, contudo conduzia para uma descentralização União-Município. E por conta dessa relação causou fragilidade na relação entre Estados – Municípios e a dificuldade de estabelecer o comando de cada serviço; A partir delas importantes espaços de debates e deliberações foram criados, tais como os Conselhos de Saúde – nas três esferas de governo -, e os Colegiados Intergovernamentais; No financiamento, possibilitou a definição de critérios, para que os entes subnacionais pudessem ser habilitados para receber repasse do Fundo Nacional de Saúde.
Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) revogado pelo Pacto pela Saúde	2001	Buscou outro caminho para a descentralização, a partir da ênfase na regionalização; Dispõe sobre o Plano Diretor de Regionalização, que deve ser coordenado pelas Secretarias Estaduais de Saúde (SES), e é uma forma de organizar o sistema de saúde em diferentes níveis; Tenta colocar uma participação mais efetiva para os estados, mas acabou tendo como resultado disputas entre os estados e municípios, em relação a administração dos serviços
Pacto pela Saúde revogado pelo decreto 7.508/2011	2006	Tentando resolver as disputas entre os entes – estados e municípios – implementa a Termo de Compromisso de Gestão, como um novo acordo infralegal; Buscou reduzir o protagonismo do Ministério da Saúde e sua relação direta com os municípios, visando abrir espaço para que os estados tivessem maior participação; Objetivou privilegiar os acordos formados no contexto estado-região,
Decreto 7.508 em vigência	2011	Foi promulgado com a intenção de aprimorar o Pacto pela Saúde e de regulamentar a Lei Orçamentária da Saúde; Nele há um detalhamento sobre a constituição da Regiões de Saúde; Institui a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde, que dispõe sobre todos os serviços que são ofertados no âmbito do SUS e a RENAME, que é uma padronização das medicações indicadas para atendimento de doenças ou de agravos no âmbito do SUS.

Fonte: Brasil, 1991; 1993; 1996; 2001; 2006; 2011. Elaboração própria, 2022.

Mas é preciso também questionar sobre as mudanças que essas normativas trouxeram. Será que uma recentralização do papel da União no federalismo brasileiro (como apresentado no tópico 3.1) está se materializando ou a Saúde segue tendência diferente?

Esse questionamento se impõe ante a pandemia do Covid-19, que afetou diversas áreas, inclusive as relações entre os entes federativos. Desta forma, passamos a apresentar sobre as particularidades da descentralização nesse momento particular vivenciado a partir de 2020, sobretudo no campo da saúde. Posteriormente, no subtópico 3.4, faremos um resgate sobre a situação do ente estado na Política da Saúde.

3.3. Descentralização em tempos pandêmicos - o papel dos estados no enfrentamento à União

A COVID-19 causada pela contaminação do novo coronavírus SARS-CoV-2, é responsável por uma das maiores crises sanitárias em escala global⁷⁰, que resultou em uma pandemia marcada por um alta taxa de mortalidade (Werneck; Carvalho, 2020). Desde seu surgimento, devido a sua potencialidade de contaminação e a falta de conhecimento científico, diversas incertezas marcaram os países na condução de estratégias de enfrentamento a esse vírus (Werneck; Carvalho, 2020).

Um vírus de potencial elevado não traz desafios somente de cunho sanitário, mas também questões socioeconômicas, culturais, políticas e em muitas outras áreas, se intensificando à depender das desigualdades da região, população ou nação (Matta et al, 2021).

No caso do Brasil, os desafios decorrentes da chegada do coronavírus e o estabelecimento da pandemia encontrou-se com os desafios fruto da desigualdade social histórica vivenciada pelos brasileiros (Werneck; Carvalho, 2020), e agravada pelos acontecimentos políticos dos últimos anos, já que o país vinha na esteira de uma crise socioeconômica, desde o impeachment do Governo de Dilma Rousseff, passando a ser direcionado para uma agenda cada vez mais alinhada com as premissas neoliberais, de redução do Estado e dos gastos públicos, no governo Temer e aprofundada no Governo Bolsonaro (Carneiro; Brasil, 2021).

Iniciado em 2019, o Governo Bolsonaro assinala o aprofundamento das medidas reformistas adotadas no Governo Temer. Esse reformismo aponta para uma transformação radical do Estado brasileiro em suas dimensões funcional e organizacional, portadora da redução de direitos e de entregas de bens e serviços à população, na contramão dos esforços anteriormente empreendidos de conferir materialidade aos dispositivos civilizatórios do texto constitucional (Carneiro; Brasil, 2021, p. 31).

Nesse cenário, quando chega ao Brasil, o vírus “[...] encontra a população brasileira em situação de extrema vulnerabilidade, com altas taxas de desemprego e cortes profundos nas políticas

⁷⁰ De origem Chinesa, no final de 2019, se espalhou rapidamente pelo restante do globo e em menos de três meses, mais de 200 países já haviam confirmado a contaminação por covid-19 e casos de mortes (Matta et al, 2021).

sociais” (Werneck; Carvalho, 2020, p. 03) já vivenciando os rebatimentos dos cortes na política sociais e, especificamente, na política de saúde e pesquisa, que vão sendo cada vez mais intensificados (Werneck; Carvalho, 2020).

Ou seja, a crise da pandemia desvelou um cenário que já era conhecido do povo brasileiro, potencializando as desigualdades e causando um choque entre o ideário neoliberal de Estado mínimo com a requisição da intervenção do Estado em vistas ao enfrentamento da crise sanitária em diferentes dimensões, como economia ou social (Carneiro; Brasil, 2021).

Várias são as facetas que foram e ainda devem ser pesquisadas em relação ao Covid-19 no país, considerando sua influência no trabalho e cotidiano, nas relações sociais, economia, saúde e educação, por exemplo. Mas chamaremos atenção agora para o aspecto da relação dos entes federativos durante a pandemia.

3.3.1 A luta contra o negacionismo e a descentralização

Vale lembrar que, no início da pandemia foi necessário adotar uma série de estratégias de intervenção não farmacêutica⁷¹, como forma de enfrentamento, já que no primeiro momento não existiam intervenções farmacêuticas contra o vírus (Schaefer et al, 2020). Contudo o presidente do país, desde o primeiro momento assumiu uma postura negacionista, anti-ciência e preconceituosa⁷². Além de investir na defesa de um tratamento sem eficácia comprovada e informações falsas (Fleury; Fava, 2022).

No âmbito federal, a ação voltada para o enfrentamento da pandemia dispensou a promulgação de diretrizes relacionadas ao isolamento social, com uma atuação marcada por contradições (Carneiro; Brasil, 2021). A União apresentou a lei n. 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, que referia-se “[...] as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019” (Brasil, 2020), posteriormente alterada por meio da Medida Provisória nº 926/2020, que limitava a competência das autoridades estaduais e locais de adotar medidas de restrição ou isolamento social (Carneiro; Brasil, 2021).

⁷¹ Intervenção não farmacêutica são estratégias adotadas para controle da doença, podendo ser o isolamento social e fechamento de serviços, por exemplo, que contribuem para o controle e diminuição da doenças, para economia e preservação dos sistemas de saúde (Schaefer et al, 2020).

⁷² Em uma reportagem feita por Queiroz (2022) temos acesso a uma retrospectiva de frases proferidas por Bolsonaro, que demonstram o comportamento que foi adotado pelo ex-presidente. Para visualização, acessar: <https://www.poder360.com.br/coronavirus/2-anos-de-covid-relembre-30-frases-de-bolsonaro-sobre-pandemia/>.

Essa limitação logo foi judicializada no Supremo Tribunal Federal (STF), que em abril de 2020⁷³, embasado pelo artigo nº 23 da CF/88, que considera a saúde como um tema de competência comum aos três entes federativos – União, Estados e Municípios, definiu por decisão que

[...] **Frisa configurado abuso de poder**, na modalidade **excesso**. Aponta a invalidez, por arrastamento, do Decreto nº 10.282/2020, a regulamentar a Lei nº 13.979/2020, no que definidos serviços públicos e atividades essenciais (BRASIL, 2020, p. 03).

[...] **Sob o ângulo material, aponta a competência administrativa comum, atribuída aos demais entes da Federação, voltada à adoção de medidas de isolamento, quarentena, restrição de locomoção por rodovias, portos e aeroportos, bem assim de interdição de atividades e serviços essenciais**. Sustenta esvaziada a responsabilidade constitucional, atribuída a todos os entes, para cuidarem da saúde, dirigirem o sistema único e executarem ações de vigilância sanitária e epidemiológica, nos termos dos artigos 23, inciso II, 198, inciso I, e 200, inciso II, da Constituição de 1988, bem como o critério da predominância do interesse. **Sublinha violada a autonomia dos entes da Federação, a revelar adequado o afastamento da exclusividade da União para dispor sobre as referidas providências** (Brasil, 2020, p. 03, grifos nossos).

A decisão do STF garantiu o que determina a CF/88 da saúde como matéria concorrente dos três entes, certificando que os estados e municípios tivessem autonomia para construir medidas para enfrentamento ao coronavírus⁷⁴ (Brasil, 2020). Entretanto, a decisão não findou o conflito e pela falta de uma atuação planejada e centrada pela União, os estados e municípios assumiram uma conduta de destaque, sendo os primeiros entes a promulgar decretos e proposições de Leis para as intervenções não farmacêuticas (Schaefer et al, 2020), já que foram autorizados a estabelecer ações no combate a pandemia, sem a concordância do ente federal (Abrucio et al, 2020).

No caso específico dos entes estados em relação às normativas publicadas, um estudo feito após dois meses do início da pandemia no país, analisou a diferença entre os estados brasileiros na implementação de intervenções não farmacêuticas contra o coronavírus, revelando que foram publicados 367 decretos relacionados à essa matéria, por 25 estados brasileiros (Schaefer et al, 2020). A pesquisa apontou também para a ocorrência de uma variedade de respostas políticas entre os estados, que estão ligadas ao “[...] desenho institucional, a autonomia dos atores políticos envolvidos, e mesmo conforme a crença efetiva no poder de letalidade do vírus” (Schaefer et al, 2020, p. 1431). O estudo indicou, por exemplo, o baixo índice de adoção de

⁷³ Julgamento da ADI n. 6.341.

⁷⁴ Vieira (2020) elaborou uma reportagem onde constam o parecer favorável ou contrário à decisão do STF, por parte de alguns senadores e suas respectivas justificativas. Para acessar: <https://shre.ink/1Zz9>.

medidas não farmacológicas em estados onde os governos eram apoiadores do presidente (Schaefer et al, 2020).

É preciso considerar nesse contexto, a heterogeneidade entre os estados no Brasil, que antes mesmo da pandemia já se constituíam como uma relação complexa e sem consolidação de políticas regionais efetivas que pudessem solucionar as desigualdades socioespaciais das diferentes regiões do país⁷⁵ (Shimizu et al, 2021). No campo da saúde, essas desigualdades entre as regiões já se mostravam em diferentes aspectos, como na distribuição de equipamentos, e insumos, nos recursos humanos, no próprio financiamento e nos agentes – público, privado ou sociedade civil – que participam da gestão e prestação das ações e serviços em cada território (Shimizu et al, 2021).

Mas é preciso ressaltar como essa desigualdade da saúde foi elevada durante a pandemia.

Em uma pandemia que velozmente demandou leitos de Unidades de Terapia Intensiva (UTI) e respiradores, logo ficou evidente essa desigualdade no acesso aos serviços. Considerando a oferta existente e os cenários de taxas de contágio, estados do Norte e do Nordeste enfrentariam colapsos em seus sistemas de saúde rapidamente. Contudo, outra realidade logo se impôs: as diferenças de acesso entre grupos da população mais vulneráveis e aqueles com mais alta renda. Mesmo em estados com maior oferta de serviços de saúde, o acesso a eles é desigual. Essa é uma questão importante no enfrentamento da doença, dado que o tempo para acesso a um serviço de saúde com capacidade suficiente para garantir a atenção é fator central para reduzir os riscos de morte nos casos mais graves de Covid-19 (Vieira; Servo, 2020, p. 107-108, grifos nossos).

E dentro desse cenário ainda tínhamos em curso uma crise institucional e política (Shimizu et al, 2021), impondo ao campo da saúde, rebatimentos das relações dos entes federativos, aumentando as contradições que já existiam no pacto federativo e conflitos que estão presentes antes mesmo da implementação do SUS, como a descentralização das competências (Bueno; Souto; Matta, 2021).

A dificuldade de coordenação nacional e a falta de uma liderança que indicasse um caminho coerente para lidar com o vírus em escala e para o **diálogo federativo no Brasil** levaram a que a **responsabilidade, na prática, ficasse a cargo de governadores e prefeitos, incentivando uma supervalorização da fragmentação política num momento da necessidade de afirmação de um amplo pacto nacional para o enfrentamento da crise sanitária e humanitária** (Bueno; Souto; Matta, 2021, p. 30, grifos nossos).

A descentralização da gestão da saúde previa o compartilhamento das responsabilidades entre os entes federativos e não desobrigava a União de realizar sua parte de coordenação nacional.

⁷⁵ Aqui estamos ressaltando as desigualdades entre os entes estados no país, pois a ênfase dessa seção é a relação entre os entes federativos na pandemia, mas não se pode deixar de reforçar que as mortes por covid-19 tem raça e classe social. Assim, “[...] morrem mais os pobres do que os ricos; morrem mais os negros e negras do que brancos e brancas; morrem, regra geral, os mais miserabilizados no interior da classe trabalhadora” (Granemann; Miranda, 2020, p. 33).

Pelo contrário, ao nível Federal, como ficou definido pela descentralização da gestão saúde, cabe o papel de gestão nacional do SUS. O comportamento adotado por esse nível, descumprindo com suas competências, afetou a condução da resposta à pandemia no país, que, entre outras coisas, não explorou sua potencialidade de sistema público de saúde e da comunidade científica (Bueno; Souto; Matta, 2021).

A coordenação federal deficiente na resposta à pandemia não se deve à ausência de mecanismos de coordenação federativa do SUS ou ao constrangimento desses mecanismos imposto pelos demais entes da federação [...] O que se observa não é a perda de sua capacidade para coordenar os esforços do SUS, mas, sim, a deliberada fragilização dos mecanismos de coordenação federativa pelo governo federal, que se acentuou nos últimos meses (Vieira; Servo, 2020, p. 109, grifos nossos).

Assim, não se tem uma modificação jurídica no processo de descentralização a partir da gestão do SUS, o que aconteceu nesse momento foi “[...] uma mudança na visão do governo federal sobre o seu papel como coordenador nacional da política” (Vieira; Servo, 2020, p. 107).

Vale ainda um destaque para o caso da Vacina. O Brasil, sendo um exemplo mundial na área da imunização, enfrentou problemas na condução da vacinação contra o Covid-19, em decorrência do posicionamento presidencial (Fleury; Fava, 2022), sofreu com atraso para o início desse processo, além da escassez de insumos.

A crise na política de vacinação deve ser compreendida no interior da geopolítica adotada pelo governo Bolsonaro, de alinhamento incondicional ao governo de Donald Trump, reproduzindo as críticas aos organismos internacionais, como a OMS, e as teorias conspiratórias contra a China, acusada de disseminar o vírus – além da negação da gravidade da pandemia e da eficácia das medidas não farmacêuticas de combate à disseminação do vírus (Fleury; Fava, 2022, p. 253).

Neste contexto, os entes subnacionais tiveram papel fundamental pressionando instituições brasileiras para compra e produção da vacina, estabelecendo relações privadas e internacionais de negociações dos imunizantes (Fleury; Fava, 2022). Tal atitude sem dúvida contribuiu para que não houvesse um quantitativo ainda maior de mortes no Brasil (Fleury; Fava, 2022). Ainda assim, foram mais de 705.289 vidas perdidas⁷⁶.

A forma como foi conduzida a gestão do SUS, a partir da descentralização no governo de Bolsonaro, aumentou o conflito entre os entes, fazendo com que as políticas públicas de

⁷⁶ Dados referente a mortes por covid-19 até 12 de setembro de 2023. Para consultar dados em tempo real sobre o Brasil, acessar o Painel Nacional: Covid-19, disponível no endereço eletrônico: <https://www.conass.org.br/painelconasscovid19/>.

enfrentamento à pandemia fossem descoordenadas⁷⁷ (Abrucio et al, 2020). Se como vimos, o país, mesmo após a CF/88 tem conflitos na conformação do seu federalismo, não concretizando o que a mesma dispõe, é preciso considerar que

[...] mesmo com esses problemas, ela [federação brasileira] vinha avançando no reforço da coordenação e cooperação intergovernamentais na provisão das políticas públicas. **Esta transformação incremental e incompleta do federalismo brasileiro foi contestada pelo presidente Bolsonaro, que, desde a posse, visa instaurar um federalismo dualista similar ao vigente nos EUA. A eclosão da pandemia escancarou a proposta bolsonarista e exacerbou conflitos entre União e municípios e, principalmente, estados, aumentando a descoordenação intergovernamental** (Abrucio et al, 2020, grifos nossos).

Assim, as bases do federalismo apontado pela CF/88 são, mais uma vez, colocadas em xeque e “[...] o caminho aberto pela lógica federativa bolsonarista desequilibrou os pilares da engenharia institucional que emergiram após 1988, com sua aposta num modelo dualista, autocrático e de confronto intergovernamental” (Abrucio et al, 2020, p. 672). E mesmo que seja nítida a postura ativa assumida pelos entes subnacionais, em especial os estados, a variedade de respostas que demanda uma pandemia, era fundamental um papel ativo da União, já que estamos falando de um federalismo legalmente descentralizado, onde cada ente tem suas competências (Shimizu et al, 2021).

E ainda que esse papel exercido pelo ente estado durante a pandemia tenha contribuído no enfrentamento à doença, convém destacar que além dos conflitos com a Federação, os estados bateram de frente mais uma vez com o seu lugar dentro do federalismo brasileiro. Como nos relembra Vieira e Servo (2020, p.108), os estados

[...] perderam espaço na coordenação regional do sistema e há uma assimetria de poder na federação em favor da União. Além disso, os estados enfatizaram a gestão dos serviços de alta complexidade, especialmente daqueles oferecidos nas unidades de saúde próprias, e pouco se articularam com os municípios para a oferta de leitos em âmbito regional ou na articulação da rede de serviços com o envolvimento da APS [Atenção Primária à Saúde].

E assim, chegamos em 2023 e ao governo Lula, que desde os primeiros meses na presidência, já indicava um posicionamento diferente para as relações entre os entes federativos do país, instituindo em 18 de abril de 2023, pelo Decreto nº 11.495/2023, o Conselho da Federação, sendo este um órgão de integração e cooperação entre os três entes federativos, objetivando “[...] promover a articulação, a negociação e a pactuação de estratégias e de ações de interesses

⁷⁷ Um exemplo de conflito na pandemia entre o ente estado e a União pode ser exemplificada pelo caso da compra de respiradores pelo estado do Maranhão. Acessar: <https://www.redebrasilatual.com.br/politica/receita-vai-processar-flavio-dino-por-operacao-de-guerra-que-garantiu-respiradores-ao-maranhao/>.

prioritários comuns, com vistas ao desenvolvimento econômico sustentável e à redução das desigualdades sociais e regionais (Brasil, 2013, s/p).

A implementação do Conselho da Federação é resultado de promessas feitas ainda em campanha eleitoral, na qual Lula afirmava que iria construir ações para recompor o Pacto Federativo Brasileiro e ampliar as interlocuções com estados e municípios, constitucionalmente previsto e desequilibrado pelo governo federal anterior (Correia, 2023; Abrucio et al, 2020). Inclusive, para o campo da saúde, a ministra da saúde – Nísia Trindade, aponta que a intenção do presidente Lula é a de voltar para a pactuação nacional da vacinação, com o apoio dos estados (Soares, 2023).

3.4. Fazendo um resgate: o ente estado na Política de Saúde e o seu lugar no federalismo

Trilhamos um caminho ao longo da seção destacando a fragilidade que o ente subnacional estado enfrentou e continua enfrentando em sua relação com os demais entes federativos, desde a ditadura militar até a atualidade. De forma geral, independente da fase - centralizada, descentralizada ou em processo de recentralização –, o ente estado não teve um papel autônomo (Monteiro Neto, 2014a; Lopreato, 2020).

Se no período da ditadura a não autonomia dos estados era formal, sendo característica de uma país com o federalismo centralizado e ainda marcado por elementos decorrentes do processo de ditadura militar em curso no país (Monteiro Neto, 2014a; Lopreato, 2020), observamos que a partir dos anos 1990, com sua autonomia reconhecida pela CF/88, o estado também vai ter sua autonomia minada, já que mecanismos reforçaram o processo de recentralização, fazendo com que o estado tivesse

[...] **um papel minorado** [...], quanto à sua participação no gasto e na receita nacionais. A capacidade de uso livre e autônomo de receitas foi fortemente limitada pela expansão das transferências fiscais do governo federal na forma de recursos vinculados. **Os orçamentos estaduais passaram a se caracterizar por rigidezes, na medida em que aqueles recursos são aplicados exclusivamente para agendas centralmente predefinidas** (Monteiro Neto, 2014a, p. 22, grifos nossos).

Quando pensamos essas características no contexto da Política de Saúde, vamos ter a partir dos anos 1990, a atuação da União implementando medidas que capturam recursos dos estados e municípios, ao mesmo tempo que impõem modalidades para a condução da Política saúde e para o repasse de recursos (Gerschman, 2020), o que nos remete a problematização inicial desta seção, que surge antes mesmo da implementação do SUS, que é a “[...] centralização das decisões e dos recursos em nível federal” (Brasil, 1996, p. 7).

Não se pode negar que desde a implantação do SUS uma série de legislações possibilitaram, em alguma medida e de forma gradual, a passagem de um sistema centralizado para um modelo de saúde descentralizado em termos de gestão, onde cada um dos entes tiveram como direito um determinado grau de autonomia (Pinafo; Carvalho; Nunes, 2016) atribuições e competências. Mas essa descentralização é limitada e vem sofrendo os efeitos do processo de recentralização, em cursos desde os anos 1990 (Monteiro Neto, 2014b).

Na prática, as legislações que visam um sistema de gestão da saúde descentralizado se chocam com as legislações e os mecanismos que condicionam a atuação dos entes subnacionais. O resultado disso é que mesmo a Política de Saúde possuindo normativas próprias para sua descentralização, e ocorrendo a ampliação de transferências de recursos para os estados e municípios, não se tem a garantia do “[...] compartilhamento das funções e competências de gestão do sistema entre os entes federados” (Pinafo; Carvalho; Nunes, 2016, p. 1521). Já que no âmbito do estado, ainda persiste a problemática de ausência do papel a ser desempenhado, considerando a não limitação da intervenção da União e a sua interferência no desenho da política de saúde (Pinafo; Carvalho; Nunes, 2016). Assim, as relações conflituosas dos entes federativos é o campo de desenho da descentralização da gestão da Política de Saúde, que se conforma na e a partir dessas relações.

Por fim, considerando o debate apresentado sobre a descentralização da Política de Saúde e o ente estado, cabe reforçar que um ponto transversal nesse debate é o do financiamento. Entre os motivos, para seu destaque, é o dele “[...] oferece indicações do perfil de atividades escolhidas para serem objeto de recursos mais frequentes da coletividade com vistas à permanente melhoria de seus níveis de bem-estar, em especial nas áreas de educação, saúde e segurança” (Monteiro Neto, 2014a, p. 22) e também por que na saúde, essa temática sempre foi apontada como uma das barreira no avanço da descentralização (Pinafo; Carvalho; Nunes, 2016).

As reflexões até aqui construídas são essenciais para o enfrentamento de nosso objeto - o financiamento estadual da política de Saúde Mental. Mostramos como a atuação dos entes subnacionais e da União foram sendo modificadas ao longo do tempo, com as diferentes características do federalismo em cada um dos períodos anteriormente demarcadas. Entender isso é importante pois nos dá elementos para subsidiar o lugar destinado ao ente estado, com a descentralização das políticas sociais.

Por isso, na próxima seção, trataremos diretamente do debate do financiamento, a partir de uma concepção crítica, que vai para além dos números, entendendo as disputas no e pelo Fundo

Público, que constituem esse campo. Dentro dessas disputas e partindo das reflexões feitas anteriormente, também localizaremos o ente estado no financiamento da Política de Saúde.

4. SUS E SEU FINANCIAMENTO: DECODIFICANDO AS TRAMAS DO ORÇAMENTO DA SAÚDE E SUAS DISPUTAS

[...] Envolto em números aparentemente frios e contendo tecnicidades muitas vezes indecifráveis para o cidadão comum, o Orçamento Público, onde estão dispostas as receitas e os gastos administrados pelo Estado, parece uma figura de ficção que somente interessa e é inteligível para os que são responsáveis pela sua elaboração/aprovação/execução. **É nessa arena, entretanto, que são tomadas decisões sobre os objetivos de gasto do Estado e dos recursos necessários para o seu financiamento, que afetarão, para melhor ou pior, a vida dos cidadãos** (Oliveira, 2014, p.83, grifos nossos).

Nosso ponto de partida para chegar ao financiamento do SUS é o orçamento público. Como destacado por Oliveira (2014), a aparente tecnicidade do orçamento público muitas vezes serve como manto que recobre seu aspecto político e as disputas que o conformam, disfarçando que debaixo dessa capa, as ações que são tomadas e como estas afetam a classe trabalhadora.

O orçamento tem papéis e feições distintos, que estão relacionados às escolas de pensamento econômico. Para a Escola Clássica e Neoclássica, o orçamento é visto como um instrumento com o objetivo final de controle das contas governamentais, para o alcance de um “Orçamento Equilibrado”. Esta escola considera apenas os aspectos de gastos menores que a receita. Já para a Escola Keynesiana, o orçamento é um instrumento que permite ao Estado coordenar e planejar suas atividades, para alcançar seus objetivos econômicos e sociais. Já para os Neoliberais (escola pública), os diferentes indivíduos, eleitos por voto popular, devem visar a maximização dos bens públicos (Oliveira, 2014), e o orçamento contribui com esse objetivo. De certa forma, todas essas escolas, com suas particularidades e teorias, entendem que o orçamento é uma peça técnica, utilizada para administrar as receitas e as despesas dos poderes públicos (Oliveira, 2014)⁷⁸.

Recorrendo à teoria marxista, o orçamento do Estado é uma peça que integra a arena de disputa complexa, que é o Fundo Público (Oliveira, 2014). Essa compreensão, por envolver muitos elementos, torna as análises relacionadas ao orçamento público um percurso árduo, que demanda refletir sobre as correlações de força que o integram e os interesses envolvidos nas destinações e captação dos recursos (Salvador, 2012).

O Orçamento é a expressão mais visível do Fundo Público, mas não a única (Salvador, 2010). O Fundo Público, como uma categoria teórica, representa o meio pelo qual o Estado capitalista

⁷⁸ Para uma leitura aprofundada sobre o orçamento e as diferentes escolas apresentadas, recomendamos o capítulo 2 de Oliveira, 2014.

e os governos materializam suas políticas e projetos (Behring, 2021). E é por esse motivo que, adentrando no cerne dessa categoria, passamos a esmiuçar o próprio modo de ser do Estado, seu lugar no capitalismo em crise, suas contradições e sua relação com as classes sociais e os projetos societários (Behring, 2021).

E a partir desse entendimento, considerando o Orçamento Público para além de um instrumento de gestão que esta seção foi estruturada. Assim, no primeiro momento da seção passamos pelo debate da categoria Fundo Público. Em seguida, trataremos do financiamento da política de Saúde e as disputas de recursos nesse meio, já que é nesse lócus que nosso objeto está localizado. No terceiro momento da seção apresentamos como faremos a análise do financiamento da saúde mental no âmbito do SUS, indicando a concepção de análise crítica do orçamento a qual a pesquisa está vinculada. Ao final da seção a apresentamos as competências do estado do ES na RAPS e como a saúde mental aparece no orçamento geral do estado do Espírito Santo.

4.1 – O Fundo Público e o Orçamento

Ao longos dos últimos decênios, diferentes autores⁷⁹ contribuem para a tarefa de estudar o Fundo Público, a partir de perspectiva marxista, buscando as suas diferentes manifestações, para além de uma abordagem superficial e imediata.

Podemos interpretar o Fundo Público como a “[...] capacidade de mobilização que o Estado tem para intervir na economia, seja por meio das empresas públicas ou pelo uso de suas políticas monetária e fiscal, assim como pelo orçamento público” (Salvador, 2015, p. 9). Desempenhando funções mais profundas no capitalismo contemporâneo, tais como o financiamento de investimentos capitalistas, das política sociais e da infraestrutura, e ainda servindo como remuneração do rentismo, formando um campo de disputa entre as classes, o Fundo Público vem cada vez mais sendo requisitado para atender interesses das classes sociais (Salvador, 2015)⁸⁰.

⁷⁹ Como exemplos, podemos citar os estudos de Osmar Gomes de Alencar Júnior e Francisco de Oliveira. Já específico do campo do Serviço Social, podemos destacar os trabalhos feitos por Evilásio Salvador e Elaine Behring, que em suas trajetórias acumulam pesquisas que relacionam a questão do Fundo Público e a Política Social.

⁸⁰ Para que não haja confusões, quando nos referimos a categoria Fundo Público, não estamos falando nos Fundos setoriais/Fundos especiais dispostos na Constituição. Importa ressaltar tal distinção, como nos mostra Salvador e Teixeira (2014), dado a confusão que ocorre entre os termos e sobre o fato de que os Fundos especiais (Fundos de

Para compreender essa categoria é necessário adentrar em suas complexidades. Marx, em seu conjunto de obras, não fez uma análise específica sobre esta categoria, até porque, no momento histórico vivenciado pelo filósofo, o Fundo Público não tinha o peso quantitativo que passa a assumir a partir do capitalismo monopolista e imperialista (Behring, 2021), se tornando no capitalismo maduro “[...] condição de vida ou morte para a valorização do valor” (Behring, 2021, p. 31).

Mas encontramos nas obras de Marx elementos essenciais para compreender o Fundo Público, sendo o cerne as Leis de funcionamento da sociedade capitalista (Marx, 2018) e outras categorias ontológicas (Behring, 2021), que estão intrinsecamente ligadas a categoria em destaque, dando sustentação para a mesma. Neste trabalho, entendemos Fundo Público como formado por impostos, taxas e contribuições advindas da mais-valia socialmente produzida, que é apropriado pelo Estado para desempenhar inúmeras funções (Behring, 2021). Entendendo que, no capitalismo maduro, a formação do fundo público advém do

[...] **trabalho excedente metaforçado em valor**, mas também com o **trabalho necessário**, na medida em que os trabalhadores pagam impostos direta e, sobretudo, indiretamente, por meio do consumo, onde estes estão embutidos nos preços das mercadorias (Behring, 2021, p. 39, grifos nossos).

Em outras palavras, a compreensão é de uma dupla constituição do Fundo Público – **trabalho excedente e trabalho necessário** –, reafirmando que este se forma a partir da mais-valia socialmente produzida, que é o trabalho excedente, que é dividida entre juros, lucro e renda da terra, sobre os quais incidirá a capacidade extrativa do Estado. Já a parte formada pelo trabalho necessário, ou seja, o trabalho que foi realizado no processo de exploração, que operou o processo de valorização do valor, é formado pela retirada de parte dos salários, por meio do Sistema Tributário (Behring, 2018).

É mister fazer essa separação da constituição do Fundo Público, já que ela é necessária para entender a realidade, mostrando que ao longo da história, existem variações de qual é a parte que “mais compõem”, quantitativamente, o Fundo Público. No atual momento do capitalismo, por exemplo, cada vez mais os salários – trabalho necessário, vêm sustentando o fundo público (Behring, 2021). Contudo, a verdade é que independente do cenário, o que ocorre é intensificação da exploração sobre a classe trabalhadora, já que a mesma é a única classe que

produz mais-valia, que compõem a parte do trabalho excedente, e é a maior contribuinte do Sistema Tributário, em relação aos salários (Marx, 2017; Salvador, 2012).

Sabendo de onde o montante que forma o Fundo Público é retirado, importa também saber qual é o “movimento de saída” que esse faz, assim conseguimos entender o “seu ciclo”. Sua destinação está relacionada com as funções que o mesmo atende no capitalismo. Podem ser destacadas quatro funções que competem ao Fundo Público: a) Financiamento de investimentos capitalistas; b) Garantia de políticas que assegurem direitos e inserção das pessoas ao mercado de consumo (isso independente da inserção ao mercado de trabalho); c) Investimento em áreas que o mercado não tem interesse de investir, como infraestrutura, meio de transporte, pesquisas, além de subsídios e renúncias fiscais para as empresas privadas e; d) Transferência de recursos para o pagamento da dívida pública (Salvador, 2017).

Considerados as funções elencadas, de forma geral, pode-se dizer que o Fundo Público executa uma função ativa nas políticas macroeconômicas (Salvador; Teixeira, 2014), sendo essencial para o financiamento das Políticas Sociais, ao mesmo tempo que direciona recursos para o Capital, de forma a participar de sua reprodução, seja através de subsídios e garantias de financiamento dos investimentos ou seja da produção e reprodução da força de trabalho - única fonte de criação de mais-valia no sistema capitalista (Salvador, 2010; Behring, 2021), exercendo o papel de manutenção do capitalismo e garantia do controle social (Salvador; Teixeira, 2014).

Em relação ao financiamento da Política Social, os recursos do Fundo Público destinados para esse campo, participam do processo de rotação do capital, ou seja, do circuito do valor (Behring, 2018). É com esse financiamento para a Política Social que o Estado realiza compras, contratação de força de trabalho (salários), faz transferência de renda e até mesmo empréstimos com objetivos voltados para a política social (Behring, 2018)⁸¹

Já sobre as transferências do recurso público para o setor privado, cada vez mais central na produção e na reprodução do capital para assegurar as condições gerais de produção e administrar a crise (Salvador, 2010; Behring, 2021), existem mecanismos utilizados para realizar essa ação. Entre os mecanismos está a austeridade fiscal, que aposta na realização de um ajuste fiscal, com corte de gastos públicos em detrimento de aumento de impostos (Rossi; Dweck, Arantes, 2018).

⁸¹ É preciso demarcar que essa parcela do Fundo Público destinada às Políticas Sociais também é alvo de disputas por diferentes atores, com diferentes estratégias, tais como a destinação desse recurso para as entidades de terceiro setor ou privadas. Veremos sobre isso no decorrer da seção.

Um exemplo recente da política de austeridade no Brasil foi a Emenda Constitucional Nº 95/2016, também conhecida como PEC do Teto dos Gastos. Essa instituiu um novo Regime Fiscal, para os Orçamentos Fiscal e a Seguridade Social da União, que deveria vigorará por vinte exercícios financeiros (Brasil, 2016). A emenda estabeleceu para União um limite de recursos a ser aplicado nas diferentes políticas, passando a ser definido por lei os limites individualizados para as despesas primárias, o que significa que os gastos públicos foram congelados, não ocorrendo aumento maior que a inflação, a partir de 2017 (Brasil, 2016).

Para além de limitar os gastos, a EC 95/2016 serviu como estratégia de sinalizar para o mercado internacional que o país havia adotado uma política de austeridade, e era capaz de prover os investidores da confiança necessária para encararem o Brasil como um país com potencial para investimentos (Persicotti; Myszuk; Meza, 2021). Esse ajuste causou consequências. O não crescimento real dos gastos com as políticas sociais do país acarretou para toda a população⁸² - principalmente para a fração da classe trabalhadora mais pauperizada -, o aumento da desigualdade social, precarização dos serviços públicos de saúde e educação, por exemplo (Paiva, 2016).

Um outro ponto importante foi que a EC 95/2016 não estabeleceu limites para os gastos da União com a Dívida Pública, que ano após anos vem crescendo. Em 2021 o governo federal gastou R\$1,96 trilhão com juros e amortizações da dívida pública (Fattorelli; Ávila, 2022). Esse valor representa um aumento de 42% em relação ao valor gasto em 2020, que já tinha sido 33% maior que em 2019 (Fattorelli; Ávila, 2022).

Fattorelli e Ávila (2022; 2023) alertam ainda que, apesar desse significativo valor, a Dívida Pública Federal continua crescendo, de forma que aumentou R\$ 708 bilhões, saindo de R\$ 6,935 trilhões para R\$ 7,643 trilhões em 2021 e atingindo 8,107 trilhões 2022, Esses números expõem, para além de sua simbologia numérica, a preferência de destinação dos recursos públicos para alimentar o Sistema da Dívida, enquanto os investimentos necessários ao desenvolvimento socioeconômico há muito vêm sendo deixados de lado (Fattorelli; Ávila, 2022; Fattorelli; Ávila, 2023).

⁸² Um estudo feito pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA, 2016), analisando as possíveis implicações do novo regime fiscal para a Política de Assistência Social no Brasil, indicou que o novo regime acarretará, por exemplo, em termos de proporção do PIB, uma regressão da participação dos gastos com as políticas assistenciais a patamares inferiores ao observado em 2006 (0,89%), passando de 1,26% em 2015 para 0,70% em 2036 (IPEA, 2016). O novo Regime Fiscal pode significar uma descontinuidade da oferta socioprotetiva conquistada no país, garantidas através da política assistencial (IPEA, 2016). Para consultar a metodologia e outros resultados apresentados na pesquisa, acessar: PAIVA, A. B. de et al. Nota técnica 27. NT 27 [bit.ly/2dchsMo]. Brasília: Ipea, 2016.

Importa reforçar que as frações beneficiadas com o pagamento da Dívida Pública são os bancos – nacionais e internacionais –, fundos de investimento e de pensão, que dispõem de uma elevada reserva monetária e participam dos fundos de investimentos (Nakatani, 2006). Sendo assim, o efeito da transferência desse montante de recursos para os rentistas acaba por restringir recursos para as políticas sociais, para capacidade de investimentos públicos, e concentrando renda e riqueza, o que dificulta o crescimento econômico (Salvador, 2019).

[...] a captura direta do fundo público – como opera o capital portador de juros pela chantagem das dívidas dos Estados - ou o seu direcionamento para suportes ao capital tornaram-se viscerais à reprodução ampliada do capital, tanto quanto a criação das condições ótimas de oferta da força de trabalho à baixo custo, pressionando os trabalhadores a aceitarem qualquer trabalho e qualquer salário (Behring, 2018, p.2).

Nesse jogo de forças, o atual governo Lula, desde sua campanha eleitoral em 2022, mostrou-se contrário à Emenda Constitucional 95/2016 e em diversos momentos proferiu seu posicionamento e críticas ao congelamento dos gastos⁸³ (Dias, 2023). Contudo, após eleito enfrentou dificuldades para revogar a EC e até a metade do seu primeiro ano de governo tinha efetivado apenas alguns avanços, como alterações que possibilitam ampliar o limite dos gastos públicos, mesmo que em caráter temporário (Dias, 2023).

Já no segundo semestre de 2023 o governo Lula conseguiu aprovar o novo arcabouço fiscal, através da Lei Complementar nº 200, de 30 de agosto de 2023 (Brasil, 2023a). Apesar do governo defender que a normativa tem o propósito de garantir os direitos constitucionais, com compromisso com o financiamento das políticas públicas (Brasil, 2023b), as disposições na Lei seguem pelo caminho de atender os interesses do capital, com sanções e regras que continuam a convergir para o beneficiamento do pagamento da dívida pública (Brasil, 2023c).

Essas normativas demonstram como o que prepondera no Brasil é a lógica de punção do fundo público sob o comando das instituições financeiras nacionais e internacionais, credoras da dívida pública (Behring, 2021)⁸⁴. Por isso que entender essa categoria é necessário para as pesquisas que se propõem fazer uma análise crítica do orçamento, que não devem desconsiderar o fundo público e as disputas existentes (Behring, 2018). No caso dessa pesquisa, o intuito da

⁸³ É possível acessar as falas de Lula, contrárias a EC 95/2016, nos seguinte endereços:

i) <https://cebes.org.br/no-meu-governo-nao-tera-teto-de-gastos-diz-lula-durante-conferencia-de-saude-da-frente-pela-vida/29499/>

ii) <https://www.cnnbrasil.com.br/politica/lula-volta-a-dizer-que-vai-acabar-com-o-teto-de-gastos/>

iii) <https://www.camara.leg.br/noticias/932451-lula-promete-revogar-teto-de-gastos-acompanhe/#:~:text=Em%20seu%20discurso%20de%20posse,o%20industrial%20e%20o%20digital.>

⁸⁴ Relembramos, como apresentado na seção anterior, que a opção de atender as demandas do capital através do ajuste fiscal não é uma escolha política recente do Estado brasileiro. Esse modelo de macroeconomia foi fundado no Brasil pelo Plano Real, inclusive, há autores que defendem que o país está em ajuste fiscal permanente, desde 1994, o que traz fortes implicações na formação e na alocação do fundo público (Behring, 2021), indicando que EC 95/2016 é apenas mais umas das políticas adotadas nessa disputa entre classes.

exposição dessa categoria, é **escancarar os nexos entre fundo público, a Política Social e o Capital**, especialmente no contexto do Capital Portador de Juros, da atualidade, destacando como o Fundo Público é necessário para fazer o capital girar [...] sendo disputados no solo da história, no contexto da luta de classes, ainda que numa correlação de forças desfavorável ao trabalho, como nos últimos decênios” (Behring, 2018, p. 22). Ou seja, escancarar a disputa existente entre os recursos do Estado, que atendendo aos interesses capitalistas, deixa de atender as demandas sociais, como demonstrado no decorrer do tópico.

E é nesse entremeio que encontramos nosso objeto - financiamento estadual da saúde mental -, que também acaba sendo conformado na e a partir dessas disputas. Refletir sobre a parte mais aparente do Fundo Público, o Orçamento Público, tornar mais visível as disputas, e possibilita a compreensão de quem paga as contas e para onde os recursos são destinados, se constituindo como um campo privilegiado para desbravar as prioridades do Estado (Salvador; Teixeira, 2014).

4.1.2 O Orçamento Público

O Orçamento Público no Brasil, pode ser entendido como “[...] **financiado pelos mais pobres e trabalhadores e apropriados pelos ricos**” (Salvador, 2010, p. 617, grifos nossos). Essa afirmação baseia-se na constituição do financiamento tributário no Brasil, que tem como principal característica ser financiado de modo regressivo, isto é, constituído sobretudo por tributos indiretos que incidem sobre o consumo e serviços, e a tributação direta, sobre os salários (Brasil, 1988). Assim, mesmo que passando por diversas alterações ao longo dos governos, esse têm se caracterizado historicamente como “[...] um instrumento a favor da concentração de renda, agravando o ônus fiscal dos mais pobres e aliviando o das classes mais ricas” (Salvador, 2012, p. 10)⁸⁵.

⁸⁵ O autor (2010) mostra isso em uma pesquisa, um apanhado histórico das alterações do financiamento tributário do país, após 1994, e indica algumas tendências, sendo: i) o consumo de bens e serviços tem maior incidência de tributos; ii) apesar da participação da renda dos salários sobre o total da renda nacional da economia ser baixa, a tributação direta vem se restringindo e incidido gradativamente mais sobre a renda dos assalariados, usando como mecanismo a não correção integral pela inflação da tabela do Imposto de Renda (IR); iii) tratamento diferenciado para as rendas diferentes, violando o princípio da isonomia tributária, quando por exemplo, trata com critérios diferenciados a renda do capital (lucros, dividendos e juros) em relação a do trabalho, ocorrendo cada vez mais concentração de impostos sobre a renda dos trabalhadores assalariados; e iv) modificações nas legislações tributárias que beneficiam o sistema financeiro, designando uma tributação menor, se analisado de forma proporcional, para esse setor, do que para os demais setores da economia (Salvador, 2010). Esses elementos dão base para o entendimento de que, no Brasil, além da exploração da classe trabalhadora, intrínseco ao um país capitalista, quando se trata do financiamento, os trabalhadores também são os mais explorado, haja vista, em uma análise proporcional, ser essa a fração da sociedade mais tributada.

Tecnicamente, o orçamento é dividido em três partes: orçamento fiscal (previsão das receitas e despesas correntes); orçamento de investimento das estatais e orçamento da seguridade social⁸⁶, que juntos formam o Orçamento Geral da União (OGU) (Silva, 2014). Silva (2014) indica que, para uma compreensão, a partir das determinações legais, da construção do orçamento no Brasil, é necessário basear-se principalmente nos seguintes documentos: a) Constituição Federal de 1988; b) Lei 4.320/1964 e; Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) – Lei Complementar 101 de 2000.

Para além do âmbito normativo, é de maior relevância no contexto de análise da nossa pesquisa, há também um conjunto de ferramentas orçamentárias, que devem ser consultadas para que se possa desbravar o campo do Orçamento, entre elas estão: o Plano Plurianual (PPA), onde estrutura um planejamento para o período de quatro anos, com vigência até o final do primeiro ano do próximo governo, objetivando promover uma continuidade administrativa (Brasil, s/d). Nesse documento encontra-se um conteúdo estratégico, que oferece base para a construção de outros dois instrumentos, a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA) (Tomazetti, 2021).

É a partir do que foi estabelecido no PPA que o Poder Executivo de cada nível – União, Estado e Municípios - envia ao Poder Legislativo um projeto de lei que estabelece quais são as prioridades e metas para o próximo ano. A esse projeto damos o nome de Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), que serve para detalhar e organizar as metas do ano seguinte. É a LDO a responsável por estabelecer uma conexão entre o PPA e a Lei Orçamentária Anual (LOA), estabelecendo limites e alinhando os planos de médio prazo (os dispostos no PPA), com a realidade daquele ano (dispostos no LOA) (Tomazetti, 2021).

Assim, é na Lei Orçamentária Anual onde ficará fixado o quanto poderá ser gasto em cada programa e ações que foram, previamente, planejadas para o próximo ano e estabelecidos de onde virão os recursos necessários para o pagamento desses programas e ações. Assim, com a LOA aprovada, os gestores de cada área ficam informados sobre o valor máximo que poderão gastar em cada item disposto no PPA (Tomazetti, 2021).

Cabe destacar que o PPA vem sendo esvaziado progressivamente, tanto no sentido técnico, no político e em sua metodologia, desde o governo Dilma (Behring; Cislighi; Souza, 2020). Essas alterações tornam esse instrumento uma peça orçamentária frágil para subsidiar os demais

⁸⁶ O orçamento fiscal corresponde ao financiamento das responsabilidades do Estado, exceto as vinculadas a seguridade social, que são: Assistência social, saúde e previdência (Cunha, 2000).

instrumentos e dificulta o controle social de fazer o acompanhamento e fiscalização das prioridades governamentais (Behring; Cislighi; Souza, 2020).

Por fim, existem ainda, os créditos adicionais ao orçamento, que são autorizações de despesas, que não foram computadas ou foram colocadas de forma insuficiente na LOA, e após aprovados, são incorporados ao orçamento (Brasil, 1988) Os créditos adicionais podem ser classificados em três tipos: a) Suplementares: designados para o reforço de verba orçamentária; b) Especiais: designados a despesas para as quais não haja verba orçamentária específica e; c) Extraordinários: designados a despesas imprevisíveis e urgentes à época do planejamento (Brasil, 1988).

É mister uma compreensão de cada esfera e das ferramentas utilizadas no orçamento, entretanto, apenas essa compreensão técnica de forma isolada não é suficiente. O orçamento é um campo no qual são travados os embates entre os representantes das diferentes classes, para definir a direção e ações do Estado, por isso, se faz importante entender o significado de cada um dos instrumentos de planejamento e ação do Estado (Silva, 2014). Dito isso, passaremos para a compreensão dessas disputas de orçamento expressas no interior de uma política específica, a Política Pública de Saúde.

4.2. O financiamento da Política de Saúde: as disputas que contem

“O fato concreto é que o SUS foi implantado, mas não se encontra consolidado”
(Jairnilson Silva Paim)

A Política de Saúde é financiada com recursos do orçamento da seguridade social nas três esferas - da União, dos Estados e Municípios, além de outras fontes⁸⁷ (Brasil, 1988). Ao longo de sua existência, o SUS vivenciou diferentes mecanismos de financiamento, e em todos enfrentou dificuldades relativas à garantia de recursos necessários para o financiamento dos serviços (Brasil, 2013). Da Constituição Federal de 1988 até o ano de 1992, o financiamento da Saúde, por parte da União, deveria acontecer com a alocação de 30% do orçamento da Seguridade Social, mas na realidade parte desses recursos foram empregados no pagamento de despesas de áreas, como a dívida pública e servidores inativos (Brasil, 2013).

⁸⁷ Consultar Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000 (Brasil, 2020).

A partir de 1993, inicia-se os debates para a construção dos mecanismos permanentes de financiamento da saúde, pelos três entes federativos, com diferentes propostas apresentadas no Congresso Nacional e discutidas⁸⁸ (Brasil, 2013). O resultado final foi a promulgação da Emenda Constitucional nº 29 (de 13 de setembro de 2000), que trouxe alterações a artigos da Constituição Federal, além de acrescentar um artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, na qual **estados e municípios passariam aplicar o mínimo de 12% e 15%, respectivamente, de suas receitas em saúde e para a União, definiu os gastos do Ministério da Saúde a partir da variação nominal do PIB aos gastos do ano anterior** (Brasil, 2000).

A EC nº 29/2000, ao vincular percentuais aos entes federativos, que passaram a ter um mínimo obrigatório para os gastos com ações de serviços públicos de saúde, contribuiu com o processo de descentralização do SUS. Mas, por mais que tenha sido importante essa definição dos recursos, os entes se acomodaram aos percentuais mínimos indicados, de forma que o piso posto pela legislação se transformou em teto (Brasil, 2013), isso quando não ocorre o descumprimento do mesmo, como aconteceu de 2000 a 2003, em que

[...] houve desrespeito generalizado aos limites mínimos: os gastos da União, estados e municípios ficaram R\$ 7,09 bilhões abaixo do mínimo exigido. No ano 2000, 11 estados descumpriram a EC nº 29; no ano seguinte, 18. Em 2003, 13 estados aplicaram menos de 12% de suas receitas em ações e serviços públicos de Saúde (Brasil, 2013, p. 58).

Outra legislação que merece destaque na regulamentação do financiamento do SUS é a Lei Complementar nº 141/2012 (Brasil, 2012). Nela encontramos, para além do que já está posto do percentual de cada ente federativo: quais os critérios de rateio entre União, estados e municípios e do estado para seus municípios; as formas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com Saúde (Brasil, 2012).

Nessa consolidação da forma de financiamento da Lei Complementar nº 141/2012, é **reforçado mais uma vez o compromisso de todos os entes federativos no financiamento do SUS**, além de deixar delimitado quais os tipos de ações e serviços de saúde podem ser custeados com esses recursos (Brasil, 2012).

Já em relação a definição da gestão do financiamento, desde 2006, com o Pacto pela Saúde, existe um processo de transferência entre os entes federativos, que acontece por meio de contas bancárias, administradas por fundos de saúde, que seguem regras de operacionalização. Elas podem acontecer da seguinte formas: “transferência fundo a fundo – para os estados e

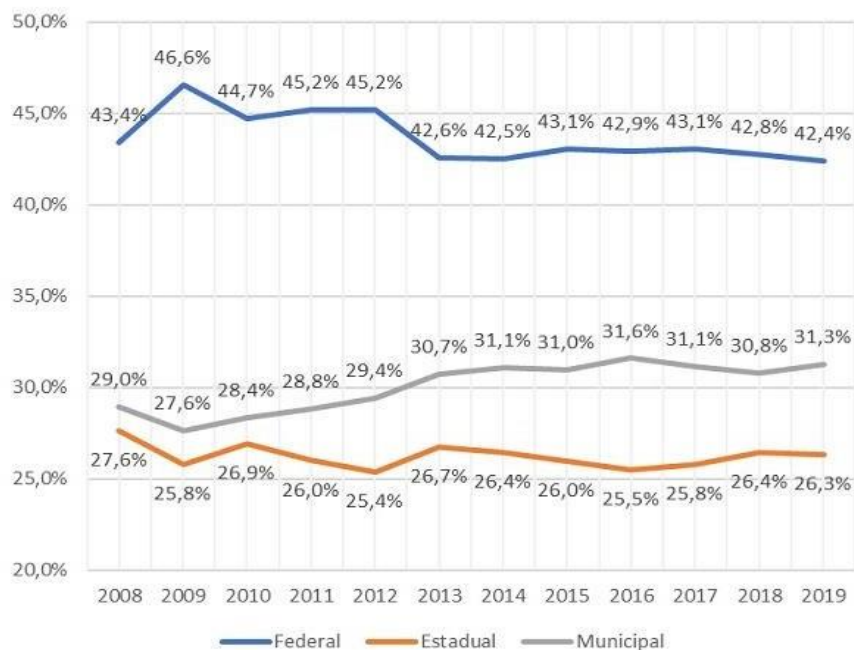
⁸⁸ Como a proposta dos deputados Eduardo Jorge e Waldir Pires, da PEC nº 169/1993, que propunha o aporte de 30% do Orçamento da Seguridade Social mais 10% de impostos para a Saúde. Já os demais entes ficaria com a obrigação de aplicar, no mínimo, 10% das receitas de impostos (Brasil, 2013).

municípios; mediante a celebração de convênios ou outros instrumentos jurídicos similares – para estados, municípios e estabelecimentos de Saúde; e remuneração por prestação de serviços a estabelecimentos de Saúde” (Brasil, 2013, p. 74).

As transferências ocorrem em blocos de financiamento, sendo eles: I. Atenção Básica; II. Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar; III. Vigilância em Saúde; IV Assistência Farmacêutica; V. Gestão do SUS e; VI. Investimentos na Rede de Serviços de Saúde (Brasil, 2006; Brasil, 2011), que buscam enfatizar a descentralização da política de saúde, já que privilegia o processo de regionalização, e as gestões regionais (BRASIL, 2013)⁸⁹.

Apesar das modificações na operacionalização do financiamento do SUS, a União continua sendo a maior mantenedora dos serviços de saúde e os municípios seguem sendo os maiores executores⁹⁰. Ilustrando isso em dados podemos observar como houve transformações nas porcentagem de investimentos dos entes, saindo da média de investimento de 75% da União, na década de 1980, a 63% na década de 1996, mantendo um processo de decréscimo a partir da EC 29/2000 (Piola et al, 2013). Abaixo podemos observar essas modificações (GRÁFICO 1).

GRÁFICO 1 - PARTICIPAÇÃO DOS ENTES FEDERATIVOS NO FINANCIAMENTO DA POLÍTICA DE SAÚDE
Participação (%) das esferas de Gestão no Gasto Público em Saúde



Fonte: CFM, 2020.

⁸⁹ Na introdução do trabalho apresentamos duas figuras que ilustram essa operacionalização.

⁹⁰ Conforme debate apresentado na seção 3.

Por um lado houve estabilidade por parte da União e dos estados (variou negativa em 1% ao longo 12 anos), por outro os municípios apresentaram crescimento de 2%.

Além disso, para além das competências de financiamento de cada um dos entes federativos, desde a origem do SUS, outros tipos de disputas ocorrerem, com o desmonte do sistema, que nunca se efetivou como foi idealizado. A financeirização da saúde, o neoliberalismo e sua reestruturação, o ajuste fiscal do país, por exemplo, são fatores que contribuem para o permanente desmonte do SUS, mesmo que sempre acompanhados de algum tipo de resistência por parte de movimentos sociais (Teixeira; Paim, 2018).

Começamos demarcando esse processo de desmonte do SUS com a crise de 2008, momento em que o contexto de queda tendência da taxa de juros e a especulação imobiliária que acontecia nos Estados Unidos da América, propiciou condições para que o capital internacional realizasse ofensiva contra sistemas de saúde em diversos países, atacando fortemente a universidade, com a intensificação da política neoliberal e o discurso de “[...] **competição regulada e comercialização, bem como fortalecendo as tendências de segmentações e de mercantilização na saúde**” (Teixeira; Paim, 2018, p. 12, grifos nossos)⁹¹.

Teixeira e Paim (2018) apontam que o capital internacional na saúde é parte do processo de financeirização que vem acontecendo, em uma hipertrofia do capital financeiro, que se constitui como “[...] um novo padrão sistêmico de acumulação de riquezas do capitalismo contemporâneo (Teixeira; Paim, 2018, p. 15).

Os efeitos da crise de 2008 não atingiram imediatamente o Brasil, como em outros países, pois a economia brasileira estava em um ciclo de crescimento, ao qual se manteve o ano de 2010. Na literatura é possível identificar que a recessão derivada da crise teve início no final de 2014, com o período subsequente sendo marcado por modificações na políticas macroeconômicas e reformas na legislação que trata do gasto público e do orçamento da saúde (Bahia et al, 2022).

No campo específico da saúde pública os principais efeitos da crise econômica é a estagnação do gasto público, restrição de acesso a serviços públicos, além da sobrecarga das famílias e indivíduos no que tange ao financiamento da saúde (Bahia et al, 2022).

Nesse contexto, a privatização da saúde passou a ser ainda mais ofensiva, com o avanço da contratação de formas substitutivas à rede pública de saúde. Por mais que a CF88 permita que “[...] As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de

⁹¹ A opção por partir do ano 2008 para a contextualização da disputas no campo da saúde justifica-se pelo período de análise da pesquisa, contudo, como demarcada ao longo do texto, as disputas no campo da saúde são anteriores ao próprio SUS.

saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos” (Brasil, 1988, s/p), o que vem acontecendo é mais do que a complementação, com a iniciativa privada se espalhando cada vez mais, de diferentes formas no interior do SUS (Gomes, 2014). Considerando que os serviços privados, sejam eles com ou sem fins lucrativos, seguem a lógica do mercado, com a busca pelo lucro, o resultado é a exclusão de pessoas a esses serviços (Batista Junior, 2014).

A gestão dos serviços do SUS também não saiu ileso do processo de privatização da saúde. Se até o ano de 2002, menos de 20% dos estados brasileiros tinham as Organizações Sociais e OSCIPs disputando os recursos públicos, com os estímulos do Ministério da Saúde, atualmente elas já estão presente em todos os estados do país, levando a precarização do trabalho, colocando o interesse privado acima do interesse público da gestão dos serviços (Batista Junior, 2014).

Assim, o subfinanciamento que há muito é colocado como um dos principais problemas para a concretização do SUS continua, mas, já não é mais possível fazer análises sem considerar os demais retrocessos que impedem diretamente a concretização do SUS (Batista Junior, 2014) constitucional e, ainda mais, o idealizado pelo movimento da Reforma Sanitária.

Encerramos o tópico demarcando que, entre tantas outras coisas que não estão de acordo com o modelo de SUS pensado e disposto na CF88, sua consolidação torna-se impossível sem que

[...] se promova de imediato a **desprivatização do Sistema nas ações, gestão, gerência e na força de trabalho, extinguindo as organizações sociais, OSCIPs, fundações de direito privado, EBSEH, cooperativas, terceirizações de trabalhadores e toda e qualquer possibilidade de “parceria” privada, substituindo a rede privada contratada pela rede eminentemente pública estatal fortalecida, estruturada e ampliada** (Batista Junior, 2014, p. 22, grifos nossos)

4.3 A análise do financiamento da Saúde Mental no âmbito do SUS

“Sob a aridez dos números e do debate teórico, é de gente de carne e osso que pretendemos falar”
(Behring, 2021, p. 26)

Até a Saúde mental brasileira ser inserida como uma das Redes Temáticas em Saúde, com o decreto 7.508/2011, seguindo os princípios da Lei nº 10.2016/01 e – dez anos depois – com a Portaria da RAPS, muitas lutas foram travadas (Amarante, 1995). Contudo, nos ocuparemos neste tópico de traçar a operacionalização da nossa busca pelo financiamento da saúde mental, enquanto uma rede temática do SUS, considerando que, como vimos no debate acima, é cada

vez mais intenso os ataques acometidos os SUS, e nesse contexto, o campo da saúde mental não passa ileso.

No panorama nacional, Oliveira e Garcia (2023) apresentam uma pesquisa que indica a inserção da política de saúde mental no orçamento à saúde. As autoras concluem que a saúde mental, inserida no plano orçamentário a partir de 2010, vivencia algumas fases que estão interligadas as medidas políticas e econômicas adotadas pelos governos, de forma que entre os anos de 2013 a 2017 (segundo mandato de Dilma Rousseff) temos um cenário de ampliação nas ações orçamentárias do Ministério da Saúde, voltadas a saúde mental, específicas para o enfrentamento às drogas⁹². Já a partir de 2018 entramos em uma nova fase (governo Bolsonaro), com a extinção de ações orçamentárias, logo, com a suspensão de recursos para o campo da saúde mental. Ao fim, a pesquisa comprovou que, a nível nacional, a política de saúde mental sofreu retrocessos, em especial nos princípios da Reforma Psiquiatria, sustentando pela lei 10.2016/01, com a diminuição dos recursos, que impede a criação de dispositivos assistenciais de base comunitária e reinserção social (Oliveira; Garcia, 2023).

Assim, considerando as disputas existentes na Política de Saúde e no próprio campo da saúde mental, o processo de descentralização das políticas no país, e a vinculação a uma abordagem crítica na análise do orçamento, se faz necessário retomar a base de como fazer a busca pelo financiamento estadual da política de saúde mental. Para isso, demarcamos as bases que nos sustentam.

Amparadas em Salvador e Teixeira (2014), que afirmar que, a análise crítica do orçamento deve compreender aspectos como (Figura 10):

⁹² Com o Programa Crack é possível vencer.

FIGURA 10 - ELEMENTOS DE UMA ANÁLISE CRÍTICA DO ORÇAMENTO



Fonte: Salvador; Teixeira, 2014. Elaboração Própria, 2023.

E ainda, soma-se a esses aspectos, caso busque-se por uma análise ampliada do financiamento de uma Política Social, até mais três dimensões, sendo: **ótica tributária**, onde é possível verificar o caráter progressivo ou regressivo das fontes de financiamento de uma política; **gestão financeira**, que possibilita a análise das decisões no campo político administrativo, a descentralização, e ainda o controle democrático do orçamento e; **as renúncias tributárias**, que permite uma compreensão sobre o financiamento indireto das políticas sociais (Salvador, 2012).

Tendo em vista essas propostas de estudos crítico de orçamento, pontuamos que este trabalho buscou abordar a **Gestão Financeira** da Saúde Mental no ES, ou seja, estamos buscando destino dos gastos da saúde mental dentro da política da saúde, atrelada às decisões no campo do ente federativo estado, buscando os aspectos: Direção dos gastos; Distribuição dos recursos entre os serviços e Valores destinados à saúde mental. Veremos que nem todos esses aspectos podem ser respondidos com afirmações precisas, quantitativamente, quando se trata do campo da saúde mental, mas mostraremos o por que isso acontece.

Trilhar o caminho para chegar a esses aspectos, se mostrou cheio de barreiras, especialmente por não existir uma fonte/ação específica de financiamento (como apresentaremos no tópico 4.6), que compreende as ações e os serviços da saúde mental no campo da saúde e nem um documento que sintetize as competências do ente estado. Assim, o percorrer do caminho seguiu pela necessidade de desbravar quais peças pavimentaram este caminho; recolher as peças fragmentadas, e em um movimento não linear, remontar cada uma delas.

Tendo esses ensinamentos como base, nos dois próximos tópicos recolhemos pistas de quais são as competências e qual o papel que o ES deveria exercer no financiamento da RAPS, e como a saúde mental aparece no orçamento geral do estado do ES. Esses dois tópicos fundamentam as demais análises que serão realizadas na seção 5, onde nos direcionarmos para o que está sendo executado pelo estado no financiamento da RAPS, mostrando a tendência em curso.

4.3.1 - A competência do estado do Espírito Santo no financiamento da Rede de Atenção Psicossocial Capixaba

Nosso objeto requer partirmos da Lei Orgânica da Saúde (Brasil, 1988), para, em seguida, explorar outras resoluções em nível federal e estadual, para decifrar as competências do ente estado no financiamento da RAPS.

Recorrendo a Lei 8.080/90, o capítulo IV, que trata das competências e das atribuições dos entes federativos, em seu artigo 17º, trata da direção do SUS e afirma que ao estado compete:

FIGURA 11 - COMPETÊNCIAS DO ENTE FEDERATIVO ESTADO NO SUS



Fonte: Artigo 17º da Lei 8.080/90 (Brasil, 1990). Elaboração própria, 2023.

Tal Normativa indica competências de formulação, articulação e colaboração com os demais entes para planejamento, execução e avaliação da política de saúde em nível estadual. Essas são delimitações amplas, que como apontadas por Noronha, Lima e Machado (2012, p. 373), “[...] evidenciam a ausência de padrões de autoridade e responsabilidade claramente delimitados”.

No mesmo ano da Lei Orgânica da Saúde, através da Lei nº 4.317/90 (Espírito Santo, 1990), o governo do estado do Espírito Santo estabeleceu o Sistema Estadual de Saúde e quais seriam os mecanismos de operacionalização do sistema de saúde capixaba.

§ 1º - Compete ao Estado, no Modelo Assistencial de Saúde, a operacionalização e a gerência da rede de serviços de saúde, inclusive a complementar: dos níveis regionais, e estadual; do sistema de Informações de Saúde; do Sistema de referência e contra-referência de nível regional para nível estadual e garantir o acesso do nível municipal para o nível regional (ESPÍRITO SANTO, 1990, s/p, grifos nossos).

As competências do estado são muito parecidas com as do município, e ainda, na falta do município cumprir alguma delas, o estado deverá assumir as funções do município, até que o mesmo possa assumi-las (ESPÍRITO SANTO, 1990).

As normativas gerais nos dão pistas, mas precisamos seguir buscando outras normativas que nos ajudem na tarefa de sistematizar o papel do estado do Espírito Santo na RAPS. Recorrendo ao Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006) e ao Decreto 7.508 (BRASIL, 2011), para exploramos os

Termos de Compromisso de Gestão e o Contrato de Organizativo de Ação Pública⁹³, buscando o que o ES pactuou como sua competência no campo da saúde mental. O primeiro impasse enfrentado foi o de acesso a esses documentos, já que ambos não estão disponíveis de forma pública, diferente de outros estados do país⁹⁴. Após inúmeras buscas, a realidade encontrada no ES em relação a esses documentos é a seguinte:

O Termo de Compromisso de Gestão do estado do ES - que seria um documento privilegiado para entender o “lugar” que o estado vem colocando a saúde mental - não foi possível de ser encontrado na SESA (solicitamos diretamente para o Secretário de Saúde, no ano de 2022). Tentamos ainda na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e na Gerência de Planejamento Estadual e Desenvolvimento Institucional (GPDI)⁹⁵, ambos os setores informaram não possuir registros desse documento⁹⁶.

Em uma busca sobre informações sobre o TCG encontramos, no site oficial da SESA, que o estado elaborou e efetivou o documento, no ano de 2008⁹⁷,

Foi homologado, na última semana, pelo Ministério da Saúde (MS), um documento elaborado pela Secretaria de Estado da Saúde (Sesa) e aprovado pelo Conselho Estadual de Saúde (CES) que formaliza as responsabilidades atribuídas à esfera estadual na condução do processo de aprimoramento do Sistema Único de Saúde (SUS). O TCG faz parte do Pacto pela Saúde, um conjunto de reformas institucionais do SUS firmado entre as três esferas de gestão (municípios, estados e União), que objetiva promover inovações nos processos e instrumentos de gestão e gerenciamento, visando a alcançar mais eficiência nos serviços prestados aos usuários. [...] **Entre outras políticas de saúde, o TCG do Estado traça metas e ações de redução da mortalidade infantil e materna, da incidência de câncer (de colo de útero e de mama), da Saúde do Idoso, além de atividades de controle da dengue, malária, tuberculose, hanseníase e Doença de Chagas.** O fortalecimento da Atenção Primária e a qualificação da atenção às urgências. **O TCG de cada unidade da Federação deve ser atualizado anualmente** (Espírito Santo, 2008, s/p, grifos nossos).

Como o excerto sintetiza, é possível afirmar que o documento foi efetivado e continha em si “[...] as responsabilidades atribuídas à esfera estadual na condução do processo de aprimoramento do Sistema Único de Saúde” (Espírito Santo, 2008, s/p), mostrando que o Estado estava alinhado com a normativa nacional do momento, o Pacto pela Saúde. Entretanto,

⁹³ Relembramos que a escolha por análise dessas normativa, justifica-se pelo recorte temporal da pesquisa (2009-2021).

⁹⁴ O estado de São Paulo, por exemplo, disponibiliza esses documentos no site da secretaria de saúde do estado: www.saude.sp.gov.br.

⁹⁵ A busca pelos documentos nesse setores deu-se pelo fato de que ambos tem relação com as pactuações do estado e com o planejamento estratégico-organizacional da saúde do ES.

⁹⁶ As informações repassadas pelos setores eram divergentes, já que em um dos setores fomos informadas que o estado não havia assinado esse documento, já no outro setor, fomos informadas que o estado assinou em alguns anos, contudo, ele não estava disponível para ser acessado.

⁹⁷ No ano de 2007 os TCG do estado e dos municípios não foram efetivados pois houve necessidade de correções nas planilhas financeiras (Neto; Itani, 2008).

como não foi possível acessar o documento na íntegra e nem encontrar informações no site referentes a atualização anual do TCG e seu conteúdo, não é possível afirmar que o documento estadual foi atualizado anualmente, como previsto, e ainda que continha responsabilidades ligadas à saúde mental.

A situação não é diferente com o **Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde**, que é o documento elaborado pelos três entes federativos, derivado do Decreto 7.508/11, com o objetivo de organizar e integrar as ações e serviços de saúde, definindo as responsabilidades, indicadores e metas, inclusive os recursos financeiros que seriam disponibilizados por cada ente (Brasil, 2015).

Os setores não tinham acesso ao COAP, e em decorrência, não sabiam responder quais os anos que o documento foi elaborado pelo estado. Mas, realizamos a busca em outros documentos, descobrimos que o ano de 2013 é o ano de construção do documento, como consta no Plano de Ação da RAPS do ES (Espírito Santo, 2013), sobre o COAP

Atualmente as quatro regiões do Estado já encaminharam as planilhas e documentos referentes aos seus respectivos contratos para análise do Núcleo de Coordenação Estadual para ajustes e correções. **A expectativa é de que toda a documentação dos quatro contratos esteja disponível para ser encaminhadas ao Ministério da Saúde em dezembro de 2013.** Após avaliação e validação do Ministério da Saúde será submetida à aprovação final dos Conselhos Municipais de Saúde, Conselho Estadual de Saúde e CIR Regionais, segue então para homologação da CIB – ES e finalmente para CIT em Brasília (Espírito Santo, 2013, p. 23).

Ainda na análise do Plano de Ação da RAPS, encontramos a informação de que constava no COAP, para a área da saúde mental, a Diretriz 4 - Fortalecimento da rede de saúde mental, com ênfase no enfrentamento da dependência de crack e outras drogas – que buscava ampliar o acesso da população a atenção psicossocial. Para isso, o único indicador ampliado é o da cobertura do CAPS (Nº de CAPS X 100 mil / população), conforme a quadro que consta do documento:

IMAGEM 4 - META DE COBERTURA ESTADUAL DE CAPS ESTABELECIDADA PARA O ANO DE 2013 – COAP/ES

Diretriz 4 - Fortalecimento da rede de saúde mental, com ênfase no enfrentamento da dependência de crack e outras drogas.				
Objetivo 4.1 - Ampliar o acesso à Atenção Psicossocial da população em geral, de forma articulada com os demais pontos de atenção em saúde e outros pontos intersetoriais.				
Nº	Tipo	Indicador	Meta 2013	Unidade
29	E	COBERTURA DE CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)	0,84	/100.000
				/100.000

Fonte: GERA/NEM/SAÚDE MENTAL/SESA-ES, 2013.

Sobre a meta estabelecida, cabe destacar que no período de 2002 a 2014 o ES era o estado da região sudeste com a menor cobertura de CAPS, atingindo em 2012 a taxa de 0,46 para 100.000 mil habitantes (Brasil, 2015). Assim, a meta de cobertura de 0,84 CAPS/100 mil, posta no ano de 2013 no COAP, previa que o estado saísse da cobertura “regular/baixa” (entre 0,35 a 0,49) e entrasse na “muito boa” (acima de 0,70), o que significava inclusive, uma cobertura igual à que foi atingida nacionalmente no ano de 2014. Mas no caso da ES, que sempre esteve abaixo da média nacional das taxas de cobertura dos CAPS, a meta posta em 2013, até o ano de 2023 não foi cumprida (Brasil, 2015; Espírito Santo, 2019).

Apenas essa informação do Plano de Ação da RAPS não sustenta uma afirmação de que essa era a única meta para o campo da saúde mental, estabelecida nesse documento. Mas pela falta de acesso ao documento na íntegra, ficamos impossibilitadas de fazer as análises sobre as competências assumidas pelo ente estado, por essa via.

Apesar disso, cabe evidenciar que o instrumento não teve uma vigência prolongada, já que

A Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo suspendeu temporariamente a pactuação em virtude do posicionamento do CONASS em assembleia e enviou o OF/SES/GS/574/14 em 14.08.14. A assembleia do CONASS, em 30/07/14 decidiu que a discussão do COAP deve estar vinculada à decisão da metodologia do rateio dos recursos aos estados e municípios (Brasil, 2015, p. 08, grifos nossos).

Tal fragmento, retirado de Nota Técnica 03/2015 produzida pelo Conselho Nacional de Secretário de Saúde, mostra o posicionamento do ES em relação a continuar utilizando esse instrumento para a pactuação entre os entes federativos. Entre os motivos que levaram a alguns estados não assinarem o COAP, incluso o ES⁹⁸, estão os seguintes questionamentos: a) Requisição de um financiamento adequado, defendendo que a implantação do COAP precisa de recursos de investimento e custeio definidos; b) Necessidade de uma revisão dos parâmetros de rateio de despesas em saúde, com base na Portaria GM 204/2007 e a Lei Complementar 141/12; c) Modificações nos parâmetros assistenciais; d) A organização de um sistema de regulação de acesso à atenção à saúde e; e) Implementação de mecanismo de governança regional, visando a eficiência e eficácia das atuações regionais previstas no COAP, que até o ano de 2015 era incipientes.

⁹⁸ A exemplo, no ANEXO L, consta o ofício nº 523/2014, enviado pelo Secretário de Saúde, José Tadeu Marino, ao Colegiado de Secretários Municipais de Saúde do Espírito Santo (COSEMS/ES), informando sobre as decisões tomadas a partir da 6ª Assembleia do CONASS, onde ficou pactuado que os estados não iriam mais assinar o COAP, no ano de 2014.

Dois pontos devem ser evidenciados no retrato dessas normativas no âmbito do ES. O primeiro, é geral, em relação ao Pacto pela Saúde e ao Decreto 7.508. A identificação que o estado produziu esses documentos mostra o alinhamento em seguir as normativas postas pela união, em uma tentativa de implementar os instrumentos no estado. Em um contexto em que no ano de 2008 somente 16 estados (59,25%) e 2 mil municípios (35,93%) tinham implantado o Termo de Compromisso de Gestão no país (Brasil, 2013), importar evidenciar a elaboração e implantação dessas ferramentas, mesmo que não tenham se efetivaram como um instrumento efetivo da gestão.

O segundo ponto é o fato de tais documentos, julgados centrais para compreender elementos de como o processo de descentralização da saúde foi desenhado no estado do ES, não estarem disponível para consulta, impossibilitando uma análise da existência ou não das responsabilidades, de forma que não conseguimos acessar quais as responsabilidades assumidas pelo estado e nem quais os acordos de colaboração foram firmados entre os entes, para a organização e integração das ações e serviços de saúde, e em último para o campo da saúde mental.

Dadas as pistas iniciais desses documentos, entendemos que seria necessário fazer um retorno para os documentos que balizaram a implantação da RAPS no ES, tanto para continuar perseguindo as competências assumidas pelo estado, bem como caracterizar como foi esse processo, haja vista, não ter conseguido acessar informações nos documentos citados anteriormente.

4.3.2. A RAPS no ES

A Portaria nº 3088 (de promulgação da RAPS), de 2011, define que

[...] II - ao Estado, por meio da Secretaria Estadual de Saúde, [compete o] **apoio à implementação, coordenação do Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção Psicossocial, financiamento, contratualização com os pontos de atenção à saúde sob sua gestão, monitoramento e avaliação da Rede de Atenção Psicossocial** no território estadual de forma regionalizada (Brasil, 2011, s/p, grifos nossos).

No contexto do estado do Espírito Santo, a adesão a RAPS acontece no ano 2012, com a Resolução CIB-ES nº 267, de 20 de setembro de 2012, que aprova tal adesão à Rede de Atenção Psicossocial, junto ao Ministério da Saúde (Espírito Santo, 2012). É também nesse momento que o estado institui o Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção Psicossocial no Espírito Santo, formado pela Secretaria Estadual de Saúde (SESA), que é o coordenador do grupo, Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) Conselho Estadual de Saúde (CES) e apoio institucional do Ministério da Saúde (MS) (Espírito Santo, 2013).

No ano de 2013, em um contexto que o estado já vinha com a ampliação da rede de saúde mental, seguindo a diretriz nacional da política de saúde mental, com a redução dos leitos psiquiátricos e a expansão e fortalecimento da rede extra-hospitalar com os CAPS e as SRTs, por exemplo (Oliveira; Garcia, 2011), a SESA produz o **Plano de ação estadual da Rede de Atenção Psicossocial – PAR/RAPS**, que se caracteriza como documento base para o projeto de transformação na oferta de serviços de saúde mental no ES (Espírito Santo, 2013). Com objetivo de pactuar a rede de atenção em saúde mental, de forma que cada um dos municípios contivessem ações de atenção psicossocial em seu território (considerando a Atenção Básica) e que serviços de maior complexidade fossem regionalizados (Espírito Santo, 2015), o documento, frente ao histórico que o campo de saúde mental tem no país, defendia a superação da lógica manicomial.

Historicamente a atenção em saúde mental foi oferecida a partir de ações de assistência hospitalares **sendo as internações em hospitais psiquiátricos o procedimento mais frequente**. Podemos perceber sua força a todo o momento e se faz presente nas frequentes queixas dos usuários do SUS quanto à falta de “vagas para internação”. **Este dado nos revela que atenção em rede nesta área só faz sentido se puder ser traduzida por uma superação desta cultura** (Espírito Santo, 2013, p. 14, grifos nossos).

O documento mostra que as ações e as produções oficiais do governo estadual, nesse momento, comungam com o que está sendo incentivado, normatizado e debatido no âmbito federal. Outro ponto importante é o resgate das ações gerais feitas pelo governo do ES para a consolidação da RAPS, entre elas, o destaque vai para a integração da saúde mental na Atenção Primária à Saúde (APS) (Espírito Santo, 2013).

Na Atenção Primária em Saúde do ES, a partir de 2011, o governo criou o Programa Novos Caminhos, que visava garantir políticas de atenção integral à saúde da população capixaba, instituindo a Política Estadual de Cofinanciamento da Atenção Primária à Saúde do Estado do Espírito Santo (PECAPS), regulamentada pelo Decreto Nº 3147 - R de 21 de novembro de 2012 e resoluções complementares da CIB-ES. Tal política estabeleceu a transferência de Recursos Financeiros Fundo a Fundo – Fundo Estadual de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde -, como mecanismo para execução financeira da política. Apesar de não ser um programa específico para o campo da saúde mental, o mesmo merece destaque, pelo fato de que, na APS, encontra-se ações e serviços de atendimento para os usuários da saúde mental⁹⁹ (Espírito Santo, 2013).

⁹⁹ O ministério da Saúde define que a APS deve ser encarada como o centro de comunicação entre as redes temáticas (BRASIL, 2014). É reconhecendo a sua importância que ressaltamos a APS, contudo não entraremos no

Outra ação do estado para a implementação da RAPS, citado no documento, é sobre o cofinanciamento dos CAPS, relatando a parceria estabelecida com os municípios, em uma pactuação, onde o estado oferece a planta, a construção e o município, como contrapartida, oferece a cessão do terreno. Até 2013, foram investidos R\$ 8.513.417,85, o que representou a construção de 05 (cinco) CAPS (Espírito Santo, 2013). Nesse aspecto, cabe demarcar que apesar da parceria na construção, o estado do ES não garantiu um fluxo de investimento para os CAPS, como por exemplo, recursos destinados para a manutenção desse serviço.

Mas o principal elemento a ser evidenciado no documento são as ações que indicam o estado do ES como um ente **Planejador da RAPS**. O estado exerceu o papel de coordenar todo o processo de elaboração do desenho e pactuação da RAPS no ES, com os municípios.

[...] A pactuação da Rede de Atenção Psicossocial no Estado do Espírito Santo se deu com intensa participação de gestores e técnicos municipais, a partir de encontros organizados regionalmente no modelo de fóruns e de oficinas. **O objetivo desses encontros foi, mais do que a apresentação da proposta de rede por parte da Coordenação Estadual de Saúde Mental e Grupo Condutor da RAPS/ES, produzir espaços de debate e de construção conjunta.** Pretende-se que, após a pactuação e construção deste plano de ação, esses espaços continuem vivos, com possibilidades de debates acerca de temas relevantes para a saúde mental (Espírito Santo, 2013, p. 51, grifos nossos).

É possível identificar, a partir do trecho acima, que o estado, por intermédio do Grupo Condutor da RAPS e da Coordenação Estadual de Saúde Mental, foi o responsável por produzir o material técnico com a necessidade de equipamentos para a RAPS – a partir das normativas da União sobre os parâmetros definidos pelo Ministério da Saúde (GM/MS nº 3.088, 3.080, 3.089, 3.090, 121, 122, 123, 130, 131, 132 e 148) – também fez as articulações necessários para construir os espaços de pactuações com os gestores dos municípios e os demais atores envolvidos nesse processo, de forma que ao fim do processo, a RAPS foi pactuada nas quatro regiões de saúde, bem como os seus respectivos Planos de Ação Regional¹⁰⁰ (Espírito Santo, 2013).

Vale reforçar, que nas tabelas de investimento dos Planos de Ação de cada Região, consta os valores que cada município tem que investir para conseguir cumprir a pactuação e cada um dos equipamentos que devem ser implementados. Ao ente estado, atribui-se apenas a participação do financiamento de CAPS e ser o planejador da rede, sendo que outras competências não foram identificadas (Tabela 1).

repassa que o estado faz para o município para o APS, visto a impossibilidade de identificar o que foi destinado ao campo da saúde mental, a partir desse recurso.

¹⁰⁰ Os Planos de Ação Regionais, de cada uma das regiões do ES, traz uma visão geral da implantação da RAPS, com desenho da rede e tabelas financeiras, considerando que o ente da pesquisa é o Estado, não abordaremos os detalhes desses documentos.

TABELA 1 - INVESTIMENTO DA RAPS NOS PLANOS DE AÇÃO REGIONAIS DO ES

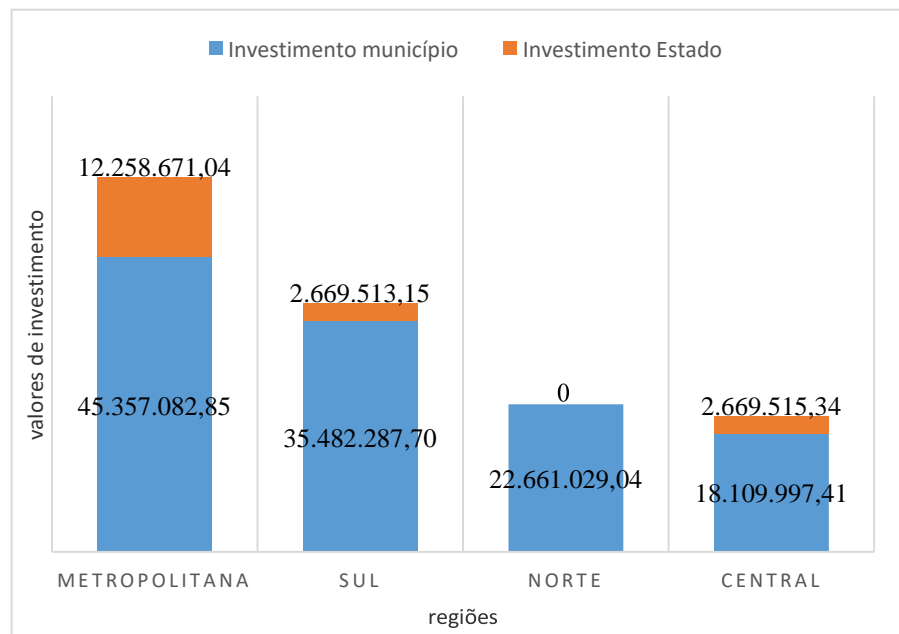
REGIÃO	INVESTIMENTO MUNICIPAL	INVESTIMENTO ESTADUAL	TOTAL INVESTIDO
METROPOLITANA	45.357.082,85	12.258.671,04	57.615.753,89
SUL	35.482.287,70	2.669.513,15	38.151.800,86
NORTE	22.661.029,04	0	22.661.029,04
CENTRAL	18.109.997,41	2.669.515,34	20.779.512,76
TOTAL	121.610.397,00	17.597.699,54	139.208.096,54

*Valores deflacionados - índice IGP-DI

Fonte: Estado do Espírito Santo, 2013. Elaboração própria, 2023.

O financiamento previsto para a implementação da rede, que deveria ser investida pelo estado, representa 12,65%, o que é expressivamente menor que o definido aos municípios (87,35%) (tanto no que diz respeito ao quantitativo de recursos como o de serviços). Outro fator que vale ser destacado, é que os recursos do financiamento referente ao estado além de serem destinados unicamente para um serviço, implantação de CAPS¹⁰¹, apresentam diferenças entre as regiões de saúde (Espírito Santo, 2013).

GRÁFICO 2 - VALORES PREVISTO NA PACTUAÇÃO DE IMPLEMENTAÇÃO DA RAPS ES



*Valores deflacionados - índice IGP-DI

Fonte: Governo do Estado do Espírito Santo, 2013. Elaboração própria, 2023.

¹⁰¹ Cabe destacar que nesse momento (2013) a União também fez o movimento de incentivar o custeio dos CAPS, com o reajuste para custeio (cerca de 27% para os CAPS III e 33% para os CAPS AD II), com a promulgação da portaria GM nº 1.966/2013 (BRASIL, 2014).

Interessa observar a diferença na alocação de recursos estaduais entre as regiões (Tabela 1 e Gráfico 2)¹⁰², bem como a pressão sobre o nível municipal. Chamou atenção o fato da Região Norte não ter nenhum valor previsto, considerando que na Planilha de investimentos da Região estavam indicados a construção de 10 CAPS e a adequação de outros 2. Contudo, não é possível identificar os critérios que levaram a não previsão de recursos estaduais para esses equipamentos.

A região Metropolitana do ES, que é a região que historicamente possui o maior quantitativo de serviços e equipamentos da RAPS no ES e a Região Sul, que foi a localização de um dos maiores manicômios do estado, a Santa Isabel¹⁰³, foram as regiões com maior aporte.

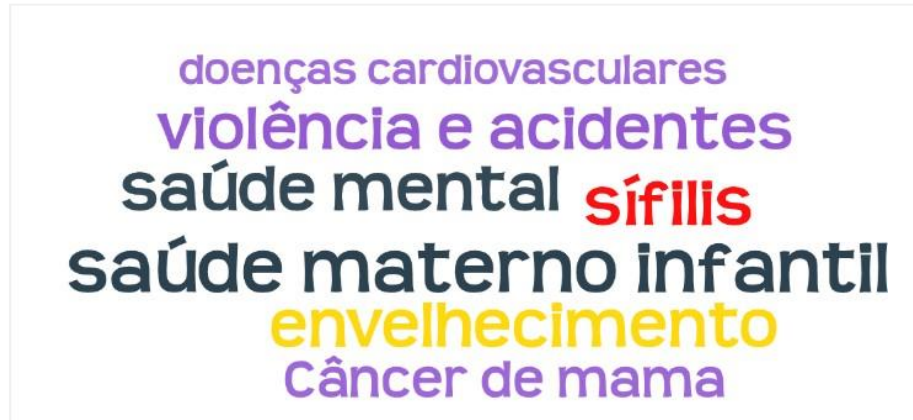
É importante destacar as diferenças dos recursos entre as regiões e a ausência de informações sobre os critérios para o estabelecimento dessas previsões. Contudo, cabe destacar que apesar de todo o desenho, planejamento e organização feitos pelo estado e aderido pelos municípios, a efetivação das pactuações não foi realizada como esperada, e a questão do financiamento certamente foi um fator que contribuiu para isso. Essa questão apareceu nas discussões realizadas pelo Grupo Condutor RAPS/ES, onde os gestores, mesmo aderindo ao desenho, mostravam preocupações com “[...] à queda de receita dos municípios e a dificuldade de custear a RAPS” (Espírito Santo, 2013, p. 54).

Outro documento onde encontramos características desse processo de implementação da RAPS no ES foi o **Plano de Intervenção Regional (PIR)**, elaborado em 2015. O PIR tinha como objetivo potencializar as “[...] equipes técnicas e gestores de cada região para operar sobre o desenvolvimento dos sistemas regionais” (Espírito Santo, 2015a, p. 22). Dois pontos chamam atenção nesse documento: primeiro, o comprometimento do estado em **trabalhar o eixo da regionalização**, seguindo o Pacto pela Saúde e o Decreto 7.508 e; em segundo, o levantamento realizado para identificar as **áreas temáticas que demandam atenção**, em cada umas das Regiões de Saúde, tendo como resultado (Figura 12):

¹⁰² Optamos por utilizar duas casas decimais, e considerando a pouca diferença entre os valores nominais das Regiões Sul e Central os valores de ambas ficaram iguais.

¹⁰³ Aprofundaremos sobre esses assuntos na tópico 5.3 e 5.4.

FIGURA 12 - ÁREAS PRIORITÁRIAS NO PLANO DE INTERVENÇÃO REGIONAL (2015)



Fonte: Espírito Santo, 2015. Elaboração própria, 2023.

A **saúde mental** e a saúde materno infantil são as únicas áreas que aparecem em todas as regiões, seguidas do envelhecimento, que aparece em três regiões (Metropolitana, Central e Norte). A violência e acidentes aparece em duas (Metropolitana e Norte) e Câncer de mama (Central), sífilis e doenças cardiovasculares uma vez (Sul).

Nos Planos de Intervenção de todas as Regiões é possível identificar que nem todos os municípios concretizaram as ações e serviços pactuados no Plano de ação estadual da Rede de Atenção Psicossocial. Também foi possível encontrar a indicação do financiamento como um elemento chave para o entendimento da dificuldade de implantação e qualidade dos serviços da RAPS no ES, como mostram os fragmentos abaixo, sobre as regiões:

- Região Metropolitana

[...] pode-se apontar duas características do déficit estrutural da RAPS na Região Metropolitana de Saúde:

(a) déficit de CAPS I para municípios de pequeno porte (> 20 mil habitantes) localizados no interior (região serrana): Ibatiba, Afonso Cláudio, Venda Nova do Imigrante, Domingos Martins e Santa Teresa; e

(b) déficit de CAPS III, CAPS AD III e CAPS i nos municípios de grande porte (> 200 mil habitantes) localizado na região litorânea: Serra, Vila Velha e Cariacica.

No quadro demonstrativo de um importante município da RM, as despesas de custeio anual de um CAPS III foram de R\$ 2.866.647,48 sendo o valor transferido 251 com recursos da união correspondente a R\$ 397.035,00 (13,85%), dados de 2013. **Não existem recursos estaduais previstos.**

Entre as possíveis causas para os déficits na RAPS, do item (a) podemos citar a falta de profissionais qualificados e estrutura não qualificada da gestão para implantação do componente especializado da RAPS e do item (b) as causas prováveis devem-se a questões de ordem orçamentárias e fiscais relacionados a valores elevados de custeio (em torno de 86% das despesas do ano com recursos municipais próprios) e dos limites impostos pela lei de responsabilidade fiscal

com despesas de pessoal conforme disposto na Lei Federal nº 101/2000 (BRASIL, 2000) (Espírito Santo, 2015b, p. 250-251, grifos nossos).

- Região Sul

[...] Ainda que implantados alguns pontos de atenção da RAPS, **esses serviços ficam sobrecarregados em função da grande demanda e ainda contam com recurso insuficiente destinado ao seu custeio, o que impede o seu pleno funcionamento**” (Espírito Santo, 2015c, p. 63, grifos nossos).

- Região Norte

[...] relacionado aos CAPS, em 2014, foi feito um levantamento dos CAPS em funcionamento na nossa região para traçar um perfil de atendimento dos mesmos, situações relacionadas aos processos de trabalho, bem como dificuldades encontradas no desenvolvimento da Atenção Psicossocial. **O panorama apresentado nos aponta algumas fragilidades no desenvolvimento da Atenção Psicossocial desses municípios como Recursos Humanos insuficientes, pouca relação dos CAPS com a comunidade/território, Necessidades de aprimoramento de profissionais para lidar com as famílias, mau gerenciamento dos recursos de custeio, não realização do matriciamento** (Espírito Santo, 2015d, p. 247, grifos nossos).

- Região Central

Assim a crítica (sic) sobre as ofertas de serviços e ações existentes é que o **perfil assistencial em saúde mental da Região Central de Saúde revela grandes vazios assistenciais**. Em sua maioria os municípios desta região não têm serviços implantados, existem poucos profissionais capacitados em saúde mental e a quase inexistência de psiquiatras ou médicos generalistas especializados em saúde mental atuando na região (Espírito Santo, 2015e, p. 146, grifos nossos).

Com as pistas reunidas até aqui, vimos que o estado realizou parte das competências que estão previstas para o mesmo – “[...] **apoio à implementação, coordenação do Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção Psicossocial** (Brasil, 2011, s/p, grifos nossos). Contudo, ao que se refere ao financiamento, as indicações ainda são iniciais, o que converge ao indicado pela literatura.

Posto isso, passamos para o próximo grupo de documentos, os do orçamento geral do estado do ES.

4.4. Saúde Mental no orçamento geral do estado do ES

Analizamos os três principais documentos do orçamento geral do estado do Espírito Santo, buscando identificar a direção e as ações para o campo da saúde mental, presentes nesses documentos, sendo eles: O Plano Plurianual estadual, a Lei de Diretrizes Orçamentária do estado e a Lei Orçamentária Anual.

Em análise realizada nos Relatórios da Execução Programática do PPA, procurando as informações de saúde mental no **órgão/unidade orçamentária 44901 – Fundo Estadual de**

Saúde, a primeira constatação foi a de que não existe um programa específico para a saúde mental, de forma que as informações relacionadas a esse campo, não podem ser diretamente identificadas no relatório.

Assim, partimos para a busca das ações dentro de outros programas (no mesmo órgão), que pudessem conter ações ou serviços de saúde mental, sendo possível identificar as seguintes informações

TABELA 2 - PROGRAMAS E AÇÕES DA SAÚDE MENTAL PRESENTES NO RELATÓRIO DA EXECUÇÃO PROGRAMÁTICA POR ANO (2009-2015)

ANO	PROGRAMA	AÇÃO	PREVISTO	AUTORIZADO	REALIZADO
2009	0290 -Manutenção da rede de serviços de saúde	2712**	2.958.478,05	2.605.748,03	2.598.720,78
		2721***	14.707.784,35	13.970.008,05	11.689.071,90
2010	0290 - manutenção da rede de serviços de saúde	2712	3.004.591,59	4.258.107,10	4.218.093,20
		2721	14.937.038,83	24.564.749,03	19.187.428,25
2011	0290 - manutenção da rede de serviços de saúde	2712	2.702.096,73	3.451.398,44	3.379.955,73
		2721	13.433.239,49	21.392.866,67	17.270.987,07
2012	0290 -manutenção da rede de serviços de saúde	2712	3.886.708,89	4.122.365,55	3.759.192,51
		2721	12.781.907,12	18.565.939,60	17.240.888,10
2013	0290 -manutenção da rede de serviços de saúde	2712	3.869.558,97	3.955.173,98	3.895.783,07
		2721	12.725.505,31	21.560.073,41	20.327.725,54
2014	0290 - manutenção da rede de serviços de saúde	2712	3.946.828,37	3.971.753,02	3.877.162,01
		2721	12.979.613,11	18.234.632,55	18.071.923,90
2015	0290 - manutenção da rede de serviços de saúde	2712	4.093.437,74	4.859.554,89	4.231.657,34
		2721	13.461.755,31	19.015.664,25	18.005.294,28

*Valores deflacionados - índice IGP-DI

**2712 - manutenção do centro de atendimento psiquiátrico Aristides Alexandre campos

***2721 - manutenção do hospital Adatauto Botelho

Fonte: Espírito Santo, 2009; 2010; 2011; 2012; 2013; 2014; 2015. Elaboração própria, 2023.

O que foi possível encontrar nos Relatórios de Execução Programática são apenas referente a duas instituições hospitalares próprias do ES, destinadas ao atendimento em saúde mental (aspecto que retomaremos esses dados no tópico 5.1.2.1).

No período de 2016 a 2020 não foi possível identificar ação direta ligada a saúde mental dentro dos programas estabelecidos como prioridade no Relatório de Execução Programática do estado (órgão/unidade orçamentária 44901 – Fundo Estadual de Saúde) e as ações 2712 e 2721, dos anos anteriores, não existem mais – tornando impossível identificar o planejado para os hospitais psiquiátricos do ES.

Em 2020 e 2021 identificamos outra ação, em um novo programa (Tabela 3)

TABELA 3 - PROGRAMAS E AÇÕES DA SAÚDE MENTAL PRESENTES NO RELATÓRIO DA EXECUÇÃO PROGRAMÁTICA POR ANO (2020-2021)

ANO	PROGRAMA	AÇÃO	PREVISTO	AUTORIZADO	REALIZADO
2020	0047 - novo sus capixaba	2185**	137.854.298,9 2	139.885.032,44	114.921.915,31
2021	0047 - novo sus capixaba	2185	58.002.064,16	65.612.606,76	56.878.531,54

*Valores deflacionados - índice IGP-DI

**2185 - manutenção dos núcleos regionais de especialidades e centros de atenção psicossocial

Fonte: Estado do Espírito Santo, 2020; 2021. Elaboração própria, 2023.

Já nesse programa as informações são sobre os recursos destinados para a manutenção dos núcleos regionais de especialidades¹⁰⁴ e centros de atenção psicossocial, não havendo a possibilidade de separação entre o quantitativo que foi destinado a cada um dos diferentes serviços que compõem o programa. Apesar disso, destacamos a queda de quase 50% no repasse de recursos de 2020 para 2021 (pandemia do covid-19).

Importa salientar, que de forma indireta, é possível identificar a presença da saúde mental dentro de outros programas e ações, tais como: O programa de *Expansão e Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde no ES*, que tem como objetivo ampliar o acesso da população aos serviços básicos de saúde, com a expansão de unidades básicas de saúde e da cobertura do programa saúde da família, citando também os CAPS¹⁰⁵; as ações de *Assistência Complementar a Rede Pública*, pois essas ações contempla a possível compras de leitos em saúde mental. Contudo, dessa forma – citado indiretamente, sem uma ação ou programa direcionado para a saúde mental, não é possível identificar exatamente o que está sendo planejado para o campo, logo, sem a possibilidade de identificação de recursos¹⁰⁶.

O PPA é o documento que direciona a construção dos outros documentos, e pouco se tem para a saúde mental em suas ações, a realidade dos demais documentos não pode ser distinta. Assim, em análise feita na Lei de Diretrizes Orçamentária do estado, que tem como objetivo apontar

¹⁰⁴ É um serviço destinado a realização de consultas, exames e procedimentos de Atenção Especializada Ambulatorial (Espírito Santo, 2019).

¹⁰⁵ Apresentamos a relevância da Atenção Primária à Saúde para a saúde mental no primeiro tópico dessa seção.

¹⁰⁶ Um ponto que chama atenção, pensando o planejamento do ES e a saúde mental, é o fato de que em outros órgãos, aparecem ações específicas ligadas à saúde mental, como é o caso do *Órgão: 45000 Secretaria Estado da Segurança Pública e Defesa Social - Un. Orçamentária: 45104 Corpo de Bombeiros Militar do estado do ES*, onde consta por exemplo a Ação 1771 criação da unidade integrada de serviço social e psicológico, que tem a finalidade de garantir o atendimento social e psicológico aos policiais militares, policiais civis e bombeiros, integrada a assistência médica e hospitalar e a Ação: 2770 expansão e otimização do centro de tratamento de dependentes químicos, que tem a finalidade de prevenir e tratar profissionais da segurança pública, seus dependentes e conveniados envolvidos com dependência química. Cabe salientar que, para essas ações é possível acessar o planejamento, contudo, além de não fazer parte da RAPS e nem do SUS, são restritas a determinado grupo de indivíduos.

as prioridades do governo, encontramos o seguinte cenário: A LDO de 2009-2011, no *Anexo III - PRIORIDADES E METAS*, não é possível encontrar nenhum programa/objetivo destinado a saúde mental, nem mesmo a palavra saúde mental é citada no anexo.

Nos anos de 2012 a 2016 e 2020 os documentos de LDO não possuem a parte destinada a prioridades e metas do governo estadual, restringindo-se às Metas Fiscais e aos Riscos Fiscais. Para os anos de 2017-2018-2019-2021, o cenário não foi diferente, permanecendo o não estabelecimento de prioridades e metas destinadas à saúde mental.

Cabe ressaltar que no ano de 2021 é possível encontrar a ação 2185 nas PRIORIDADES E METAS – EMENDAS (Manutenção dos núcleos regionais de especialidades e centros de atenção psicossocial, vinculada a Emenda nº 018), mesmo não sendo possível distinguir qual o quantitativo destinado para os CAPS, pois não é possível separar os valores do núcleos de especialidades, cabe realçar a problemática das emendas como fonte de recursos, já que, esse instrumento não garante financiamento das políticas, pois trata-se de um meio de atuaçãodos parlamentares (Araujo, 2023).

Chegamos a análise da última peça do orçamento geral do estado – a LOA. Foi praticamente inexistente o registro do planejamento para o campo da saúde mental. Apenas encontramos na LOA as informações sobre a manutenção do Centro de Atendimento Psiquiátrico Aristides Campos e do Hospital Adauto Botelho (2009 a 2015) – nos anos de 2016 a 2019 não é possível encontrar nenhuma informação – e nos anos de 2020 e 2021 encontravam-se informações sobre os Centros de Atenção Psicossocial, mas o valor destinado para esse equipamento continuava atrelado ao valor destinado aos núcleos regionais de especialidades. Ou seja, a LOA segue refletindo os vazios apresentados anteriormente, com as ausências de conteúdo dos outros documentos voltados para a saúde mental.

Junto com as ausências da temática no trio dos principais documentos do orçamento geral do estado, o plano estadual de saúde, que é a base para a condução do ações no âmbito do SUS, em cada ente federativo, deve ser compatível com o que está estabelecido nesses documentos (BERZOINI, 2010). Ou seja, temos ai pistas de como os governos do ES estão tratando a saúde mental nos Planos de Saúde do estado¹⁰⁷.

Outro ponto importante é o fato de que, sem constar no planejamento, não se tem recursos definidos para o campo da saúde mental, o que impossibilita ainda mais o monitoramento dos

¹⁰⁷ Analisaremos os Planos Estaduais de Saúde na próxima seção.

recursos, e fazer as avaliações entre o que foi planejado e o que foi realizado, interferindo diretamente na garantia do controle social.

FIGURA 13 - SÍNTESES DO QUE CONSTA SOBRE SAÚDE MENTAL NOS DOCUMENTOS DO ORÇAMENTO GERAL DO ES

DOCUMENTOS DO ORÇAMENTO GERAL DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO		
Relatórios de Execução Programático	Lei de Diretrizes Orçamentária do estado	Lei Orçamentária Anual
Dados referentes a leitos psiquiátricos e núcleos regionais de especialidades e centros de atenção psicossocial	Não é possível encontrar nenhum programa/objetivo destinado a temática da saúde mental	Dados referentes a leitos psiquiátricos e núcleos regionais de especialidades e centros de atenção psicossocial

Fonte: Espírito Santo, 2009; 2010; 2011; 2012; 2013; 2014; 2015; 2016; 2017; 2018; 2019; 2020; 2021. Elaboração própria, 2023.

Posto isso, passamos para a nossa próxima seção, onde analisamos, a partir dos documentos específicos da saúde, o que foi planejado e o que foi realizado para a saúde mental. É nessa seção que apresentaremos o panorama do financiamento estadual da saúde mental no ES.

5. SAÚDE MENTAL NO ESPÍRITO SANTO EM DADOS: O PLANEJADO E O EXECUTADO

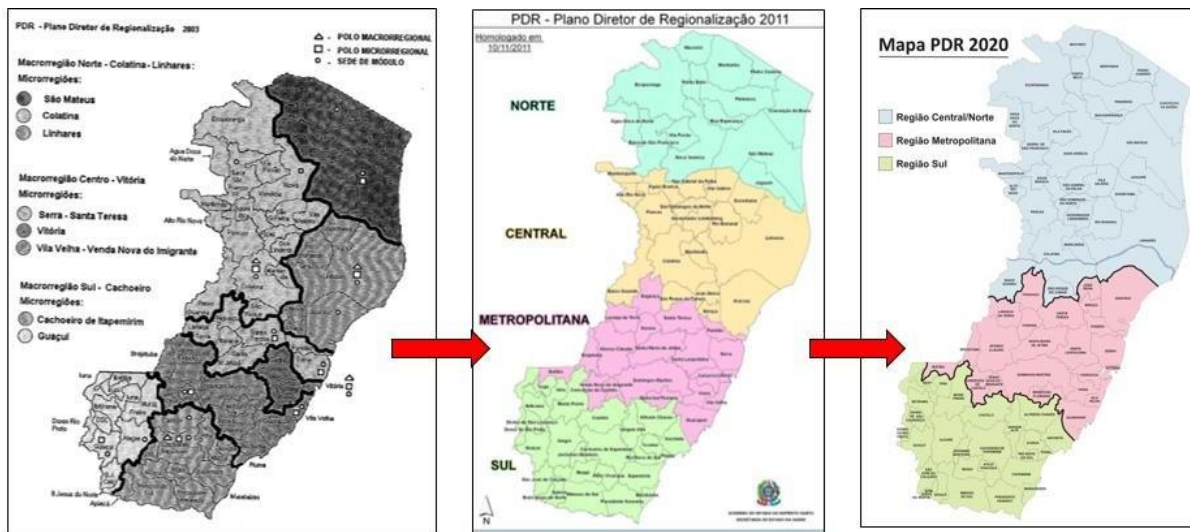
“Não te fatigues logo. Tens trabalho para toda a vida.”
(Cecília Meireles)

O estado do ES assumiu a Gestão Plena do Sistema de Saúde no final de 2004, desde então, buscou desenvolver um modelo centrado em duas vertentes: a **implementação de uma política estadual de saúde descentralizada e com cooperação entre gestores** (municipais e estadual); e a **reestruturar ação da organização do sistema, visando atender às demandas da sociedade** (Espírito Santo, 2008).

Para isso, o modelo de gestão baseia-se na descentralização e transfere o poder decisório para níveis hierárquicos – Superintendências Regionais de Saúde - que adquirem autonomia política e administrativa para conduzir a gestão nas Macrorregiões de Saúde, dispostas no Plano Diretor de Regionalização (PDR) (Espírito Santo, 2008). A **Regionalização** (um princípio do SUS) tem como objetivo contribuir com a descentralização das ações e serviços de saúde, estabelecendo critérios de alocação de recursos e distribuição dos serviços de saúde pelo estado, visando contribuir com a redução das desigualdades (Espírito Santo, 2008).

Assim, o modelo de gestão do estado tem suas estratégias e diretrizes firmadas a partir do PDR, considerando como critérios para a definição das regiões: Geografia, Infraestrutura e Densidade Tecnológica (Espírito Santo, 2008). Ao longo do tempo, novas regiões podem ser criadas ou agrupadas. As três últimas divisões da Regionalização do ES, que abrangem o período de 2003 até 2023, apresentam as alterações que foram realizadas, que no caso do ES, a tendência é de um agrupamento das Regiões (Figura 14).

FIGURA 14 - MAPAS DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO COM A EVOLUÇÃO DA REGIONALIZAÇÃO EM SAÚDE (PDR 2003; 2011 E 2020)



Fonte: Espírito Santo, 2003; 2011; 2020. Elaboração própria, 2023.

O primeiro mapa mostra o PDR do ES publicado em 2003, e nele é possível observar a divisão dos municípios em 08 microrregiões e 03 macrorregiões (Macrorregião Norte composta São Mateus, Colatina e Linhares; Macrorregião Centro composta por Serra-Santa Tereza, Vitória e Vila Velha- Venda Nova do Imigrante e; Macrorregião Sul composta por Cachoeiro de Itapemirim e Guaçu (Espírito Santo, 2008). A revisão do PDR de 2003 ocorreu em 2011, após reconhecimento de inadequações de distâncias e tempo para garantir os serviços para as regiões, sendo definidas novas regiões de saúde (apresentado no mapa dois), composto por: Região Norte com 14 municípios, Região Central com 18 municípios, Região Metropolitana com 20 municípios e Região Sul com 26 municípios (Espírito Santo, 2012).

Já a última mudança no PDR capixaba ocorreu em 2020, através da Resolução nº 153/2020 da CIB que fez as seguintes alterações: o ES passa a ser composto de 03 (três) Regiões de Saúde: Região Central/Norte, Região Metropolitana e Região Sul. Em linhas gerais as modificações feitas foram, a inclusão dos municípios de Aracruz, João Neiva e Ibiracu na Região Metropolitana de Saúde (antes pertenciam a Região Central) e a integração dos municípios da Região Central e Norte, que agora formam a Região Central/Norte. Não houve alterações na Região Sul (Espírito Santo, 2020). Para o nosso trabalho, importa destacar esse processo de modificações na descentralização, para que seja possível fazer um comparativo com a distribuição regional dos serviços da RAPS e as Regiões de Saúde, no território capixaba.

Uma das formas de observar a existência de diferenças entre as Regiões e o que está sendo proposto/aprovado é a partir das Resoluções da CIB/ES, isso pois, como mostramos na seção

3, a CIB é o espaço onde acontece as definições de quais serviços serão oferecidos em cada uma das Regiões de Saúde (Dourado; Elias, 2011).

Ao todo, ao longo dos 13 anos (2009-2021) foram publicados pela CIB¹⁰⁸ 102 resoluções sobre a saúde mental. Objetivando apresentar quais foram os conteúdos discutidos na CIB/ES nesse período, elaboramos o Quadro 10. Maiores especificidades sobre as resoluções podem ser consultadas no Apêndice 1.

QUADRO 10 - RESOLUÇÕES APROVADAS NA CIB/ES SOBRE SAÚDE MENTAL*

PLANEJAMENTO – ORGANIZAÇÃO					
CONTEÚDO	Nº	METRO	CENTRAL/ NORTE	SUL	Ñ ID**
Aprovação de Projeto de implantação de Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental (AMENT), de CAPS e de Leitos em Saúde Mental e de Serviços Hospitalares. Além de Plano de Controle de Tabagismo.	24	02	09	13	0
Organização da saúde mental no ES, com a aprovação da adesão do ES na RAPS; instituição e reconfigurações dos grupos condutores de cada região e; definição de prioridades de serviços, de mudanças de endereços de equipamentos e responsabilidade sobre transporte de pacientes.	18	04	08	01	05
Habilitação, cadastramento e qualificação de equipamentos e serviços: Leitos em Saúde Mental; CAPS; e Hospitais.	17	09	07	01	0
Aprovação de Planos de cursos e capacitações de profissionais; convênios entre instituições de educação e prefeituras; Termos de Compromisso e Plano de Ação.	15	03	06	03	03
EXECUÇÃO					
CONTEÚDO	Nº	METRO	CENTRAL/ NORTE	SUL	Ñ ID*
Aprovação de implantação e ampliação de ações e serviços (CAPS, SRT e Leitos em Saúde Mental).	16	05	04	06	01
Remanejamento e regularização de recursos da PPI entre os municípios (da mesma ou de diferentes regiões).	12	0	01	04	01
					DR *** 06

*Optamos por considerarmos a delimitação de Região do PDR de 2020, para facilitar a sistematização dos dados.

**Região da saúde não identificada.

***Resolução envolvendo diferentes regiões.

Fonte: CIB, 2010; 2011; 2012; 2013; 2014; 2015; 2016; 2017; 2018; 2019; 2020; 2021. Elaboração própria, 2023.

No caso da saúde mental, a maior parcela das resoluções da CIB/ES foram na **etapa de planejamento e organização** da saúde mental capixaba, com 72,5% destas. Dentre elas

¹⁰⁸ Considerando que estamos trabalhando com o ente federativo estado não analisamos as resoluções de saúde mental dispostas pela Comissão Intergestores Regional – CIR. Estas podem ser consultadas em: <https://saude.es.gov.br/cib>.

destacaram-se as resoluções voltadas para a aprovação de **Projeto de implantação** (23,52%), que em sua maioria foi para a aprovação de projeto de implantação de Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental (AMENT), com 50% das resoluções. Isso contribui para o fato da Região Metropolitana, que historicamente é a Região do estado com a maior concentração de ações e serviços de saúde mental, ter apenas duas resoluções de projetos aprovados (8,3%) – uma aprovando projeto de CAPS e outra para AMENT –, já que essas equipes são preferencialmente implantadas em municípios de pequeno porte e que tenha dificuldade na manutenção de CAPS I (Coutinho, 2021).

Nessa etapa também identificamos dois grupos de resoluções que versavam sobre a organização da saúde mental no estado e sobre a habilitação e qualificação dos equipamentos, com 17,6% e 16,6%, respectivamente. O primeiro tratava especialmente das alterações dos Grupos Condutores da RAPS nas regiões, com modificações de representações e reconfiguração. O segundo dispunha sobre habilitação e cadastramento de serviços e equipamentos da RAPS para garantir os financiamento tripartite dos serviços.

O último grupo de resoluções da etapa de planejamento e organização foi formado pelas resoluções que tratam da Aprovação de cursos e capacitações de profissionais; convênios entre instituições de educação e prefeituras; Termos de Compromisso e Plano de Ação, com 14,70%. Nesse grupo, destacaram-se resoluções que tratavam de Projetos de trabalho e educação entre os municípios e instituições públicas e privadas de ensino superior (UFES, Faculdade Católica Salesiana do ES e Universidade de Vila Velha), e os termos de compromisso sobre os leitos (4), uma resolução que aprovava o documentos “Termo de compromisso sobre os leitos de saúde mental em hospitais gerais” e as demais que trata da aprovação dos termos de leitos nas Regiões de Saúde – 1 na Região Sul e 3 na Central/Norte.

Já na **etapa da Execução** encontramos 27,50% das resoluções, divididas nas seguintes formas:

a) 15,70% sobre a Aprovação de implantação e ampliação de ações e serviços (CAPS, SRT e Leitos em Saúde Mental).

Das implantações a maior parcelas é para a Região Sul, com: Resolução para implantação de três CAPS (CAPS I em Alegre, CAPS ad em Cachoeiro e Anchieta) e três para leitos em Saúde Mental (Santa Casa de Castelo, Apóstolo Pedro e Hospital Geral MEPES – Movimento de Educação Promocional do Espírito Santo). Seguida da Região Metropolitana – Resoluções para implantação do CAPS ad drogas, do CAPS III e de SRT, ambos em Vitória; CAPS em Santa Maria de Jetibá e CAPS ij em Serra. Por fim, na Região Centra/Norte, todas as 4 resoluções

eram sobre a implantação de leitos em Hospitais Gerais (Hospital São Marcos, Hospital Colatina e Hospital Roberto Arnizalt Silvaes). Todas essas resoluções foram concretizadas.

b) resoluções que tratam do remanejamento e regularização de recursos da PPI entre os municípios (da mesma ou de diferentes regiões) (11,8%). Cabe destacar que esse grupo de resoluções tratavam da alterações feitas nos recursos entre diferentes municípios, isso pode acontecer por exemplo, pois determinado município não tem a estrutura necessária para o serviço, o que faz com que o recurso seja destinado par um outro municípios que possui essa capacidade e os usuários do município que enviou o recurso são atendidos no município que recebe.

Por fim, cabe destacar que, apesar do acesso as resoluções da CIB/ES estar disponível no site da SESA, realizar a busca das resoluções específicas da saúde mental não foi tarefa fácil, já que existem resoluções para diferentes assuntos da política de saúde, sendo necessario realizar uma leitura das emendas de todas as resoluções do período (2009 – 2021), para fazer a separação das resoluções da saúde mental. Além disso, alguns dos anexos das resoluções não estavam acessíveis, o que requereu consultar o setor responsável.

Além das resoluções da CIB/ES, recorreremos ao Plano de Saúde, Relatório Anual de Gestão (Espírito Santo, 2012). No Quadro 11 apresentamos as informações que constam nestes instrumentos de planejamento do estado – que de acordo com a Lei nº 8.142/1990, também são instrumentos obrigatórios, para que o estado possa receber recursos da União (Brasil, 1990).

QUADRO 11 - AS METAS E O REALIZADO NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL

ANO GOVERNO	METAS (Plano Estadual de Saúde)	REALIZADO (Relatório de Gestão)
<p align="center">2008 - 2011</p> <p align="center">Paulo Hartung</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Implantar o programa anti-tabagismo em 100% dos municípios; - Implantar Serviços de Atenção Secundária em Espaços Microrregionais para Hipertensão, Diabetes e Saúde Mental, Idoso; <p>Implantar 5 CAPs I, 5 CAPs II, 4 CAPs III, 4 CAPs AD e 7 CAPs i.</p>	<p align="center">2011</p> <ul style="list-style-type: none"> - Repasse de recursos para realização de termo de parceria para implantação de serviços de Residência Terapêutica; - CAPAAC - Foram realizados 12.774 internações e procedimentos ambulatoriais; - HEAC - Foram realizados 196 internações e procedimentos ambulatoriais.
<p align="center">2012 - 2015</p> <p align="center">Renato Casagrande</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Implementação da Rede De Atenção Psicossocial – RAPS; - Organizar o acesso para a atenção em Saúde Mental /ou uso prejudicial de álcool e outras drogas em parceria com 78 municípios; - Promover a assistência integral especializada para as pessoas em situação de sofrimento mental e as com problemas de saúde relacionados ao uso de álcool de outras drogas que necessitem de cuidados no nível de complexidade ambulatorial (para 2,2% da população do ES, conforme parâmetros estabelecidos pela Portaria GM 1101/2002); - Promover o acesso ao serviço SAMU 192, a 100% das situações de urgência/emergência saúde Mental; - Implantar 282 leitos de atenção integral nos hospitais da rede própria e filantrópicos; 	<p align="center">2012</p> <ul style="list-style-type: none"> - Foi constituído o grupo condutor das RAPS do Espírito Santo; - Andamento da Construção dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS: Linhares, Serra, Vila Velha, Cariacica, Marataízes e Barra de São Francisco; - Sobre os CAPS de Aracruz e Viana: não licitaram as obras - por decisão dos gestores deverão devolver recursos; - Já foram concluídos 04 CAPS: Cachoeiro, Colatina, Santa Maria de Jetibá e Anchieta; - SAMU: realizou 5.555 atendimentos Psiquiátrico (representa 6% das demandas atendidas); - Solicitado ao Ministério da Saúde a habilitação de 20 leitos nos HG da rede própria. Solicitado ao Ministério da saúde a habilitação de 8 leitos nos HG filantrópicos; - CAPAAC - Foram realizados 12.009 internações e procedimentos ambulatoriais; - HEAC - Foram realizados 453 internações e procedimentos ambulatoriais; - Foram realizados pagamentos às OS/OSCIP (Ordesc, Invisa, Instituto Solidário) referente aos serviços prestados: Acolhimento com Classificação de Risco, 15 Residências Terapêuticas e prestação de serviço de saúde em Unidades de Atendimento Socioeducativo/IASES.

	<p>- Monitorar a Implantação de 100% dos Serviços de Residência Terapêuticos – SRT;</p> <p>- Construção de 15 CAPS ad para ampliação da cobertura assistencial da rede estadual.</p>	<p style="text-align: right;">2013</p> <p>- Continuação das 15 residências terapêuticas;</p> <p>- Sobre as obras dos CAPS: Obras em execução: Linhares 70%; Serra 80%; Vila Velha 80% Obras paralisadas: Marataízes 50%; Cariacica 10%; Obra inaugurada: Barra de São Francisco; Convênios rescindidos:- Aracruz, Viana Mobiliário adquirido para os CAPS: Serra, Vila Velha, Cariacica, Linhares e Marataízes;</p> <p>- Leitos: HRAS: abertura de 08 leitos; HIMABA: abertura de 25 leitos; HSRC: abertura de 10 leitos.</p> <hr/> <p style="text-align: right;">2014</p> <p>- CAPS - vila velha (município viabilizando replanilhamento da obra com vistas à nova licitação) Serra - obra em execução.</p> <hr/> <p style="text-align: right;">2015</p> <p>Sem realizações para a saúde mental.</p>
<p style="text-align: center;">2016 - 2019**</p> <p>Paulo Hartung</p>	<p>- Implementar os Planos de Ação das Redes Temáticas: RUE, Rede Materno Infantil e RAPS;</p> <p>- Implantar até 150 leitos de Atenção Integral de Saúde Mental em hospitais gerais nas 04 regiões de saúde;</p> <p>- Implementar e fortalecer os pontos de atenção da RAPS em conjunto com os municípios e de acordo com o planejamento regional.</p>	<p style="text-align: right;">2016</p> <p>- Cobertura de CAPS – meta 0,68 / resultado 0,55;</p> <p>- Ampliação da rede de saúde mental com a construção de CAPS no Estado;</p> <p>- Realização de Grupos condutores da Rede Psicossocial para implementação de referências regionais;</p> <p>- Realizar I Seminário de Justiça e Saúde Mental do Espírito Santo;</p> <p>- Regulamentar o funcionamento dos leitos em Hospitais Gerais nas Regiões de Saúde através Termo de Compromisso sobre os Leitos de Saúde Mental em Hospitais Gerais elaborado e pactuado em CIR.</p> <hr/> <p style="text-align: right;">2017</p> <p>- Realizar oficinas para qualificação do registro de procedimentos de CAPS;</p> <p>- Fomentar a implantação de Centros de Atenção Psicossocial no Estado: Castelo, Marataízes, Conceição da Barra, Serra.</p>

		<p style="text-align: center;">2018</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mantido contrato com a OSCIP para manutenção de 18 casas do Serviço Residencial Terapêutico. A alteração do modelo de gestão ou do contrato foi reprogramada para 2019; - Adequação a estrutura do Hospital Roberto Arnizaut Silvares (HRAS) Adequação da estrutura com a saída de serviços (U.E.) e definição de novas áreas assistenciais (Saúde Mental, Centro Cirúrgico e outros), contemplando a climatização, sonorização, rede elétrica Novo pronto-socorro com 720m² de área construída, com 48 leitos de observação e 111 novos profissionais contratados, em funcionamento. Foram implantados 10 leitos de saúde mental, 10 leitos de cirurgia geral. Número de atendimentos 91.258 em 2018. Número de leitos censáveis e não censáveis 2018; - Implantados 20 leitos de saúde mental em hospitais gerais (HIMABA (10) e MEPES Anchieta (10)); - Foi elaborado o Protocolo de Classificação de Risco em Saúde Mental e Diretrizes Clínicas em Saúde Mental; - Realização de 36 reuniões nas 4 Regiões de Saúde para apoiar institucionalmente os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e a atuação das Equipes de Referência em Saúde Mental; - Melhoria no Serviço de referência em atendimento de urgência e emergência e internação psiquiátrica na região Sul (Centro de Atenção Psicossocial Aristides Alexandre Campos (CAPAAC) com aquisição de materiais permanentes. <p style="text-align: center;">2019</p> <ul style="list-style-type: none"> - Foi implementado os Planos de Ação das Redes Temáticas: RUE, Rede Materno Infantil e RAPS; - Foi implementado 44 leitos de Atenção Integral de Saúde Mental em hospitais gerais nas 04 Regiões de Saúde; - Foram realizadas 72 ações de matriciamento sistemático realizadas por CAPS com equipes de Atenção Básica;
--	--	--

<p style="text-align: center;">2020 - 2023</p> <p>Renato Casagrande</p>	<p>- Implantar 131 leitos de saúde mental em Hospitais Gerais até 2022;</p> <p>- Ampliar a cobertura de CAPS para 0,86 por 100 mil habitantes até 2023;</p> <p>Descentralizar 100% dos atuais 18 Serviços de Residência Terapêutica - SRT's para gestão municipal até 2022.</p>	2020
		2021

Fonte: Governo do Estado do Espírito Santo, 2008;2009; 2010; 2011; 2012; 2013; 2014; 2015; 2016; 2017; 2018; 2019; 2020; 2021. Elaboração própria, 2023.

Na indicação do período de vigência do Planos Estaduais de Saúde é possível observar que durante todo esse recorte temporal apenas dois governadores estavam à frente do ES - Paulo Hartung (2003-2010 e 2015-2018) e Renato Casagrande (2011-2014; 2019-2022 e 2023-2025) -, que juntos somam 20 anos (2002 a 2022) de direção do estado.

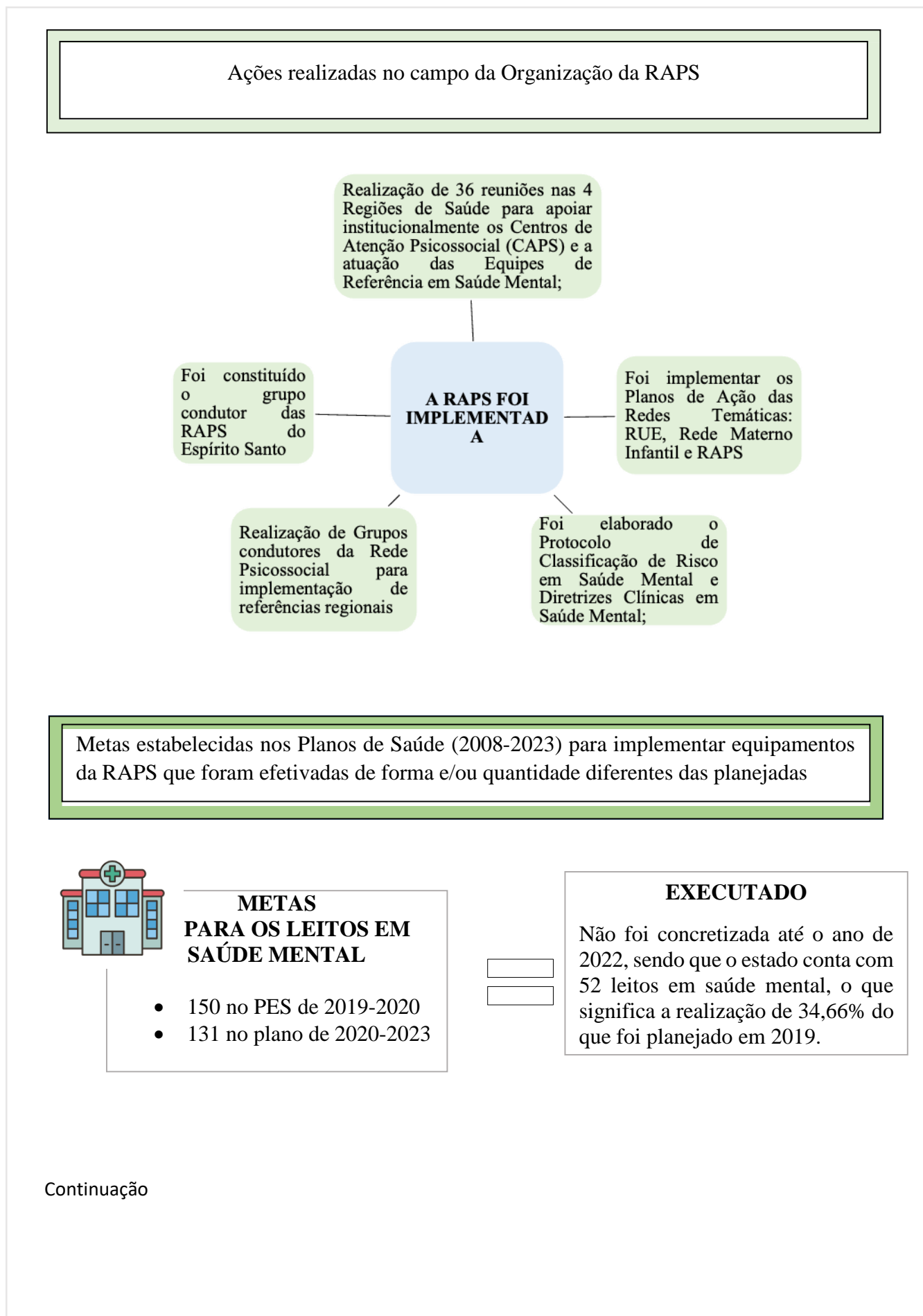
Gomes (2021, p. 5) aponta que não existem muitas distinções entre a forma de governo de ambos, ocorrendo diferenças “[...] na forma de se articular politicamente, mas, em termos de projeto, há uma adesão desde o início de seus primeiros mandatos a essa ideia de austeridade fiscal, de privatizações”.

Sobre o conteúdo dos Planos Estaduais de Saúde do período é preciso destacar que a temática da saúde mental apareceu em todos os documentos analisados, mesmo que algumas informações desses documentos sejam dispostas de uma forma a dificultar a compreensão de quem está acessando o material, como por exemplo, no Plano de 2016-2019, que há um mapa coma estrutura da RAPS, mas a qualidade de suas informações não permitia fazer uma leitura quantitativa dos serviços.

Ainda sobre o conteúdo dos Planos Estaduais de Saúde, desse período, cabe demarca a possibilidade de identificar outras ações e serviços que estão relacionadas diretamente com o campo RAPS, como por exemplo, a informatização de equipamentos da saúde mental (Ex.: Hospital Adauto Botelho), a expansão do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), a capacitação de profissionais, entre outros. Estes, mesmo não sendo um componente da RAPS são fundamentais para o seu funcionamento e qualidade.

Em relação a análise das metas planejadas e do que foi executado, temos o seguinte cenário:

FIGURA 15 - SISTEMATIZAÇÃO DO QUADRO 11



METAS PARA CAPS (2008-2023)

2008 - 2011	2012 – 2015	2020-2023
5 CAPs I	15 CAPS	Ampliar a cobertura de CAPS para 0,86 por 100 mil habitantes até 2023
5 CAPs II		
4 CAPs III		
4 CAPs AD		
7 CAPs i		

EXECUTADO

- 7 CAPS ad;
- 6 CAPS AD II
- 1 CAPS AD III
- 4 CAPS
- 1 CAPS III,
- 10 CAPS I e II,
- **RESULTADO:** não cumprimento da meta de cobertura de 0,86 por 100 mil habitantes, considerando as indicações de 2020 e 2021 não foram cumpridos as metas anuais estabelecidas no Relatório de Gestão.

**METAS PARA O SERVIÇOS DE RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA**

A descentralização dos Serviços de Residência Terapêutica dos 18 equipamentos que estão sob responsabilidade da gestão estadual foi posta como uma meta a ser realizada até o ano de 2022, passando a ser competência da gestão municipal.

EXECUTADO

Até o ano de 2023 nenhuma SRT foi descentralizada.



Fonte: Espírito Santo, 2009;2010; 2011; 2012; 2013; 2014; 2015; 2016; 2017; 2018; 2019;2020; 2021. Elaboração própria, 2023.

A figura 15 sintetiza as execuções dos equipamentos da RAPS. Nenhum deles foi executado da forma como planejado, sendo que o quantitativo sempre ficou abaixo da meta estabelecida. Além disso, serviços como os Centros de Convivência e Cultura não apareceram, já que eles não constavam como meta em nenhum dos planos de saúde, sendo este um componente da RAPS nunca implantado no ES, mas requisitado pelos usuários e movimentos sociais, aparecendo no Relatório Final da III Conferência Estadual de Saúde Mental do ES, realizada no ano de 2010, como uma proposta prioritária para o estado.

Já sobre o planejamento e a realização de serviços e ações que não são componentes direto da RAPS, mas que são fundamentais para o seu funcionamento e para garantir o atendimento dos usuários em saúde mental, ressaltamos o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, que fazem atendimentos psiquiátricos. Este apareceu no ano de 2012 como 6% das demandas atendidas. Outro exemplo foi o programa antitabagismo, cuja meta era de implantar o programa em todos os municípios capixabas. Atualmente 59 municípios (75.64%) possuem cobertura.

Por fim, cabe ressaltar que a análise poderia ser mais refinada se tivéssemos acessado os Termos de Compromisso e Gestão do Estado, o Contrato Organizativo de Ação Pública e o Plano Estadual de Rede. Estes documentos nos dariam elementos para verificar se existem outras pactuações definidas pelo estado com os municípios, além de outros planejamentos e metas firmadas para a Rede. Entretanto, como esse conjunto de documentos não estão disponíveis para acesso, as análises sobre metas, pactuações e competências assumidas pelo estado do ES na RAPAS, ficam incompletas.

Em sínteses apresentamos a Imagem 5, disponibilizada pela Área Técnica em Saúde Mental da SESA, que traça o atual cenário da RAPS no ES.

IMAGEM 5 - PANORAMA DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO ÂMBITO DO SUS/ES EM 2022



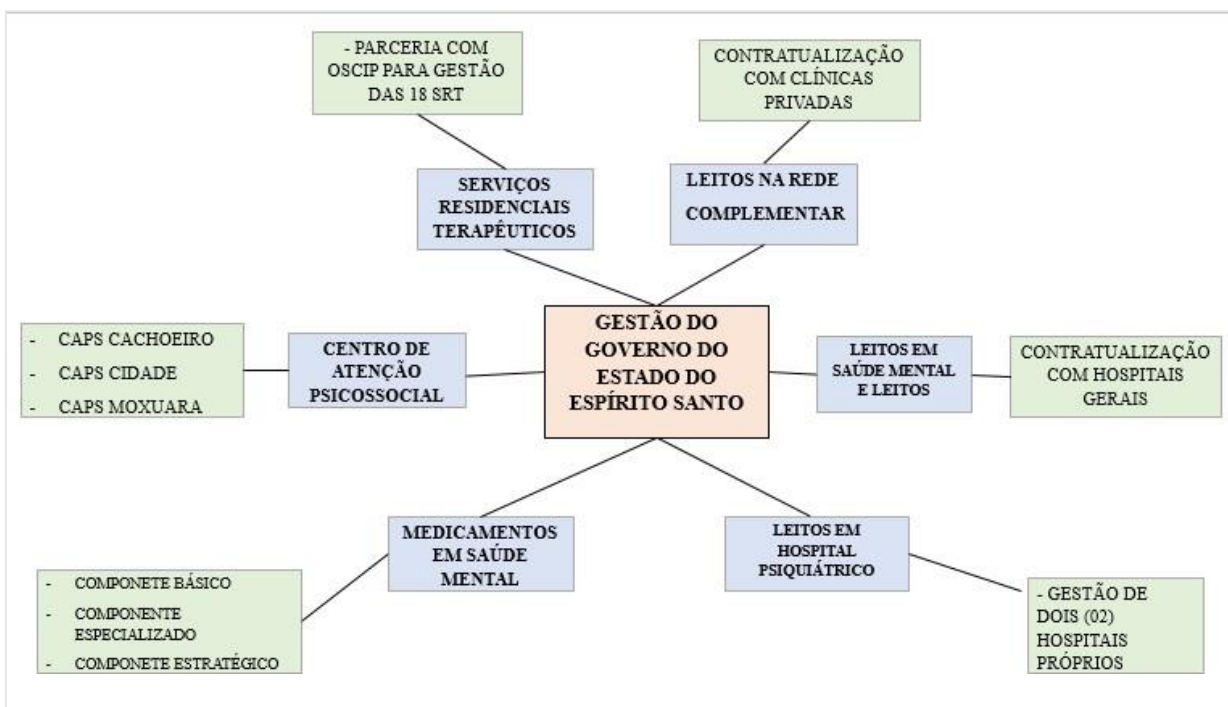
Fonte: Área Técnica Estadual de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, SESA-SSAS-GEPORAS-NEAE, 2022.

Apesar da análise das Resoluções da CIB, das metas Planejadas e do executado, que nos dá elementos para visualizar, como consta no mapa, as diferenças regionais de concentração de ações e serviços da RAPS, com a permanência do maior número de ações e serviço na Região Metropolitana, ainda não é possível demarcar quais desses serviços, que aparecem no mapa e são componentes da RAPS, estão sob a responsabilidade de financiamento do ES. Por isso, passamos ao próximo tópico, onde acessamos diferentes setores da SESA, buscando quais dessas ações e serviços são competências do estado.

5.1 – Uma aproximação do executado na gestão estadual para a política de saúde mental capixaba: ações e serviços da RAPS

Nesta subseção sistematizamos o que estado do Espírito Santo assumiu como responsabilidade de gestão, e está financiando na RAPS (Figura 16).

FIGURA 16 - AÇÕES E SERVIÇOS DA RAPS SOB COMPETÊNCIA DE FINANCIAMENTO DO ESTADO ES



Fonte: Espírito Santo, 2022,2023. Elaboração própria, 2023.

Para tanto, apresentaremos esta seção a partir de uma subdivisão, que nos permite adentrar nas particularidades de cada ação e serviço de saúde mental, em especial as do financiamento, que ao longo da pesquisa apresentaram aspectos distintos. Ao final do tópico, remontaremos esse

cenário, de forma a destacar elementos assumidos no financiamento desses serviços, que nos indicam um panorama do ES no âmbito da RAPS.

5.1.1 - Os Centros de Atenção Psicossocial estaduais e o seu financiamento

Os Centros de Atenção Psicossocial são equipamentos de diferentes modalidades que compõem a Atenção Psicossocial Estratégica, tendo o papel de desenvolver o apoio matricial à atenção básica e atuar como o regulador dos demais serviços de saúde mental (Garcia; Oliveira, 2011).

Segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), o ES tem cadastrado 38 CAPS¹⁰⁹, sendo 03 sob gestão Estadual. São eles: CAPS II - Cachoeiro de Itapemirim; CAPS II - Cidade Cariacica -, CAPS II - CAPS Moxuara - Cariacica.

De todos os equipamentos que compõem a RAPS, os maiores entraves para o acesso de informações de financiamento estão relacionados aos CAPS. Essa dificuldade não é uma particularidade da nossa experiência em pesquisar esse equipamento. Em pesquisa anterior realizada pelo Fênix¹¹⁰, também não foi possível chegar aos dados relativos ao financiamento desses dispositivos, seja por falta de transparência seja por disponibilidade dos dados.

Plataformas, como Portal da Transparência do país, tiveram parcela de seus dados retirados pelo ex-presidente Jair Bolsonaro e o Portal da Transparência do ES não contém, entre seus dados, essas informações, já que a SESA não cadastra os dados CAPS no SIGEFES (que é o sistema onde consta as despesas) (Leal; Lucas, 2020), inviabilizando o acesso completo sobre o financiamento desse dispositivo¹¹¹.

Tendo conhecimento de todo o percurso feito por Leal e Lucas (2020) na busca por esses dados e ainda, após a análise realizada nos documentos orçamentário do Estado (apresentado no tópico 4.6), onde mostramos que também é inviável acessar os dados relativos aos valores gastos pelo estado do ES com esses três CAPS estaduais¹¹², optamos por buscar esses dados diretamente em setores da SESA.

¹⁰⁹ Essa informação difere do dado repassado pela SESA, de que ao todo o Estado tem 40 CAPS, o que significa que o estado pode ter serviços não cadastrados no CNES, o que pode representar uma perda, já que determinados repasses federais apenas são feitos para equipamentos habilitados, que sejam cadastrados no CNES.

¹¹⁰ A pesquisa intitulada: *O financiamento dos Centros de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas no estado do ES*, iniciada no ano de 2019, sobre orientação da professora Doutora Fabiola Xavier Leal e estudante, bolsista do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica da UFES, Sueli Aparecida Rodrigues Lucas.

¹¹¹ As pesquisadoras indicam que essas informações foram obtidas após o contato realizado com os auditores da PRODEST – órgão responsável pela operacionalização do Portal da Transparência do ES.

¹¹² As indicações da existência do financiamento nos relatórios da execução programática do ES, restringe-se ao ano de 2020 e 2021, e abarca a **Ação 2185** - manutenção dos núcleos regionais de especialidades e centros de

No GEPORAS, onde fica localizado a Área técnica em saúde mental do estado, e no FES, encontramos o seguinte cenário: os setores não possuíam dados sobre o financiamento dos CAPS estaduais. A única informação que constava eram dos ofícios que foram encaminhados ao Ministério Público do ES. Nestes, encontramos a seguintes informações:

- CAPS CIDADE

TABELA 4 - GASTOS DO ENTE ESTADO DO ES COM O CAPS CIDADE

ITEM	VALOR MENSAL	VALOR ANUAL
Gasto com pessoal	R\$ 110.379,42	R\$ 1.318.675,96
Contrato de Alimentação	R\$ 22.129,38	R\$ 265.552,57
TOTAL	132.508,8	1.584.228,53

*Valores deflacionados - índice IGP-DI.

Fonte: Espírito Santo, 2022. Elaboração própria, 2023.

- CAPS CACHOEIRO

**TABELA 5 - GASTOS DO ENTE ESTADO DO ES COM O CAPS CACHOEIRO
(2021-2022)**

DESCRIÇÃO DE GASTOS:		
ITEM	2021	2022
Composição de Equipe de Profissionais + Prog. Residência Multiprofissional Saúde Mental (Recursos Humanos custeado pela SEGER)	-	-
Recursos Materiais e outros insumos (Serviço de Enfermagem e Farmácia)	R\$ 13.117,44	Previsão de Custo: R\$22.281,30
Equipamentos e mobiliários	-	-
Rede água e esgoto	R\$ 8.496,31	R\$ 3.701,73
Energia elétrica	R\$ 13.870,69	R\$ 10.334,47
Serviço Oferta de Refeições	R\$ 67.772,04	R\$ 45.146,97 Empenho/2022 R\$ 150.905,16**
Locação de Imóvel	R\$ 82.425,21	R\$ 26.595,77
Locação de Máquina Copiadora	-	-
Serviço Patrimonial	R\$ 776.135,23	R\$ 111.690,84
Serviço de Limpeza e Zeladoria	-	-
Desinsetização, Descupinização e Desratização Predial	-	-
Serviço de Manutenção de Ar Condicionado	-	-
Medicamentos Básico e Alto Custo	R\$ 226.573,92	R\$ 104.045,56

atenção psicossocial – não sendo possível fazer diferenciação dos valores destinados para cada um dos equipamentos.

Transporte (Carro, Manutenção e Combustível)	-	-
Rede de Banda Larga e Sistemas	-	-
Outros gastos (alvarás sanitários, registros em conselhos de classe, alvará de corpo de bombeiro, pequenos gastos)	-	-
TOTAL	R\$ 1.188.390,84	R\$ 323.796,64

*Valores deflacionados - índice IGP-DI.

**Não consideramos o valor de empenho na soma.

Fonte: Espírito Santo, 2022. Elaboração própria, 2023.

O primeiro aspecto que vale destacar é os gastos administrativos (tais como: energia, água, telefone, internet, manutenção, insumos de enfermagem, transporte, matérias para realizar oficinas terapêuticas, entre outros), necessário para o funcionamento e os atendimentos nos CAPS – não são informados no CAPS Cidade e apenas alguns itens no CAPS Cachoeiro de Itapemirim. No ofício, a SESA indicava a impossibilidade de mensurar tais valores, sob a justificativa de que esses itens são pagos de forma global pela Superintendência Regional de Saúde, do município em que o CAPS está localizado. Tal fato nos levou ao segundo aspecto - a dificuldade de leitura dos dados disponibilizados. Não é possível afirmar ao certo o que está incluso nos dois itens do CAPS Cidade e muito menos afirmar que o valor disposto na tabela do CAPS Cachoeiro refere-se aos valores pagos, já que em determinados itens encontramos os termos “previsão e empenho”.

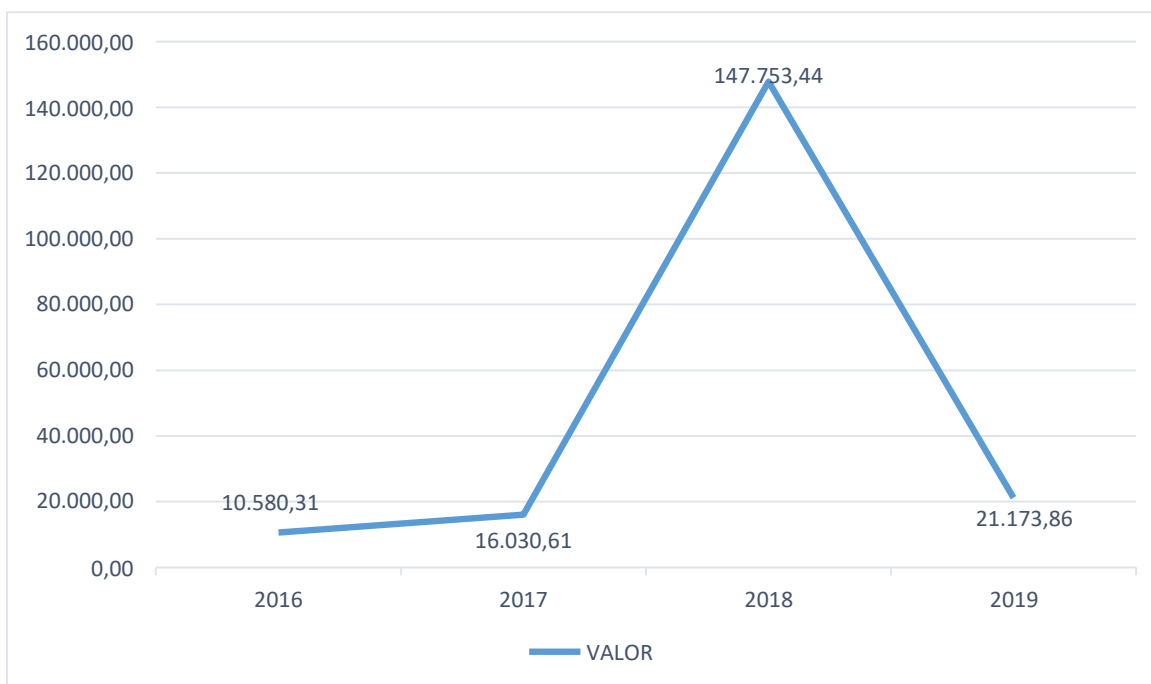
Durante a pesquisa, entramos em contato com as/os profissionais que elaboraram os ofícios, para sanar questionamentos sobre as tabelas e o processo, e ainda solicitar informações de como chegar a um dado apurado desse equipamento. Os/as profissionais indicaram que para maiores informações sobre o financiamento era necessário consultar as Superintendências Regionais de Saúde de Vitória e de Cachoeiro ou o Fundo Estadual de Saúde (FES). Fomos diretamente ao FES solicitar os dados, visto ser este o setor responsável por gerenciar a alocação de recursos financeiros estaduais da saúde.

Diversas solicitações foram feitas¹¹³, que desde o início do contato informou não possuir essas informações, contudo iriam solicitar às gerências dos CAPS estaduais que encaminhasse os dados solicitados. Ao fim, os setor disponibilizou as seguintes informações¹¹⁴:

¹¹³ As solicitações foram feitas de forma presencial, por Email e contato telefônico.

¹¹⁴ Cabe destacar que essas informações foram fornecidas para pelo financeiro do HEAC, para o FES.

GRÁFICO 3 - VALORES INFORMADOS PELO FES SOBRE O GASTO DO ES COM CAPS ESTADUAL



Valores deflacionados - índice IGP-DI.

FONTE: Fundo Estadual da Saúde, 2023. Elaboração própria, 2023.

Alguns elementos podem ser destacados sobre esses dados disponibilizados, para além das informações de gasto, que era ao fim, o que estava sendo buscado. Interessa pensar como o setor responsável pela administração dos recursos do estado encontra dificuldades para acessar um dado sobre o financiamento de serviços próprios do ES. Esse fato ilustra a dificuldade do controle social em exercer suas funções, em um contexto que o próprio Fundo Estadual da Saúde enfrenta dificuldade para acessar informações sobre financiamento.

Outro ponto é a qualidade do dado disponibilizado. Os valores que constam na tabela não vieram acompanhados de uma explicação do que representa, apenas fomos informadas que representavam a execução dos CAPS estaduais nos períodos indicados, mas não é possível afirmar se todos os componentes necessários para a execução dos CAPS estão inclusos nesse valores e ainda se de fato representa os três CAPS sob gestão estadual. Questionamos o setor sobre a informação dos outros anos que compunham nosso recorte temporal e nem a motivação para o valor do ano de 2018 representar mais do que a soma de todos os outros anos juntos.¹¹⁵

¹¹⁵ Cabe demarcar que esses questionamentos forma feitos por Email para o FES, que repassou para o setor que disponibilizou os dados, mas não tivemos retorno.

Diante disto, não é possível afirmar quais foram os valores gastos pelo estado do ES para o financiamento dos CAPS estaduais.

5.1.2 OS LEITOS

Os leitos em saúde mental e drogas, em seus diversos tipos, são serviços que compõem a RAPS, como componente da Atenção Hospitalar (Brasil, 2011). Na RAPS, esses serviços devem funcionar como “retaguarda” para os outros equipamentos da rede, proporcionando um espaço que pense o sujeito de forma integral, com convivência e lazer (Brasil, 2022).

No território capixaba, encontramos três tipos diferentes de leitos – Leitos em Saúde Mental, Leitos Psiquiátricos e Leitos em Rede Complementar, que variavam conforme suas características e instituição de localização. Em relação ao financiamento desse serviço, apresentaremos separadamente cada um dos tipos, já que são ofertados por equipamentos distintos, que possuem relações diferentes com a Secretaria de Saúde do ES.

5.1.2.1. Os leitos psiquiátricos: a dificuldade com o financiamentos de instituições próprias do estado

A principal característica dos Leitos Psiquiátricos é o fato de estar inserido dentro de uma instituição especializada em psiquiatria, que geralmente é dividida em unidades e enfermarias (Brasil, 2022). No ES, os Leitos Psiquiátricos estão localizados em dois hospitais - Centro de Atendimento Psiquiátrico Aristides Alexandre Campos, em Cachoeiro de Itapemirim (Região Sul) e Hospital Aduino Botelho (atual HEAC), em Cariacica (Região Metropolitana) -, divididos da seguinte forma:

IMAGEM 6 - QUANTIDADE DE LEITOS EM HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS SUS/ES EM 2022

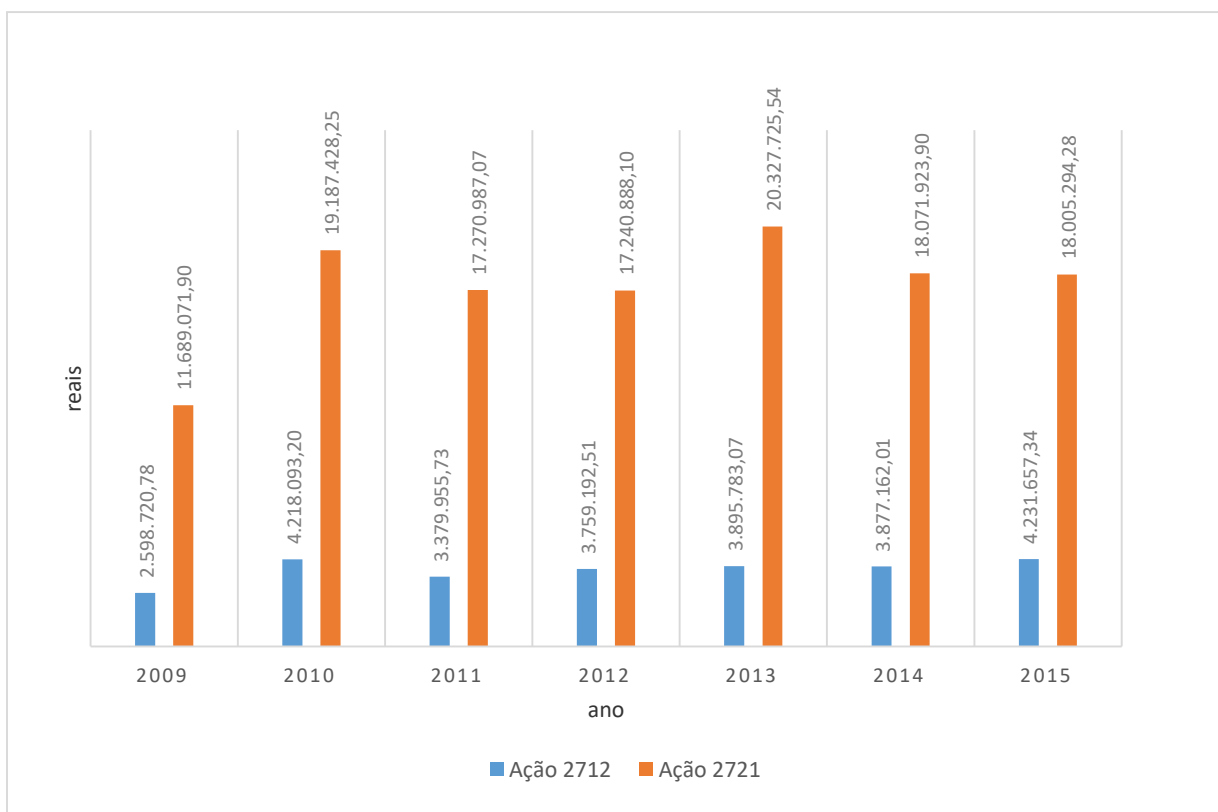
LEITOS DE SM EM HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS				
Unidade Hospitalar	Localização	Nº de Leitos	Público	Do Acesso
CAPAAC*	Cachoeiro de Itapemirim	35	Adulto	Regulação e Autorregulação
HEAC*	Cariacica	50	Adulto	Regulação e Autorregulação
TOTAL		85		

*Necessário atendimento ao usuário de saúde mental em crise e que faça uso problemático de álcool e outras drogas.

FONTE: Área Técnica Estadual de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, SESA-SSAS-GEPORAS-NEAE, 2022.

Em relação ao financiamento, como apresentamos na seção referente ao Orçamento Geral do Estado, no Relatório de Execução Programática, é possível encontrar, no período de 2009 a 2015, valores referente a **Ação 2712** -manutenção do centro de atendimento psiquiátrico Aristides Alexandre Campos e a **Ação 2721** - manutenção do hospital Adauto botelho, que fazem parte do **Programa 0290** - manutenção da rede de serviços de saúde os valores, que estão localizadas na Unidade Orçamentária - 44901 FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE. Com os seguintes valores, de execução:

GRÁFICO 4 - VALORES DO FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE DESTINADOS AOS HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS DO ES (2009-2015)



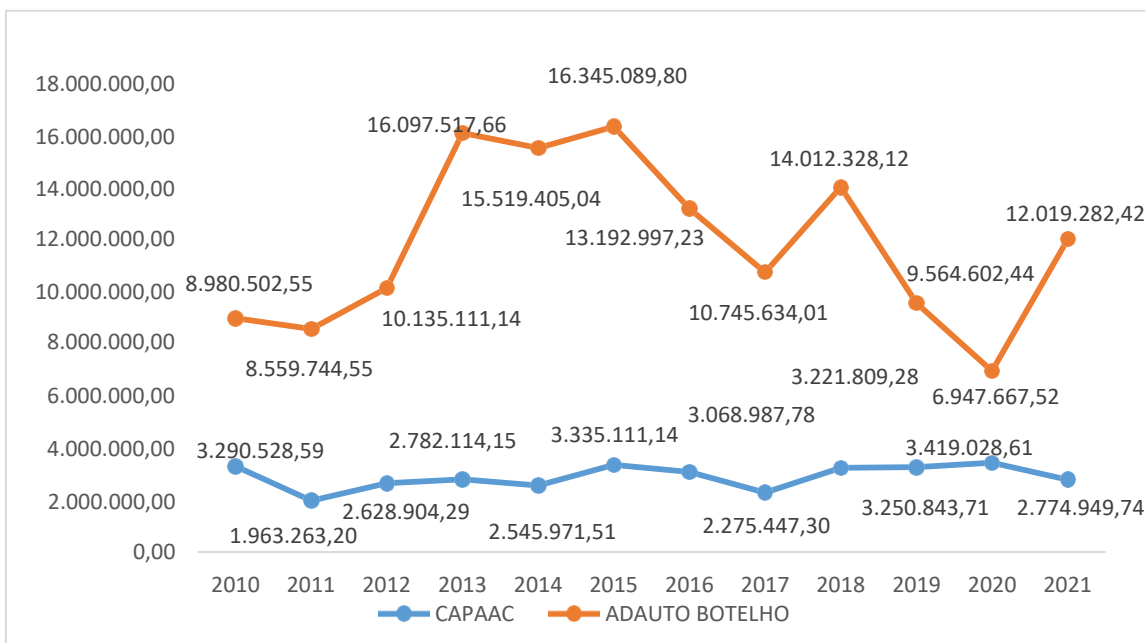
* Valores deflacionados - índice IGP-DI.

Fonte: Governo do Estado do Espírito Santo, 2009; 2010; 2011; 2012; 2013; 2014; 2015; 2016; 2017; 2018; 2019; 2020; 2021. Elaboração própria, 2023.

Nesse período, durante os 7 anos apresentados, o CAPAAC recebeu R\$ 25.960.564,64 e o HEAC recebeu R\$ 121.793.319,04, somando juntos o valor de **R\$ 147.753.883,68**. É possível verificar um aumento de recurso para as duas instituições, com uma taxa de crescimento de 162% para o CAPAAC e 157% para o HEAC, o que significa que para as duas instituições a tendência foi de aumento nos recursos repassados ao longo do período.

Na busca por dados mais detalhados sobre o financiamento dos hospitais psiquiátricos, que nos dessem os valores dos demais anos (2016-2021), solicitamos informações sobre o financiamento estadual dessas instituições.

GRÁFICO 5 - GASTO ESTADUAL COM HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS 2010-2021



*Valores deflacionados - índice IGP-DI.

Fonte: Fundo Estadual de Saúde, 2023. Elaboração própria, 2023.

De acordo com esses dados, o estado do ES destinou o total de **R\$176.676.841,78** para o funcionamento das duas instituições no período de 2010 a 2021 (sendo R\$ 34.556.959,30 para o CAPAAC e 142.119.882,48 para o HEAC) – nesse valor não está incluso os gastos com recursos humanos. Em análise dos valores desse período, no caso do CAPAAC ocorre uma queda na taxa de crescimento de 84,33%, ao contrário do que acontece no caso do HEAC, que tem um crescimento de 133,8%.

Apesar dos valores do Gráfico 4 serem diferentes dos do gráfico 5, há uma similitude nos anos com os menores valores (considerando somente o período de 2010 a 2015), que no caso do CAPAAC, é o ano de 2011 (em ambos os gráficos). Diferente do que acontece no HEAC, que tem representado no ano de 2010 (gráfico 4) o segundo maior valor registrado (R\$19.187.428,25) e no ano de 2010 (gráfico 5) o segundo menor valor do período (R\$8.980.502,55).

Acreditamos que essa variação entre os valores das duas diferentes fontes de dados (Relatório de Execução Orçamentária e Fundo Estadual da Saúde) aconteceu pois são considerados itens diferentes para somar o total de recurso destinado às duas instituições. No caso dos dados do FES, temos a afirmação que os dados representam somente recursos do estado, sem considerar

os repasses da União e os gastos com recursos humanos. Já no caso dos dados do Relatório, não é possível fazer uma discriminação dos recursos.


Tal situação nos levou mais uma vez a reflexão da dificuldade de trabalhar com esses dados, já que informações essenciais para suas análises não são disponibilizadas, o que causa empecilhos aos pesquisadores e ao controle social.

5.1.2.2 Os leitos em saúde mental: A fragmentação que contribui para a ocultação das informações

Os leitos em Saúde Mental se caracterizam como enfermagem especializada dentro de Hospitais Gerais (HG). Estes devem ofertar cuidado hospitalar para situações de urgência/emergência em saúde mental – demandas psíquicas como por consumo ou abstinência de drogas (Brasil, 2022). Nesse equipamento, a condução do tratamento deve focar no manejo das crises, considerando o mínimo de tempo necessário para a internação, com atendimento para todas as faixas etárias e gênero – respeitando a individualidade e necessidade de cada indivíduo (Brasil, 2022).

Em informação disponibilizada pela Área Técnica em saúde mental, existem atualmente no ES 104 desses leitos, situados em diferentes Hospitais Gerais. Esse número, seguindo a normativa de parâmetro para a necessidade de leitos em Saúde Mental para a RAPS, representa que o estado tem um déficit de **247 leitos**. Ou seja, até 2022, o estado possuía apenas **42,10% do quantitativo necessário de leitos de saúde mental**, seguindo os parâmetros da Portaria de Consolidação nº 03/2017, que determina a necessidade de 1 leito a cada 23 mil habitantes (Espírito Santo, 2023; Brasil, 2017).

IMAGEM 7 - PARÂMETRO DE LEITOS PARA A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO ÂMBITO DO SUS/ES

PARÂMETRO
Portaria de Consolidação Nº03/2017- 1 leito /23mil habitantes 

Parâmetro de leitos	Quantidade
GERAL - ADULTO E INFANTOJUVENIL	177
EXISTENTE	52
DÉFICIT	125
Parâmetro de leitos	Quantidade
ADULTO	137
EXISTENTE	32
DÉFICIT	105
Parâmetro de leitos	Quantidade
INFANTOJUVENIL	40
EXISTENTE	20
DÉFICIT	20

Fonte: Área Técnica Estadual de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, SESA-SSAS-GEPORAS-NEAE, 2022.

Em relação às instituições onde localizam-se esses leitos, segundo informações da área técnica em saúde mental (2023) e dados fornecidos pelas GECORC (2023), estão situados nos seguintes Hospitais Gerais (Tabela 6).

TABELA 6 - QUANTIDADE DE LEITOS PREVISTOS NOS CONVÊNIO/FOMENTO SESA E HOSPITAIS GERAIS

ANO	APÓSTOLO PEDRO	PADRE MÁXIMO	SANTA CASA DE MISÉRICORDIA DE COLATINA	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE CASTELO	HOSPITAL SÃO MARCOS	TOTAL LEITOS ANO
2009 A 2018	4	4	10	4	5	27
2019	4	4	10	8	8	34
2020	4	4	20	8	8	44
2021	10	4	20	8	0	42

Fonte: GECORC, 2023. Elaboração própria, 2023.

A partir da informação da GECORC, os 10 primeiros anos da pesquisa (2009-2018) o número de Leitos em Saúde Mental em Hospital Geral não sofreu alteração quantitativa. De 2019 a 2021 houve aumento de leitos (55%). Sobre o financiamento dos leitos indicado pela GECORC (2023), fomos informadas que é previsto no Termo de Fomento¹¹⁶, o **Valor Unitário Mensal**, para cada leito, de **R\$5.610,11**, sendo este valor praticado desde o ano de 2009.

¹¹⁶ É preciso destacar que não é o mesmo termo de fomento desde 2009. São feitos aditivos para renovar os termos em torno de 3, 6 ou 8 meses, com cada uma das instituições.

Solicitamos ao setor a disponibilização dos termos de cada uma das instituições, para que pudéssemos fazer um levantamento do que representava o Valor unitário de cada leito no valor global do termo entre a SESA e as instituições. O setor informou que não tinha acesso a todo o período solicitado e para além disso, não teria tempo de fazer esse levantamento. Considerando que as parcerias realizadas pelo estado devem ser disponibilizadas, passamos a buscar esses termos de fomento no site da SESA, onde é disponibilizado esse tipo de documento. Entretanto, apenas uma parcela desses termos podem ser encontradas de forma pública¹¹⁷.

TABELA 7 - TERMOS DE FOMENTO SESA X INSTITUIÇÕES HOSPITALARES DA ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL PARA O ATENDIMENTO EM LEITOS DE SAÚDE MENTAL

INSTITUIÇÃO	DURAÇÃO DO TERMO	Nº LEITOS	VALOR MENSAL LEITOS EM S.M	VALOR GLOBAL MENSAL DO TERMO	(%) LEITO X VALOR GLOBAL
Hospital São Marcos	19/07/2016 - 30/10/2016	05	28.050,55	133.303,07	21,04%
Hospital São Marcos	01/09/2017 - 31/12/2018	05	28.050,55	133.303,07	21,04%
Hospital Padre Máximo	01/10/2016 - 31/12/2018	04	22.440,44	122.440,44	18,32%
Hospital Santa Casa Castelense	08/10/2016 - 31/12/2018	04	22.440,44	199.922,83	11,22%

Fonte: Espírito Santo, 2016;2016;2016;2017. Elaboração própria, 2023.

Como consta na Tabela 7, não achamos as informações referente a todo o período da pesquisa e sobre as instituições Apóstolo Pedro e Santa Casa de Colatina. Outro ponto de destaque é o fato de os leitos de saúde mental contratualizados representavam em média 17,90% do valor global dos termos. Isso quer dizer que, se considerarmos que em todos esses contratos o estado também aplica o valor de R\$ 100.000,00 como Incentivo de Urgência e Emergência¹¹⁸, podemos afirmar que o valor previsto para os leitos em saúde mental não representa a maior porcentagem do valor global despendido aos contratos.

¹¹⁷ Cabe demarcar que é possível identificar alguns desses termos nos sites das prefeituras responsáveis pelas instituições, contudo, o volume dos diversos termos que consta em cada site dificulta a sistematização desse material, e considerando que estamos trabalhando com o ente estado, optamos por não coletar esse material.

¹¹⁸ O que representa 75% do valor global do Hospital São Marcos; 81,67% Hospital Padre Máximo e; 50,01% Hospital Santa Casa Castelense.

Além dos hospitais apresentados acima, a SESA possui contrato de gestão com o **Hospital Infantil e Maternidade Alzir Bernardino Alves – HIMABA**. A responsabilidade dos Contratos de gestão das Entidades que gerenciam o HIMABA, no período de 2016-2021, está com a GECORP¹¹⁹ (GECORP, 2023). Em uma busca realizada nos processos de chamamento público para o HIMABA, referente ao quantitativo de leitos de Saúde Mental do período, o setor disponibilizou os seguintes valores¹²⁰.

TABELA 8 - CUSTO DOS LEITOS (OU PACIENTE DIA) DE SAÚDE MENTAL (LEITO PSIQUIÁTRICO) NOS ANOS DE 2016 A 2021

DOCUMENTO	Nº LEITOS	CUSTO DIÁRIA GLOBAL DO SERVIÇO
Nota Técnica de Custo 2016 a 2020	10	R\$ 2.880,76
Nota Técnica de Custo 2020 a 2023 - (Pós Secont)	10	R\$ 1.544,09

*Valores deflacionados - índice IGP-DI

Fonte: GECORP, 2023. Elaboração própria, 2023.

A instituição hospitalar também está sob gestão de uma Organização Social, o Instituto Acqua – Ação, Cidadania, Qualidade Urbana e Ambiental¹²¹ (Espírito Santo, 2021). Segundo informações do setor, os valores que constam na tabela representam o **custo de diária**, o que significa que é um valor de custo global do serviço (Recursos Humanos, estrutura, medicamento, entre outros insumos necessários para realizar o serviço) (GECORP, 2023). Sendo assim, não é possível separar o valor exato pago pelos leitos em Saúde Mental, visto que o serviço proposto é global ao custeio do contrato de gestão do HIMABA (GECORP, 2023)¹²². É possível observar que houve uma redução de 46,4% no valor previsto, se comparado o período de 2016-2020 e 2020-2023. Isso aconteceu, segundo a GECORP (2023), devido uma avaliação realizada pela Secretaria de Controle e Transparência (SECONT), que indicou a necessidade de redução de valor no contrato entre a SESA e a instituição hospitalar.

¹¹⁹ O setor é responsável pela Contratualização da SESA com as fundações e as Organizações Sociais, contudo, nem todos os serviços que se enquadram nesses critérios estão sendo gerenciados pelo setor.

¹²⁰ Não foi possível identificar em qual setor estão os contratos do período anterior ao ano de 2016.

¹²¹ A instituição tem sede no estado de São Paulo.

¹²² O setor só possui a informação das notas com uma média do custo dos leitos do HIMABA, que refere-se a uma previsão de pagamento para leitos em saúde mental, dentro de um conjunto de serviços contratualidades entreo hospital e a SESA. O objetivo das notas é controlar a gestão dos processos de pagamentos.

No caso dos termos de fomento do HIMABA, também solicitamos ao setor acesso a essas informações, contudo não foram disponibilizados. Já no site da SESA, é possível encontrar o Contrato de Gestão de 2021, que tem o valor global de R\$ 130.308.846,46.

Perante esse cenário, algumas reflexões devem ser feitas:

A parceria entre a SESA e as instituições hospitalares da organização da sociedade civil caracterizam um novo modelo de gestão que não a direta (Gomes, 2014). Se as Organizações sociais até 2002 estavam presentes em quase 20% dos estados da federação, hoje, apoiados e estimulados pelo Ministério da Saúde, essas organizações atingiram todos os estados do país (Batista Junior, 2014).

Essa forma de contratação acaba trazendo prejuízos na qualidade dos serviços e aos usuários, como por exemplo, a não estabilidade do profissional, que acaba inibindo sua participação em espaços de conferências e conselhos da saúde, além da rotatividade desses profissionais, que não tem a estabilidade de um profissional concursado (Gomes, 2014).

Outras implicações entre essas parcerias é a gestão baseada em metas, onde ações e serviços prestados por essas organizações passam a ser mantidas e vinculadas os recursos a serem recebidos através de metas dispostas nos contratos, e não pela qualidade ou pelas sugestões dos envolvidos no processo, como os usuários e os trabalhadores (Cardoso, 2014).

É preciso ressaltar que todo esse movimento de privatização da gestão do SUS aconteceu contrariando as deliberações e resoluções do controle social do campo da saúde (Batista Junior, 2014) que entende que essa forma de privatização da gestão pode levar ao descumprimento dos princípios do SUS (Cardoso, 2014).

Uma outra questão relativa a essas parcerias, e que já comentamos anteriormente, é a dificuldade para acessar informações, que é um direito muitas vezes “[...] obstaculizado por essas entidades privadas que se recusam a fornecer informações sobre sua execução dos serviços” (Cardoso, 2014, p. 30).

Por fim, cabe demarcar, no caso específico dos leitos em saúde mental, as fragmentações dos dados na própria Secretaria de Saúde do ES. A partir das Resoluções de Pactuação da CIB de saúde mental (Figura 15), no período de 2009-2021, foi possível encontrar a aprovação para a implementação de leitos em saúde mental em outras duas instituições além das dispostas na Tabela 6, sendo elas a Resolução nº 276/2017, que aprova a ampliação dos leitos de saúde mental do **Hospital Roberto Arnizalt Silveiras**, passando de 06 (seis) para 08 (oito) o número de leitos e a Resolução nº 198/2018, que aprova a implantação de 08 leitos de **Saúde Mental**

no Hospital Geral MEPES – Movimento de Educação Promocional do Espírito Santo – Hospital Maternidade Anchieta (Espírito Santo, 2017;2018). E em análise dos Relatórios de Gestão foi possível confirmar a concretização dessa implementação (10 leitos Saúde Mental no Hospital Roberto Arnizaut Silvaes e 10 no MEPES Anchieta).

Apesar disso, não foi possível acessar as informações a respeito de questões específicas, como valores repassados, nos setores. Considerando que o Hospital Roberto Arnizalt Silvaes é uma instituição estadual e o Hospital Geral MEPES é uma instituição filantrópica, ou seja, diferente das demais instituições hospitalares apresentadas anteriormente que são geridas por Organizações Sociais, seria necessário requisitar acesso a outros setores da SESA para verificar os detalhes dessas parcerias.

5.1.2.3. Os leitos em rede complementar - clínicas privadas: o caminho dos recursos sem identificação?

Um marco normativo desse serviço é o Edital de credenciamento SESA/SASS/GE CORC/NEC/N006 de 2018, a partir do qual foi realizado um credenciamento das instituições que desejavam participar de forma complementar ao SUS, em todo o território capixaba, no atendimento de internação a pessoas com demandas de saúde mental e/ou drogas (Espírito Santo, 2018). Antes do Edital de credenciamento as compras de leitos era realizadas diretamente pela central de Regulação de Internação da SESA, não existindo um sistema para agrupar essas informações, as compras eram feitas de forma manual, por e-mail ou fax (GECORC, 2023).

Os leitos em clínicas privadas para a saúde mental no território capixaba tem forte relação com o processo de judicialização das internações compulsórias, sendo que de 2014 a 2019 o governo do ES gastou R\$ 187.561.059,90 em internação compulsória em saúde mental/drogas (Campanharo, 2021). Apesar disso, as compras dos leitos na rede complementar não são feitas planejando atender as demandas judiciais, mas sim, para atender os pacientes que demandam internação administrativas (involuntária ou voluntária) na rede de serviços de saúde (GECORC, 2023)¹²³.

Assim, considerando que a internação compulsória, realizada através das judicialização apresentam características específicas, não sendo prevista na RAPS, passamos a buscar os

¹²³ Não adentraremos aqui no debate sobre as problemáticas das internações em clínicas privadas, em especial as compulsórias, mas indicamos a leitura de: Leal et al, 2022; Campanharo, 2021; Sousa, Maciel e Medeiros, 2018.

dados que nos indicassem quanto o governo do ES tem gastado com internação administrativa, em saúde mental, na rede complementar de serviços. Na área técnica de saúde mental nos deparamos com as seguintes informações, no ano de 2021.

TABELA 9 - VALORES REPASSADOS PARA AS CLÍNICAS CREDENCIADAS EM 2021 (LEITOS TRANSTORNO E DEPENDÊNCIA QUÍMICA)

INSTITUIÇÃO	Nº LEITOS	VALOR UNITÁRIO	VALOR MENSAL	VALOR 2021
SANTA LÚCIA	16	R\$ 398,00	R\$ 191.040,00	R\$ 2.292.480,00
CREVIDA	16	R\$ 398,00	R\$ 191.040,00	R\$ 2.292.480,00
ESPAÇO VIVER	16	R\$ 398,00	R\$ 191.040,00	R\$ 2.292.480,00
GREEN HAUSE FILIAL	16	R\$ 398,00	R\$ 191.040,00	R\$ 2.292.480,00
GREEN HAUSE MATRIZ	16	R\$ 398,00	R\$ 191.040,00	R\$ 2.292.480,00
AMANHECER	16	R\$ 398,00	R\$ 191.040,00	R\$ 2.292.480,00
NOVA ALIANÇA	16	R\$ 398,00	R\$ 191.040,00	R\$ 2.292.480,00
NOVA PERSPECTIVA	16	R\$ 398,00	R\$ 191.040,00	R\$ 2.292.480,00
REFAZER MATRIZ	16	R\$ 398,00	R\$ 191.040,00	R\$ 2.292.480,00
REFAZER FILIAL	16	R\$ 398,00	R\$ 191.040,00	R\$ 2.292.480,00
VITAE	16	R\$ 398,00	R\$ 191.040,00	R\$ 2.292.480,00
VITALLE	16	R\$ 398,00	R\$ 191.040,00	R\$ 2.292.480,00
VIVÊNCIA ALVORADA	16	R\$ 398,00	R\$ 191.040,00	R\$ 2.292.480,00
ESPAÇO VÍVERE	16	R\$ 398,00	R\$ 191.040,00	R\$ 2.292.480,00
TOTAL	224	R\$ 5.572,00	R\$ 2.674.560,00	R\$ 32.094.720,00

Fonte: Área Técnica Estadual de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, SESA-SSAS-GEPORAS-NEAE, 2022.

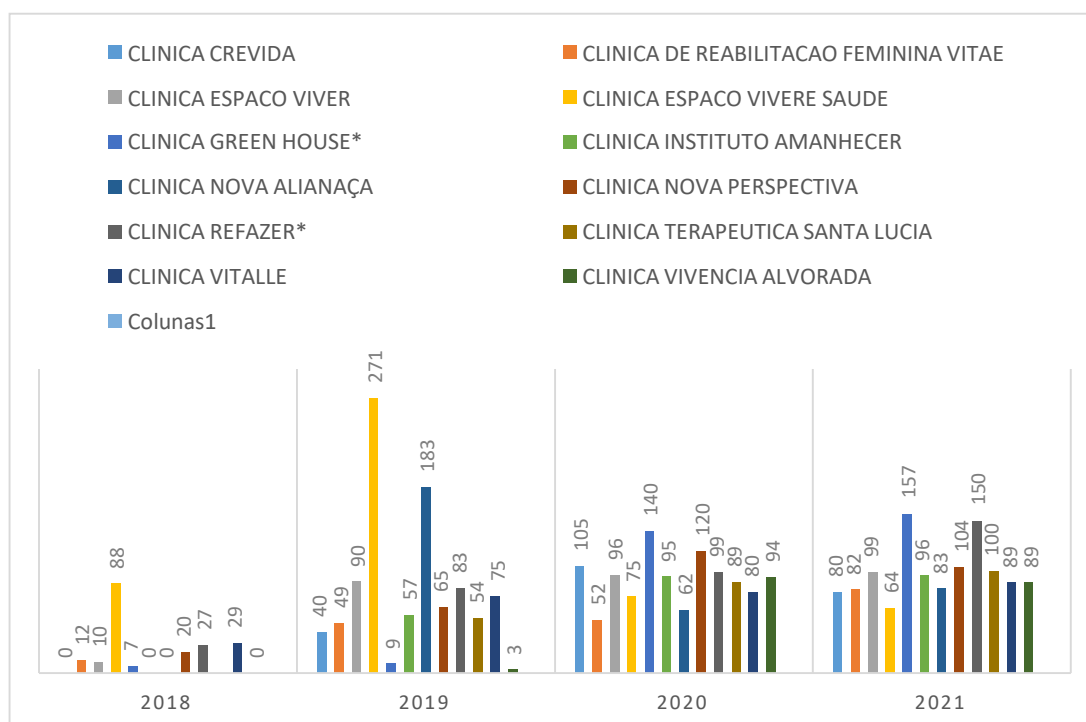
Apesar de informar que o valor gasto com internações na rede complementar no ano de 2021 atingiu o montante de **R\$ 32.094.720,00**, o setor não possuía o detalhamento de como as 224

vagas de leitos foram utilizadas - para internação administrativa ou para judicial. O que nos levou a procurar o Núcleo de Regulação em Internação (NERI).

Recorrendo ao NERI, setor responsável por fazer a regulação dos leitos estaduais, passamos a buscar junto as/os profissionais as internações administrativas em saúde mental realizadas no período de 2018-2021. Logo de início identificamos que o sistema utilizado no setor não possibilitava fazer busca entre as diferentes modalidades de internação, o que nos levou a um segundo caminho: Consultar os relatórios gerados pelo sistema – de internação global e de internação por judicialização - e correlacionar as informações.

Sobre as internações em saúde mental, os relatórios indicaram para os seguintes informações: o **Relatório Global** mostrou que foram realizadas 3472 internações de adultos e 154 internações Infante, seja administrativa ou a judicial, nas clínicas privadas. Já o **Relatório de Judicial**, onde constaria apenas as internações judiciais, apontou para 2179 internações de adultos e 141 internações Infante. Como consta nos gráficos abaixo.

GRÁFICO 6 - INTERNAÇÕES EM SAÚDE MENTAL ADULTO EM CLÍNICAS PRIVADAS



*Utilizamos as internações na clínica matriz e na filial.

Fonte: NERI, 2023. Elaboração própria, 2023.

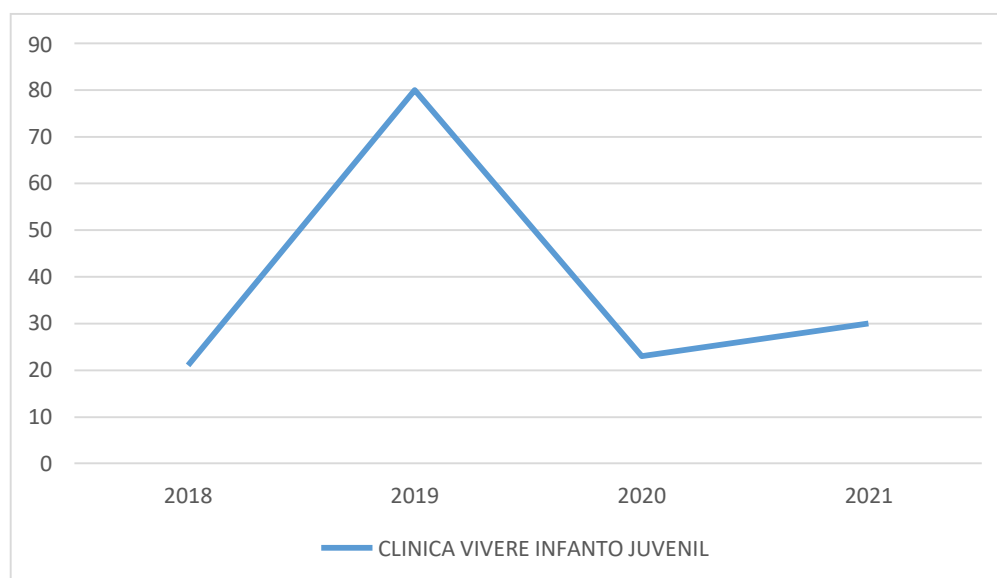
A internação de adultos foi uma crescente de 2018 a 2021 atingindo 193 internações em 2018; 979 em 2019; 1107 em 2020 e 1193 em 2021. A maior parte das internações aconteceram na

Clínica Espaço Vivere Saúde, com 14,3% das internações, seguidas pelas Clínica Refazer, com 10,33%, e a Clínica Nova Aliança 9,44%.

Em pesquisa realizada por Campanharo (2021), utilizando os dados de pagamento do Portal da Transparência do ES, a autora (2021) também identificou que as Clínicas Espaço Vivere Saúde e Nova Aliança estão entre as que mais receberam recursos. Além disso, cabe destacar que nesta pesquisa aparecem outras instituições privadas que receberam recursos para internação judicial e administrativa, além das dispostas no gráfico 5¹²⁴.

Já em relação as internações Infanto, a tendência também é de crescimento (19,5%), com o maior volume de internação no ano de 2019, acontecendo em apenas uma instituição privada, a Clínica Vivere Infanto Juvenil¹²⁵.

GRÁFICO 7 - INTERNAÇÕES EM SAÚDE MENTAL INFANTO EM CLÍNICAS PRIVADAS



Fonte: NERI, 2023. Elaboração própria, 2023.

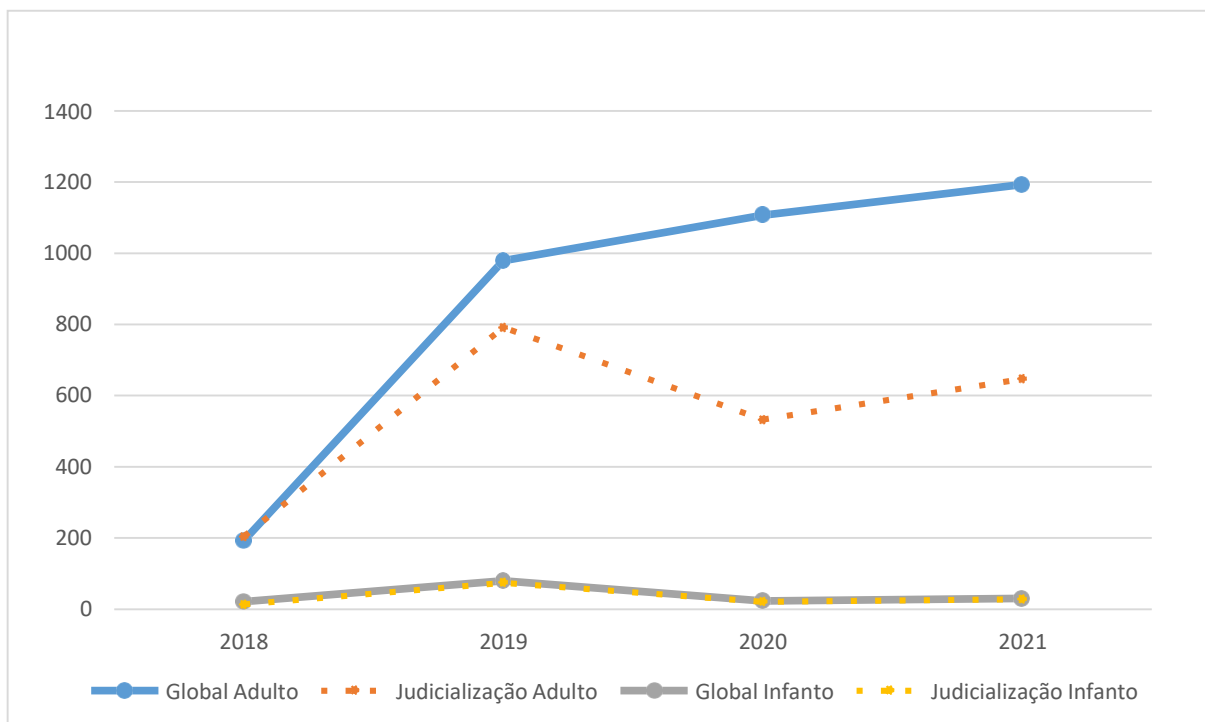
Assim, se juntássemos os dados dos dois relatórios teríamos a seguinte informação: Foram realizadas 1293 internações administrativas de Adultos e 13 Infanto¹²⁶.

¹²⁴ Para saber mais consultar Campanharo (2021) e Leal et al (2022).

¹²⁵ Apesar de não adentrar nesse debate, concordamos com Campanharo (2021) e ressaltamos que dados sobre a internação Infanto devem ser tratados de forma diferente das internações de adultos, considerando as normativas de direitos da Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA).

¹²⁶ Ou seja, fazendo a subtração das internações do relatório judicial das internações do relatório global.

GRÁFICO 8 - COMPARAÇÃO ENTRE OS DOIS TIPOS DE RELATÓRIO DE INTERNAÇÕES CLÍNICAS PRIVADAS DISPONIBILIZADOS PELO NERI



Fonte: Neri, 2023. Elaboração própria, 2023.

Matematicamente esse caminho nos levava a uma resposta. Contudo, quando fomos verificar a veracidade desse cálculo, considerando outras informações das internações, percebemos que existiam internações da modalidade de judicialização que não constavam no relatório global, o que indica um erro, que pode estar em qualquer um dos dois relatórios. Exemplificando o ocorrido, no relatório de Judicialização Adulto foi possível encontrar 16 pacientes que foram internados judicialmente, mas que não constavam no relatório global.

Como informado anteriormente, o sistema do setor de regulação de leitos não oferecia a possibilidade de fazer essa separação, por isso, presumindo que os relatórios seriam coerentes entre si, optamos por refazer esses percurso, mas que ao fim, mostrou-se não nos tirar do caminho do desconhecimentos da quantidade e valor pago pelo estado para as internações administrativa.

Cabe ressaltar que, ao perguntamos ao setor se o mesmo possuía o quantitativo das internações administrativas, fomos informadas que não, e que o setor trabalha com os dados derivados desse relatório. Ou seja, nem o próprio estado do ES tem o controle sobre o valor que repassado para essas instituições privada, segundo cada modalidade de internação.

Vale ressaltar que solicitamos essas informações ao FES, que nos informou que haveria a possibilidade de disponibilizar o que o estado paga para as internações administrativas. Contudo, apesar dessa viabilidade, os dados que recebemos do setor não são referentes ao executado pelo estado esse serviço, mas sim o que foi liquidado ou empenhado nos anos de 2021 e 2022. Considerando que estamos trabalhando com o que foi executado/pago não adentraremos nesses dados.

5.1.3 – Serviço Residencial Terapêutico: a meta é descentralizar!

O Serviço Residencial Terapêutico (SRT), também conhecido como Residência Terapêutica, são casas localizadas no espaço urbano, destinadas ao atendimento de pessoas com transtornos mentais graves (Brasil, 2004). Cada residência pode atender de 1 (um) a 8 (oito) pessoas e deve contar com uma equipe técnica para o cuidado dos moradores. O objetivo central das SRT é a reabilitação psicossocial de pacientes que passaram longos períodos internados em instituições psiquiátricas, para isso, os moradores das residências devem ser inseridos para além das SRT, em uma rede de serviços, como os CAPS e outros pontos de saúde, e também em organizações e relações sociais da comunidade que o equipamento está instalado, buscando a inclusão social do usuário das SRTs, de acordo com suas particularidades (Brasil, 2004).

Existem dois tipos de SRT: as de Tipo I, que são destinadas ao atendimento de pessoas com transtorno mental em processo de desinstitucionalização, onde o morador tem estimulado a construção de sua autonomia para a reinserção na vida social e as do Tipo II, voltadas para pessoas com transtorno mental com alto grau de dependência e necessidades de cuidados intensivos permanentes (Espírito Santo, s/d).

As primeiras unidades do serviço de Residência Terapêutica no ES foram inauguradas em 2004, no município de Cariacica, para atender as demandas de 13 pacientes (8 homens e 5 mulheres) do Hospital Psiquiátrico Adauto Botelho (SESA, 2004; SESA, 2005). No ano de 2006, mais três SRT foram inauguradas, também no município de Cariacica, para mais 24 pacientes de longa internação do hospital Psiquiátrico Adauto Botelho (SESA, 2006).

A implementação das SRT deu-se inicialmente, em bairros vizinhos ao Hospital Adauto Botelho, já que esse serviço surge como uma iniciativa da própria instituição, que selecionava os pacientes que seriam atendidos nas SRTs e, por meio de execução direta gerenciava os equipamentos (foi a equipe do hospital que fez a locação dos imóveis, aquisição de mobiliário,

pagamento das contas fixas, despesas com os usuários do serviço entre outras despesas necessárias para a funcionamento da residência) (SESA, 2004; SESA, 2005).

Somente no ano de 2010, o Governo do Estado do ES lançou o Edital 001/2010 que fornecia os elementos necessários para a construção de Propostas Técnico-Financeira para a gestão das Residências Terapêuticas no ES (SESA, 2010). Essa movimentação se deu em um contexto nacional das diretrizes do SUS, que buscavam a ampliação dos serviços de caráter comunitário para o campo da saúde mental (SESA, 2010), no ano seguinte já tínhamos a promulgação da Portaria da RAPS, onde as SRT estariam como um componente.

Derivado desse Edital 001/2010, em 2011, foi celebrado um termo de parceria com uma Organização da Sociedade Civil de Interesse Público – OSCIP, o Instituto Vida e Saúde - INVISA¹²⁷, com o objetivo de “[...] prestação de serviço de saúde em caráter complementar, para a implantação e implementação de trabalho nos Serviços de Residências Terapêuticas” (Espírito Santo, 2010, s/p). O Instituto assumiu a gestão das 6 (seis) RT que já estavam implantadas pelo Adauto Botelho e tinha como atribuição implementar e administrar mais SRTs no estado (SESA, 2012).

Cabe reforçar os acontecimentos desse momento, que contribui para compreender a expansão das SRTs no ES, e que estão interligados: O primeiro é a promulgação da Portaria 3.088/11 que institui a RAPS, já que mesmo sendo um serviço implementado antes da promulgação da Portaria, quando entra como um equipamento da Rede de Atenção Psicossocial passa a receber incentivo para sua expansão quantitativa, dado a importância desse equipamento na busca por mudanças no modelo de assistência em saúde mental, que ganhava espaço no país, com o fechamento das leitos psiquiátricos e aberturas dos serviços comunitários. O segundo ponto, que é um acontecimento ao nível estadual – diretamente ligado as mudanças a nível nacional – é o fechamento da Clínica Santa Izabel¹²⁸, que ocorreu no ano de 2016 e demandou ao estado a abertura de novas SRT para receber cerca de 20 paciente que estavam internados na Clínica (De Paula, 2016; Portal da Transparência do ES, s/d).

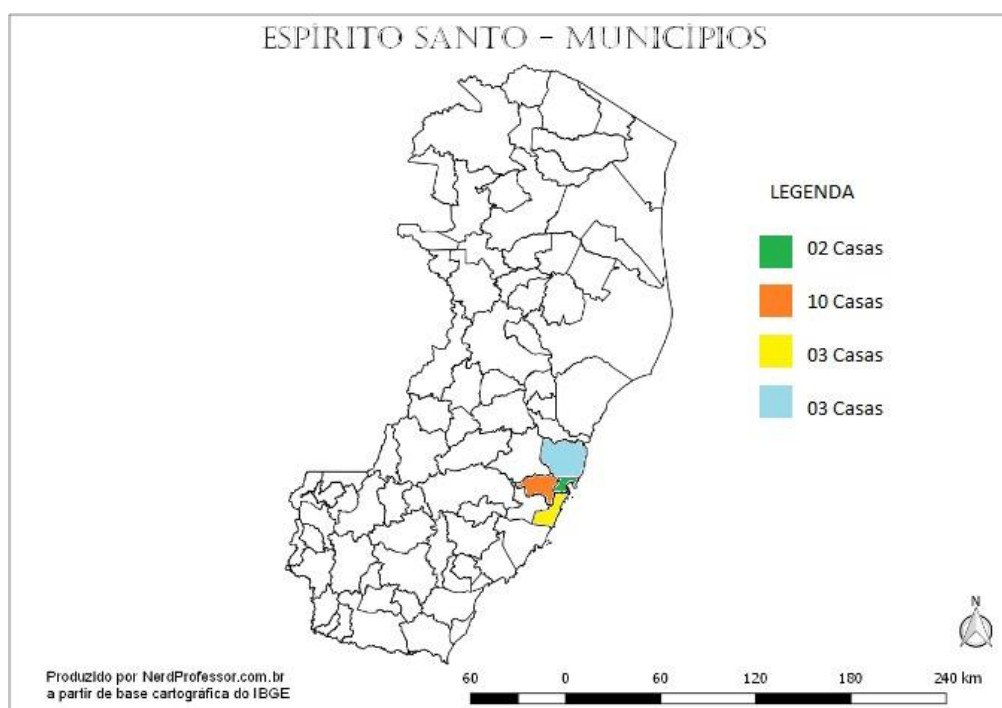
¹²⁷ O instituto foi fundado no ano de 2003, se caracterizando como pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, com sede na cidade de Santo Antônio de Pádua/RJ, mas com atribuições em todo o território nacional, como nos estados do Espírito Santo, Maranhão e Paraná (INVISA, s/d). Algumas das unidades gerenciadas pelo instituto são: Complexo Penitenciário, Centros de Detenção Provisória, Penitenciárias, Casas de Custódias e Hospital de Custódia (INVISA, sd).

¹²⁸ A Clínica Santa Izabel era um hospital psiquiátricos privado localizado em Cachoeiro de Itapemirim, região sul do ES, com capacidade para 400 leitos. A clínica tinha parceria com o estado e recebia pacientes da rede pública para internações de longa permanência (De Paula, 2015).

Para que o estado responsabiliza-se por esses pacientes e implanta-se novas SRT, o Ministério Público do ES moveu um processo que obrigava o estado a promover a abertura de mais equipamentos. O estado, atendendo ao processo e já tendo contrato firmado com a Invisa, abre mais três equipamentos no ano de 2016¹²⁹.

Atualmente, temos nos ES 18 SRTs de gestão estadual e 1 (uma) municipalizada. Todas elas localizadas na Região Metropolitana de Saúde.

FIGURA 17 - LOCALIZAÇÃO DAS SRT ESTADUAIS



Fonte: SESA, 2023. Elaboração própria, 2023

Dessas 18 residências estaduais, 10 são exclusivas para o atendimento do pessoas do sexo masculino, 6 para pessoas do sexo feminino e duas casas mistas (masculina e feminina). Quanto ao tipo, 17 SRT são do tipo I e apenas 1 (uma) é do tipo II (essa é mista) (INVISA, 2023).

Em relação ao financiamento desse serviço, não é possível localizar os valores pagos pelo Estado do ES para o financiamento das Residências Terapêuticas desde o seu surgimento, em 2004 até o ano de 2011 – já que até o ano de 2011 às poucas unidades destes equipamento no estado estavam sobre gestão do HEAC, não sendo possível filtrar os valores destinados para esse serviço.

¹²⁹ As informações referentes ao processo foram encontradas nas notas fiscais de pagamentos das SRTs no Portal da Transparência. O número do processo é 00164-22.2014-8.08.0015. O processo não está disponível para consulta pública no site do Tribuna de Justiça do ES e nem foi possível encontrar maiores detalhes no GEPORAS.

Já dados disponibilizados pelo GEPORAS, mostra, a partir do primeiro Termo de Parceria, em 2011 até o ano de 2021, os valores estabelecidos nos Instrumentos acordados entre SESA e o Instituído Invisa (Tabela 10).

TABELA 10 - VALORES DOS TERMOS E DOS ADITIVOS DE PARCERIA DA INVISA COM A SESA (2011-2021) - DISPONIBILIZADOS PELA SESA

VALOR DO RECURSO				
DATA	ADITIVOS INSTRUMENTO	VALOR MENSAL	MESES	VALOR TOTAL
23/11/2011	Termo de Parceria	R\$ 568.072,24	12	R\$ 6.816.866,86
03/11/2012	1º Termo Aditivo	R\$ 540.956,58	12	R\$ 6.491.479,00
06/09/2013	2º Termo Aditivo	R\$ 607.602,32	12	R\$ 7.291.227,86
22/11/2013	3º Termo Aditivo	R\$ 607.602,32	12	R\$ 7.291.227,86
18/07/2014	1º Apostilamento	R\$ 640.271,63	12	R\$ 7.683.259,61
23/11/2014	4º Termo Aditivo	R\$ 640.271,63	12	R\$ 7.683.259,61
06/04/2015	1º Termo de Rerratificação ao 1º Termo Aditivo	R\$ 616.950,90	12	R\$ 7.403.410,77
10/03/2015	2º Apostilamento	R\$ 661.278,22	12	R\$ 7.935.338,66
25/03/2015	5º Termo Aditivo	R\$ 661.278,22	12	R\$ 7.935.338,66
08/04/2015	1º Termo de Rerratificação ao 2º Termo Aditivo	R\$ 661.278,22	12	R\$ 7.935.338,66
23/11/2015	1º Termo de Rerratificação ao 5º Termo Aditivo	R\$ 661.278,22	12	R\$ 7.935.338,66
19/11/2015	6º Termo Aditivo	R\$ 661.278,22	12	R\$ 7.935.338,66
12/01/2016	3º Apostilamento	R\$ 597.476,09	12	R\$ 7.169.713,10
01/03/2016	4º Apostilamento	R\$ 616.863,34	12	R\$ 7.402.360,08
15/03/2016	5º Apostilamento	R\$ 663.429,49	12	R\$ 7.961.153,91
21/06/2016	7º Termo Aditivo	R\$ 663.429,49	12	R\$ 7.961.153,91
21/07/2016	8º Termo Aditivo	R\$ 663.429,49	12	R\$ 7.961.153,91
18/11/2016	9º Termo Aditivo	R\$ 728.432,68	12	R\$ 8.741.192,16
22/11/2017	10º Termo Aditivo	R\$ 868.696,59	12	R\$ 10.424.359,06
22/11/2018	11º Termo Aditivo	R\$ 980.936,17	12	R\$ 11.771.234,07
22/11/2019	12º Termo Aditivo	R\$ 915.889,19	12	R\$ 10.990.670,30
22/05/2020	13º Termo Aditivo	R\$ 850.584,77	12	R\$ 10.207.017,27
23/05/2021	14º Termo Aditivo	R\$ 691.114,67	6	R\$ 4.146.688,05
23/11/2021	15º Termo Aditivo	R\$ 691.114,67	6	R\$ 4.146.688,05
Ano 2011 A 2021 – TOTAL				R\$ 189.220.808,74

* Valores deflacionados - índice IGP-DI.

Fonte: GEPORAS, 2023. Elaboração própria, 2023.

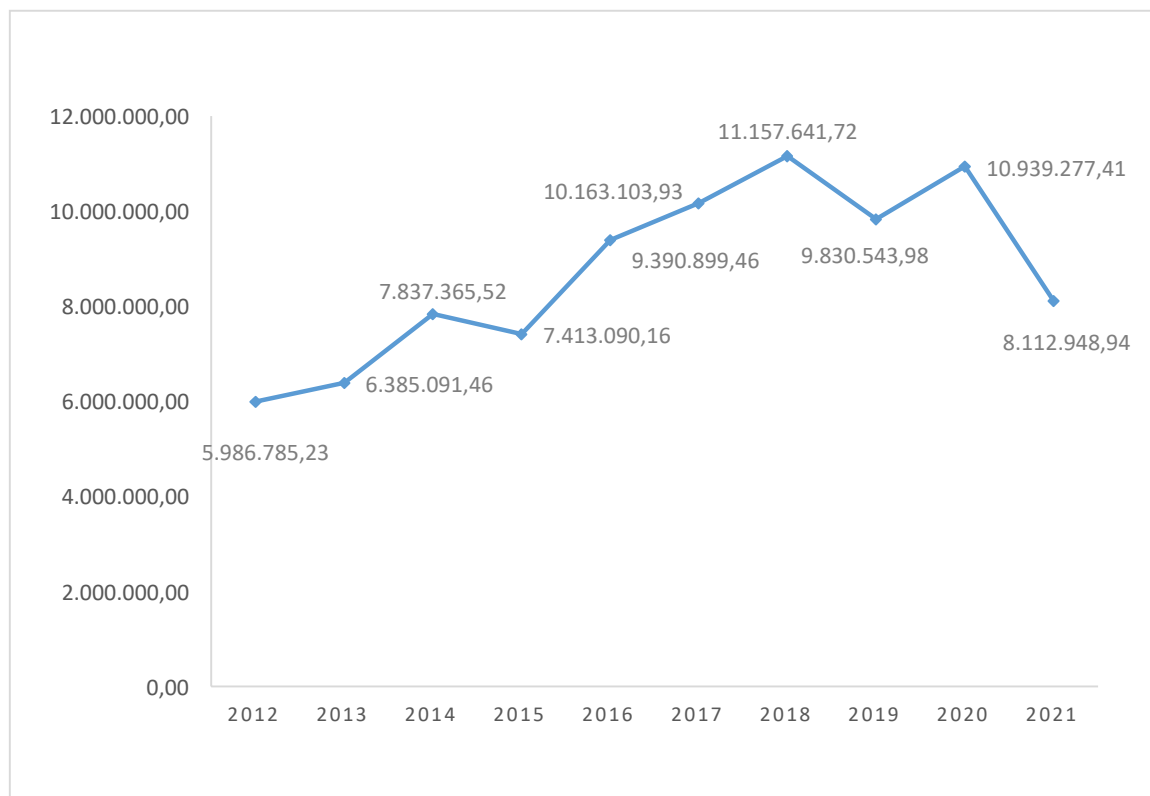
A Tabela 11 mostra que no período de 2011 a 2021 os instrumentos de parceria entre a SESA e o Invisa, para a gestão dos Serviços de Residência Terapêutica no ES, somam um valor de R\$ 189.220.808,74. É possível perceber que os valores têm um crescimento pouco significativo até o ano de 2016, e após esse ano, o valor tem um pequeno aumento, até o ano de 2020. Já em 2021, o valor mensal cai novamente, e vai para R\$ 691.114,67.

Vale reforçar que os valores que constam na Tabela 11, refere-se aos valores acordados nos instrumentos de parceria entre SESA e Invisa, mas não necessariamente indicam os valores pagos pelo estado a OSCIP. Isso se deve ao fato da existência de acordo de cumprimento de metas, presente nos instrumentos de parceria, que diz respeito ao cumprimento de uma série indicadores de desempenho na prestação do serviço, tais como: o cumprimento dos programas, conforme o cronograma de execução apresentado pelo Invisa; assiduidade e pontualidade dos membros das equipes; organização administrativa (elementos como pontualidade na entrega dos relatórios; qualidade das informações prestadas e; capacidade da gestão administrativa) e; apresentação dos profissionais (elementos como utilização de uniformes e crachá de identificação, por exemplo).

A partir desse acordo, o Invisa teve cumprir todas as metas estabelecidas para receber o valor total acordado nos instrumentos, já que, como consta no Termo de Parceria (e estende-se aos aditivos), “[...] Do valor total mensal serão retirados 5% destinados ao pagamento da parcela bimestrais vinculadas aos relatórios de prestação de serviços de acordo com a Planilha de Metas de Indicadores de desempenho alcançadas no período” (Termo de Parceria, 2010, s/p). E por esse motivo, não podemos afirmar que o valor estabelecido nos termos, foi o valor que o estado pagou à instituição.

Também é possível identificar no Portal da transparência do ES a partir de 2012, dados sobre o financiamentos desse equipamento (Gráfico 9).

GRÁFICO 9 - VALORES DO PORTAL DA TRANSPARÊNCIA REFERENTES AO PAGAMENTO DAS SRT - ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E AMBULATORIAL



*Valores deflacionados - índice IGP-DI.

Fonte: Portal da Transparência, 2023. Elaboração própria, 2023.

O valor pago de 2012 a 2021 para as SRTs foi de R\$ **87.216.747,81** e indica uma taxa de crescimento de R\$ 135% (Portal da transparência), com destaque para 2016-2018, quando os valores atingem o maior ponto, momento que o estado do ES, cumprindo a decisão do Ministério Público, realiza a abertura de mais três equipamentos, o que indica que o gasto aumentou pela expansão de unidade de serviços, e não pela maior destinação de recursos para os equipamentos já instalados. Por outro lado, a tendência recente (2020-2021) indica redução de recursos alocados.

Cabe demarca ainda a existência de um processo que está em tramitação na SESA, requerido pelo Invisa, referente aos aportes financeiros¹³⁰ realizados pela instituição ao longo do período de atuação como gestora das SRTs. O instituto aponta o montante de R\$ 2.040.332,85, como o valor da dívida da instituição por conta dos aportes financeiros realizados, e move o processo no sentido de requerer o valor ao estado (GEPORAS, 2023).

¹³⁰ Aportes financeiros são um tipo de financiamento que a instituição requer para outras instituições credenciadas (ou ela mesma), que concedem crédito, buscando um aumento no capital disponível.

O financiamento desse equipamento no ES indicou uma particularidade entre os demais pontos da RAPS, já que é o único equipamento que o estado é o responsável, quase integralmente, por todos serviços – das 19 SRT, 18 estão sob gestão do estado (94,73%) –. Ao mesmo tempo, é possível encontrar como meta, no Plano Estadual de Saúde 2020-2023, o objetivo de descentralizar esse serviço para os municípios: “[...] **Descentralizar 100% dos atuais 18 Serviços de Residência Terapêutica - SRT's para gestão municipal até 2022**” (Espírito Santo, 2019, p. 85, grifos nossos). Como mostramos anteriormente, essa meta não foi cumprida e os 18 equipamentos seguem sob a gestão do estado, já que os municípios, onde se localizam as SRT, alegam não terem condições financeiras de assumirem a responsabilidade da gestão desses equipamentos. Esse movimento que o estado está há anos tentando fazer, em repassar as SRTs para os municípios, coaduna com os debates da literatura sobre a descentralização, que indicam os municípios como o maior executor, entre os entes federativos. Tal meta, se executada plenamente, faria com que as SRTs, que são os serviços extra-hospitalar em maior quantitativo geridas pelo estado, perdessem essa característica.

5.1.4. Medicamentos em Saúde Mental

Como apresentamos na seção anterior, o Decreto nº 7.508/2011 formulou a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), indicando que todos os entes federativos têm competências específicas, em especial ao que tange ao financiamento (Brasil, 2011).

A Política de Medicamentos, vale ressaltar, não é exclusiva para o campo da saúde mental, pelo contrário, compreende uma série de áreas da saúde. Incluso, no Brasil, existe uma cultura medicamentosa forte, onde esse insumo é encarado como um meio rápido para solucionar as questões das mais diferentes áreas (Brasil, 2018), colocando o país em posição de destaque de ser o terceiro maior consumidor de medicamentos do tipo ansiolíticos e benzodiazepínicos e o sexto maior produtor do mundo; maior consumidor de clonazepam, de midazolam e de diazepam (Brasil, 2018).

Por trás dessa característica podemos encontrar o fenômeno da medicalização, que se configura como, a banalização do uso desse insumo, a partir de uma racionalidade que não considera o ser humano como ser integral, e por isso, desconsidera sua complexidade humana, recorrendo ao medicamento, em muitos casos, como uma forma de normalizar as pessoas, no sentido de adequação social (Brasil, 2018). De forma que

[...] pessoas são constantemente incentivadas a resolver os problemas sociais utilizando medicamentos, e com a ajuda das propagandas de medicamentos nos meios de comunicação, disponibilizadas a todo o momento, é fortalecida a ideia de que utilizar medicamento é sempre bom, quando isso não é verdade. Vale salientar que a

indústria farmacêutica investe mais em marketing do que em pesquisa (Brasil, 2018, p. 13).

O Setor de Gerência Farmacêutica da SESA nos forneceu dados sobre o quanto o estado do ES está gastando com medicamentos de saúde mental, nos três Componentes da Assistência Farmacêutica: Básico, Especializado e Estratégico (Brasil, 2019).

5.1.4.1. Medicamentos do Componente Básico

No Componente Básico da Assistência Farmacêutica é onde ocorre a aquisição de medicamentos e insumos destinados a agravos e programas de saúde específicos, para o âmbito da Atenção Básica à Saúde (Brasil, 2013), entre esses, encontramos uma parcelas dos medicamentos de Saúde Mental, tais como o grupo dos **antidepressivos e os antipsicóticos** (Brasil, 2020).

A responsabilidade desse componente é dividida entre os três entes federativos, cada um cumprindo determinadas funções. A seleção, programação, aquisição, armazenamento e dispensação fica a cargo dos Estados e Municípios (Brasil, 2013).

Já em relação ao financiamento, a Portaria nº 1.555, de 30 de julho de 2013, que “Dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)” (Brasil, 2013, s/s), apontava que deveria acontecer da seguinte forma, considerando a aplicação de no mínimo: União com R\$ 5,10 (cinco reais e dez centavos) por habitante/ano; Estados: R\$ 2,36 (dois reais e trinta e seis centavos) por habitante/ano e; Municípios: R\$ 2,36 (dois reais e trinta e seis centavos) por habitante/ano (Brasil, 2013, s/p).

Após essa portaria, outras foram promulgadas atualizando os valores a serem repassados por cada um dos entes federativos. A partir de 2017, regulamentado pela Artigo nº 537 da Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, o repasse financeiro teve alterações para o componente básico, de modo que a União passou a realizar o repasse de recursos financeiros com base no Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), classificando os municípios nos seguintes grupos: IDHM muito baixo: R\$ 6,05 por habitante/ano; IDHM baixo: R\$ 6,00 por habitante/ano; IDHM médio: R\$ 5,95 por habitante/ano; IDHM alto: R\$ 5,90 por habitante/ano; e IDHM muito alto: R\$ 5,85 por habitante/ano, e as contrapartidas estadual e municipal devem ser de, no mínimo, R\$ 2,36 por habitante/ano, cada (Brasil, 2017).

Trazendo para a contexto do ES, o estado entra com um **valor global**, previsto pela portaria em vigência e ainda, desde 2013, vem fazendo pactuações com os municípios, garantindo um incremento na contrapartida do ente estado e municípios, além do mínima prevista na resolução vigente (GEAF, 2023), estando pactuado da seguinte forma:

Na resolução da CIB 200/13, seguindo a Portaria 1.555/2013, além dos R\$ 2,36 por habitante/ano obrigatório ao estado e dos R\$ 2,36 por habitante/ano obrigatórios ao municípios, ocorreu uma pactuação e o valor total do financiamento tripartite per capita anual para esse componente passou a ser R\$ 12 (sem a pactuação a aplicação mínima era de R\$ 9,82 habitante/ano) (BRASIL, 2013, s/p)¹³¹. Após essa resolução, temos a CIB 028/2019, que seguindo a Portaria GM/MS de Consolidação nº 06/2017 e a Portaria GM/MS 3.193/2019, determina o valor tripartite dos municípios que aderiram à proposta do aumento do financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica passa a ser de R\$ 12,48 habitante/ano.

Atualmente, a pactuação vigente, a Resolução CIB 009/2020, determina a manutenção das pactuação estado com os municípios, feitas anteriormente, mas determina que o valor total tripartite passará a ser variável, conforme o perfil do município (CIB/SES-ES, 2020).

Em relação ao financiamento do ES para esse componente, cabe ressaltar que no estado a responsabilidade da gestão dos recursos do quantitativos programados, da aquisição e fornecimento dos medicamentos e insumos, é total do ente municipal, fazendo com que o estado não tenha nenhum controle sobre as compras dos medicamentos feitas pelos municípios, ficando apenas com a atribuição de fazer o repasse dos valores acordados nas resoluções (CIB-SUS/ES, 2013; CIB-SUS/ES, 2020.)¹³².

Cabe ressaltar que essa forma de repasse, não contribui para que o estado tenha informações de quais medicamentos são adquiridos com o recurso repassado aos municípios, **tornando inviável chegar ao valor pago para medicamentos adquiridos para a saúde mental**, com os recursos estaduais repassados aos municípios para aquisições do componente básico¹³³.

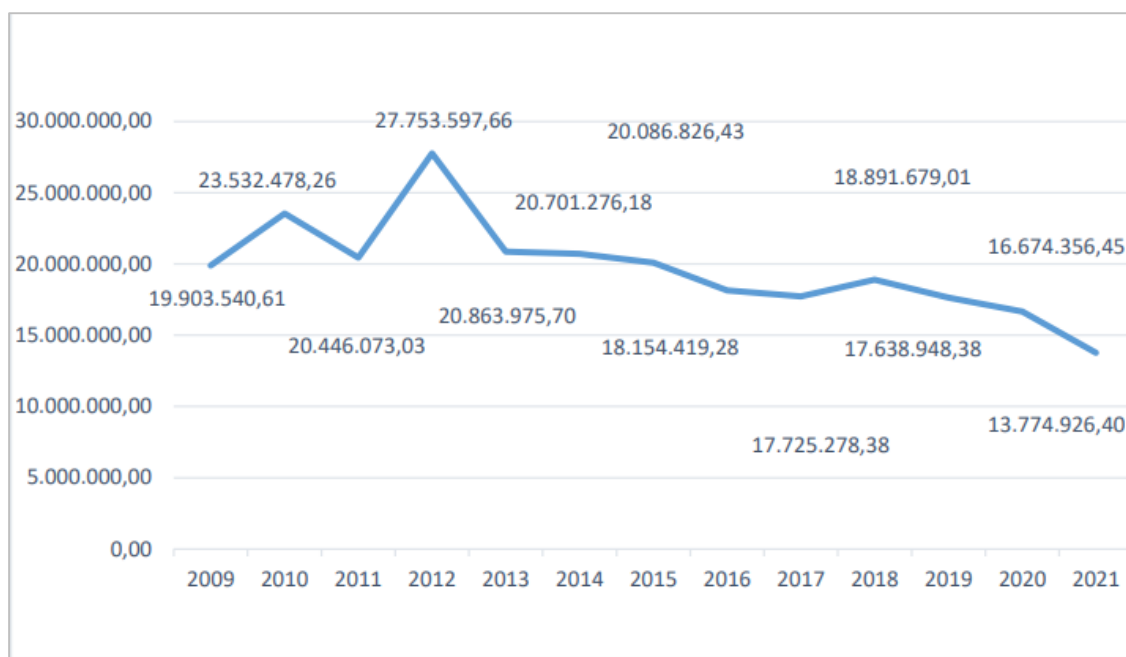
¹³¹ Cabe demarcar que a pactuação do estado com alguns municípios tinha valores distintos, entretanto o total do valor tripartite per capita ano, para todos os municípios, era o mesmo, de R\$ 12.

¹³² Cabe destacar, que o estado, por meio da SESA, disponibiliza aos municípios que aderirem, uma ata de registro de preços dos medicamentos e insumos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, que se configura como um sistema – Sistema Estadual de Registro de Preço (SERP). Nele é possível os municípios comparem os medicamentos com o mesmo valor, com as empresas que o estado já tem contrato. Dessa , não necessita de uma nova licitação. Mas, isso são desobriga os municípios da execução desse componente, ou seja, pagar e distribuir os medicamentos (GEAF, 2023).

¹³³ Para chegar a esse dado, um possível caminho é verificar as comprar de medicamentos dos 78 municípios do estado, individualmente. Contudo, esta pesquisa não tem como objetivo realizar tal ação.

Encontrando essa barreira, trouxemos os dados, disponíveis no Relatório de Execução Programática, que tratam das informações sobre o financiamento estadual de medicamentos do Componente Básico, na **ação 4699 - contrapartida financeira aos municípios para aquisição de medicamentos básicos**, durante o período de 2009-2021 (Gráfico 10).

GRÁFICO 10 - VALOR DO FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE DESTINADO PARA A CONTRAPARTIDA FINANCEIRA AOS MUNICÍPIOS PARA AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS BÁSICOS (2009 A 2021)



*Valores deflacionados - índice IGP-DI

Fonte: Governo do Estado do Espírito Santo, 2009; 2010; 2011; 2012; 2013; 2014; 2015; 2016; 2017; 2018;2019;2020;2021. Elaboração própria, 2023.

Observamos que, ao longo dos 13 anos a taxa de decréscimos de 69,20% (Gráfico 10). No relatório não encontramos elementos que justifiquem as variações dos gastos, mas alguns pontos merecem destaque para contribuir com futuras pesquisas âmbito. No ano de 2012, ainda não tinha sido implementado a Portaria 1.555, de 30 de julho de 2013, o que pode justificar o valor do período de 2009-2012. Já no ano de 2021, a redução do repasse pode estar atrelada a pandemia do COVID – 19.

5.1.4.2 – Medicamentos do Componente Especializado

O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (Ceaf) tem como objetivo garantir a integralidade do tratamento medicamentoso, no âmbito do SUS, em nível ambulatorial, a partir das linhas de cuidado que são definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas publicados pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2013). A responsabilidade desse componente é

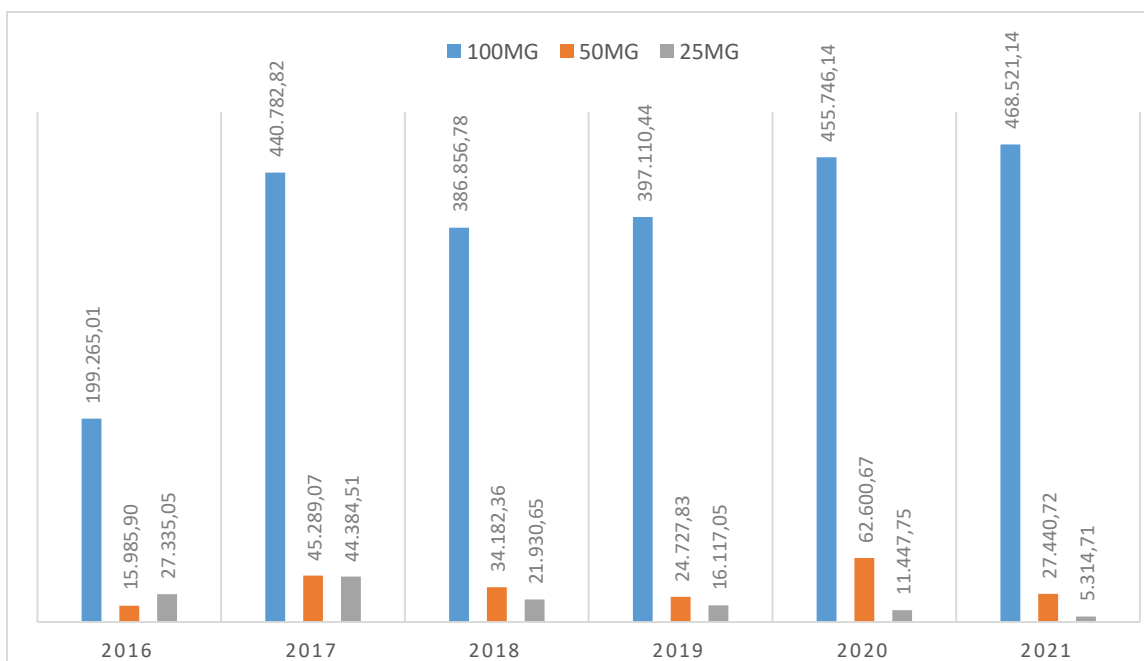
dividida entre os três entes federativos, conforme o grupo de medicamento definidos na portaria (Brasil, 2013).

São três os grupos que compõem o Ceaf, contudo, nós restringimos a tratar do Grupo II, sendo:

[...] **II - Grupo 2: medicamentos sob responsabilidade das Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal pelo financiamento**, aquisição, programação, armazenamento, distribuição e dispensação para tratamento das doenças contempladas no âmbito do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (Brasil, 2013, s/p).

A lista de medicamentos que compõem esse grupo, dispostos na RENAME, atende a protocolos de diversas doenças. No caso da saúde mental, temos apenas um único medicamento, que enquadra-se no protocolo da Saúde Mental – para Transtorno Afetivo Bipolar do tipo I – sob responsabilidade de financiamento total do Estado, que é a **LAMOTRIGINA** (100mg, 50mg e 25mg) (Brasil, 2020).

Em uma busca realizada no sistema de controle de estoque da GEAF, o setor disponibilizou o Resumo das Entradas de Produtos Analítico, no período de Entrada de 01/01/2016 até 31/12/2021, referente ao Estoque: COMPONENTE ESPECIALIZADO-SESA, utilizando como objeto de busca a Lamotrigina. Chegando as seguintes informações:

GRÁFICO 11 - VALOR TOTAL DA COMPRA DE LAMOTRIGINA (2016-2021)

*Valores deflacionados - índice IGP-DI

Fonte: GEAF, 2023. Elaboração própria, 2023.

De acordo com informações disponibilizadas pelo setor, não é possível acessar informações referente à compra de Lamotrigina no período anterior ao ano de 2016, contudo, também não se pode afirmar que essa compra não existiu.

Ao longo dos 6 anos contemplados, não é possível afirmar que toda a lamotrigina comprada pelo estado do ES representa uma compra destinada somente à saúde mental, já que o mesmo medicamento também é protocolo para Epilepsia. Tal fato impede a possibilidade de afirmação de que os recursos gastos com esse medicamento representam uma compra destinada integralmente à saúde mental¹³⁴.

5.1.4.3. Medicamentos do Componente Estratégico: o Programa de Saúde Mental no ES

O Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (Cesaf) é destinado aos medicamentos e insumos para doenças específicas que têm potencial de impacto endêmico. Assim, o financiamento para a compra de medicamentos e insumos de programas estratégicos de saúde no âmbito do SUS, tais como os de tuberculose, o de hanseníase, o de malária, e o de

¹³⁴ Para chegar ao valor gasto com Lamotrigina para a saúde mental, seria necessário acessar os dados de distribuição desse medicamento, avaliando a quantidade que foi destinada para protocolo de saúde mental e correlacionar com o valor de comprar.

leishmanioses (Brasil, 2020). Também é esse componente que garante os insumos destinados ao combate do tabagismo, ao programa de alimentação e nutrição. O responsável é o Ministério da Saúde, que deve adquirir e distribuir os itens aos estados e ao Distrito Federal, a quem fica a cargo o recebimento, o armazenamento e a distribuição aos municípios (Brasil, 2020).

Dentro desse componente, ainda é possível que os **estados ou municípios implementem seus próprios programas de medicamentos estratégicos, para o atendimento de demandas específicas de seus territórios**. Na nossa pesquisa, o destaque vai para um Programa implantado pelo Estado do Espírito Santo, vinculado ao Componente Estratégico, que é o **Programa de Saúde Mental**¹³⁵ (GEAF, 2023).

Esse programa tem como objetivo a distribuição (mensal ou bimestral) de medicamentos para os três CAPs estaduais, fazem parte os seguintes medicamentos (Figura 18):

FIGURA 18 - MEDICAMENTOS DO PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL

MEDICAMENTOS DO PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL - ES	
• ACIDO VALPROICO 250MG CAP	• DIAZEPAM 10MG CPR
• AMITRIPTILINA 25MG CPR	• FENITOINA 100MG CPR
• BIPERIDENO 2MG CPR	• FENOBARBITAL 100MG CPR
• CARBAMAZEPINA 200MG CPR	• FLUOXETINA 20MG CAP
• CARBONATO DE LITIO 300 MG CPR	• HALOPERIDOL 1MG CPR
• CLOMIPRAMINA CLORIDRATO 10MG CPR	• HALOPERIDOL 5MG CPR
• CLOMIPRAMINA CLORIDRATO 25MG CPR	• HALOPERIDOL DECANOATO 50MG/ML AMP
• CLONAZEPAM 2MG CPR	• MIDAZOLAM MALEATO 15MG CPR
• CLONAZEPAM 0,5MG CPR	• NORTRIPTILINA CLORIDRATO 50MG CPR
• CLORPROMAZINA CLORIDRATO 100MG CPR	• PROMETAZINA 25MG CPR
• CLORPROMAZINA CLORIDRATO 25MG CPR	

Fonte: GEAF, 2023. Elaboração própria, 2023.

¹³⁵ Cabe destacar que em conversa com o setor, nos diferentes núcleos consultados (Núcleo Especial de Gestão de Políticas de Acesso e Uso Racional de Medicamento; judicialização de medicamentos e; Núcleo Especial de Gestão e Programação Técnica), não foi possível identificar o ano de início do programa e nem a ocorrência de modificações ao longo de sua existência. Contudo, a informação repassada é de sua vinculação com a Portaria nº 1.077 de 24 de agosto de 1999, que dispõem sobre a implantação do Programa para a Aquisição dos Medicamentos Essenciais para a área de Saúde Mental, financiado pelos gestores federal e estaduais do SUS (GEAF, 2023; Brasil, 1999).

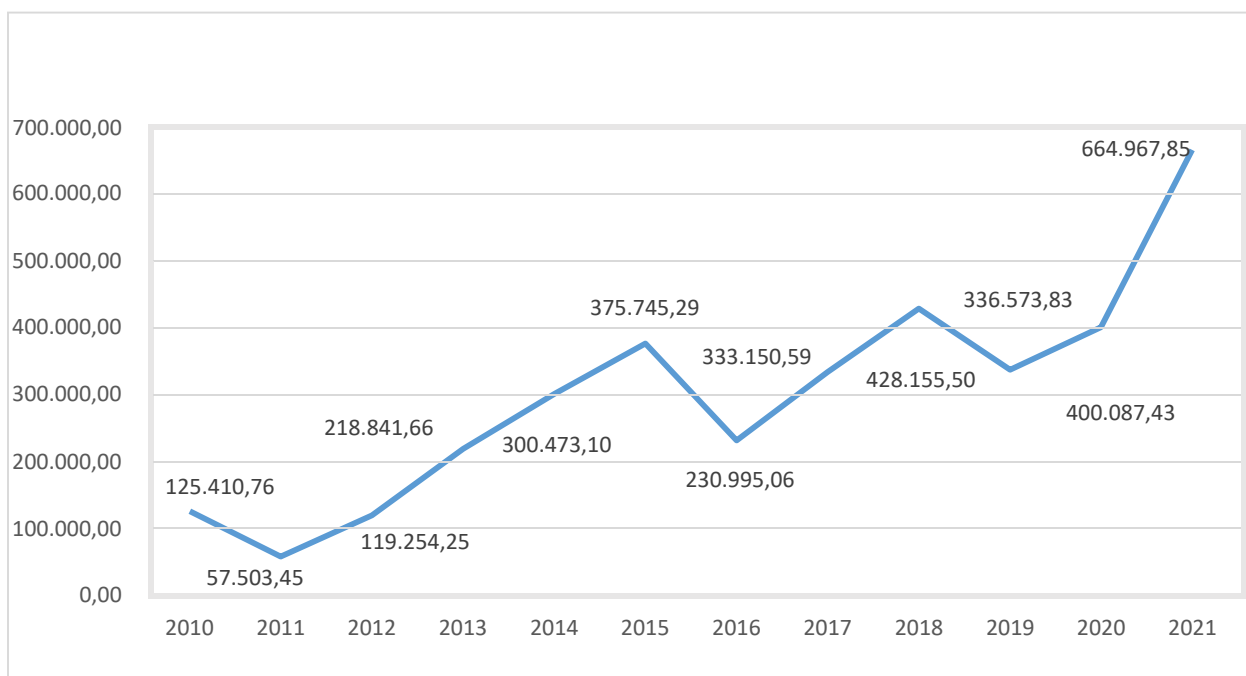
Todos os medicamentos listados fazem parte da RENAME e são distribuídos em outros componentes de medicamentos. A principal diferença do Programa de Saúde Mental está no público e equipamento atendido, já que esse programa atende restritamente os CAPS estaduais, sendo o fornecimento desse insumo direto aos usuários desses equipamentos (GEAF, 2023).

Sobre a distribuição dos medicamentos no CAPS é possível encontrar no Relatório Final da III Conferência Estadual de Saúde Mental do ES propostas que comungam com a dispensação de medicamentos da saúde mental nos equipamentos dos CAPS, tais como:

- 1- Mudança na assistência farmacêutica em saúde mental, **objetivando que os CAPS's tenham gestão própria, garantindo a descentralização, melhorando o fluxo e o controle da medicação pela equipe de saúde mental;**
 [...] 4- **Descentralizar a distribuição de medicações psicotrópicas e possibilitar a abertura de farmácias em todos os CAPS,** garantindo o acesso do usuário e o controle da medicação pelo farmacêutico;
 [...] 8- **Garantir a inserção e a assistência do profissional farmacêutico em todos os serviços de Saúde, incluindo os CAPS, UBS e ESF,** para a dispensação de medicamentos psicotrópicos (Espírito Santo, 2013, p. 13-14, grifos nossos).

Em relação ao financiamento, ao analisar as notas fiscais das **compras dos medicamentos** destinados ao Programa de Saúde Mental, chegamos aos seguintes valores (Gráfico 12).

GRÁFICO 12 - VALOR ANUAL DAS COMPRAS DE MEDICAMENTOS DO PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL DO ES (2010-2021)¹³⁶



*Valores deflacionados - índice IGP-DI

Fonte: GEAF, 2023. Elaboração própria, 2023.

¹³⁶ A análise das notas fiscais teve o recorte temporal de 2010-2021, justificado pelo fato de que o cadastro das notas fiscais desse componente de medicamentos estão disponíveis no sistema informatizado do setor a partir do segundo semestre de 2009, dessa forma, optamos por delimitar a análise para anos cheios.

Se observarmos o gráfico, poderíamos chegar a constatação que durante esses 11 anos o estado gastou R\$ **3.591.158,77** em medicamentos para o Programa de Saúde Mental. Mas, essa não é uma afirmação verdadeira. Analisando os tipos de medicamentos presentes nas notas, encontramos dois que não compunham a lista de medicamentos do Programa de Saúde Mental, sendo a compra de **cloroquina 150 mg no ano de 2019**, onde foram **gastos R\$ 1.355,23** e a compra de **codeína 30mg em 2021, no valor de R\$ 240.892,39**. Ambos medicamentos não são protocolos para a saúde mental (são para artrite reumatoide, dermatomiosite e polimiosite, lúpus eritematoso sistêmico e; dor crônica, respectivamente).

Chama atenção principalmente que o valor gasto com a compra da codeína no ano de 2021 é maior que o valor total de 5 anos (2010, 2011, 2012, 2013, 2016), representando 6,70%, considerando o montante global da compra, no período em questão. Em busca da explicação das notas fiscais desses medicamentos comporem o Relatório Entradas de Produtos – Estoque Saúde Mental, já que a própria GEAF já tinha afirmado que tais medicamentos não são distribuídos no CAPS, informação que também pode ser encontrada na Lista Estadual Complementar, fomos informadas que estes medicamentos provavelmente foram inseridos no sistema por algum equívoco e posteriormente transferidos para os seus estoques corretos (GEAF, 2023).

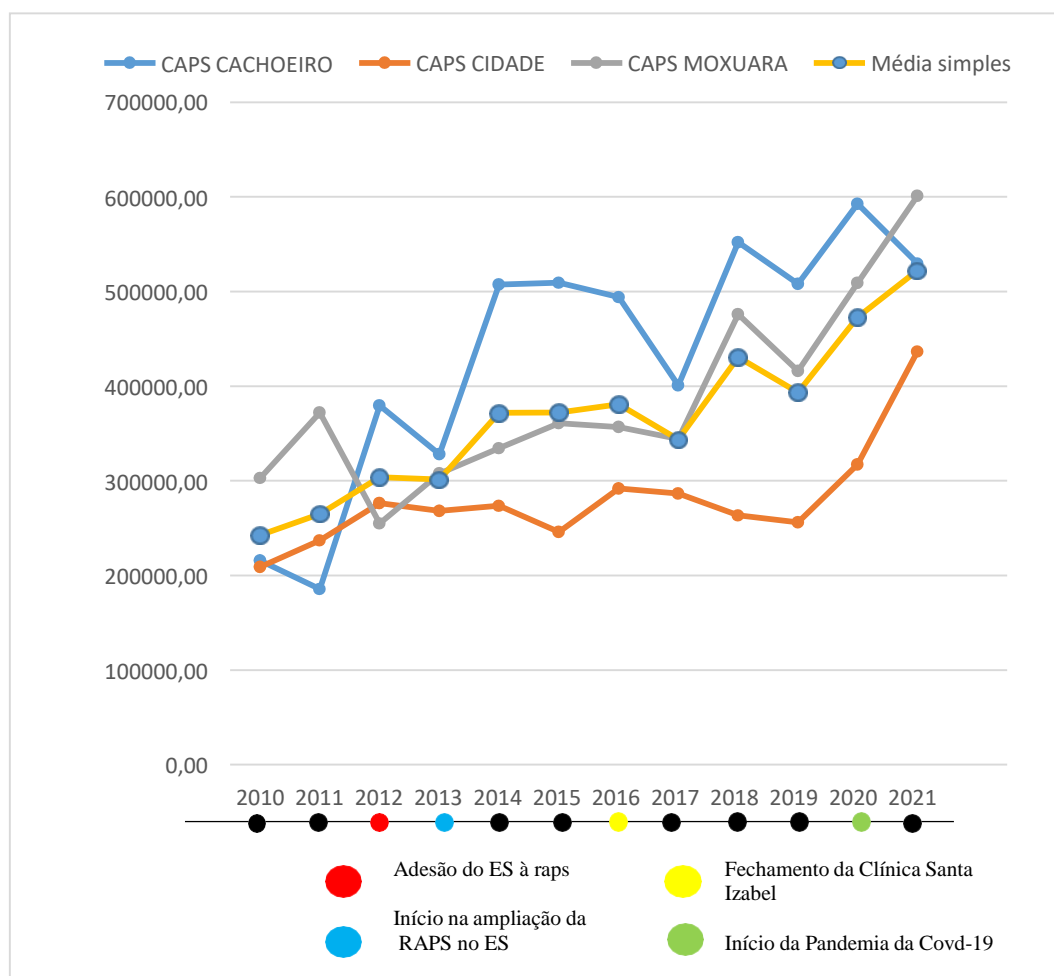
Sabemos que essas notas fiscais são documentos internos dos setores e que equívocos acontecem, mas cabe evidenciar uma problematização, que demandaria outra pesquisa para ser respondida: Quais implicações esses medicamentos continuarem constando nos estoques da saúde mental poderiam causar? Já que o mesmo permanece anos após a provável inserção incorreta (considerando que as notas fiscais são de 2019 e 2021 e a consulta dessas notas para a pesquisa foram feitas em fevereiro de 2023). Acreditamos que tal fato pode levar a leituras incorretas, a partir das notas onde estão esses medicamentos, considerando que fazer a separação de cada tipo de medicamento adquirido, não é uma tarefa simples, que demanda além de um trabalho manual de separação dos medicamento nas notas - já que o documentos das notas não permite a aplicação de filtros e nem busca - conhecimento prévio sobre os medicamentos e seus protocolos clínicos.

Uma outra questão dessas notas é que a partir delas não é possível afirmar a quantidade, o tipo e o valor gasto pelo estado com os medicamentos em saúde mental, já que mesmo indicando a compra que foi realizada, a partir delas não há a garantia de que todos os medicamentos

comprados foram destinados aos CAPS. Posto isso, partimos para a análise do Relatório de saída – Estoque Saúde Mental, que de acordo com os profissionais da GEAF, indicam a distribuição dos medicamentos para os três CAPS estaduais.

Sobre a quantidade de medicamentos para os três CAPS, no período de 2010–2021, foram destinados **13.204.277** unidades¹³⁷, como mostra o Gráfico 13.

GRÁFICO 13 - QUANTIDADE DE MEDICAMENTOS DISTRIBUIDA POR CAPS (2010-2021)



Fonte: GEAF, 2023. Elaboração própria, 2023.

O CAPS Cachoeiro foi o equipamento que mais distribuiu medicamentos, com 5.203.638 unidades (39,40%), seguidos pelo CAPS Moxuara, com R\$ 4.637.630 unidades (35,12%) e o CAPS Cidade com R\$ 3.363.009 (25,47%). Apesar da diferença nos valores, interessa observar que todos eles apresentaram uma taxa de crescimento na distribuição, ao longo do período.

¹³⁷ A indicação de unidades neste caso significa: capsula, comprimido, frasco ou ampola.

O gráfico traz também uma linha do tempo com alguns acontecimentos que marcaram a saúde mental capixaba. Relacionando esses acontecimentos com a distribuição dos medicamentos é possível considerar que do ano de 2012 para o ano de 2013, quando acontece a adesão do ES na RAPS e o início da ampliação dos equipamentos da RAPS, ocorre uma queda no CAPS Cidade e no Cachoeiro. No ano de 2016, acontece o fechamento das clínica Santa Izabel, no município de Cachoeiro, o que poderia levar a um aumento de medicamentos para o CAPS Cidade e no Moxuara, considerando que a maior parcela de SRT, para onde os usuários foram transferidos, ficam localizadas em Cariacica, e explicaria a diminuição que acontece no CAPS Cachoeiro, contudo, o que se percebe é um decréscimo em todas as três unidades de 2016 para 2017.

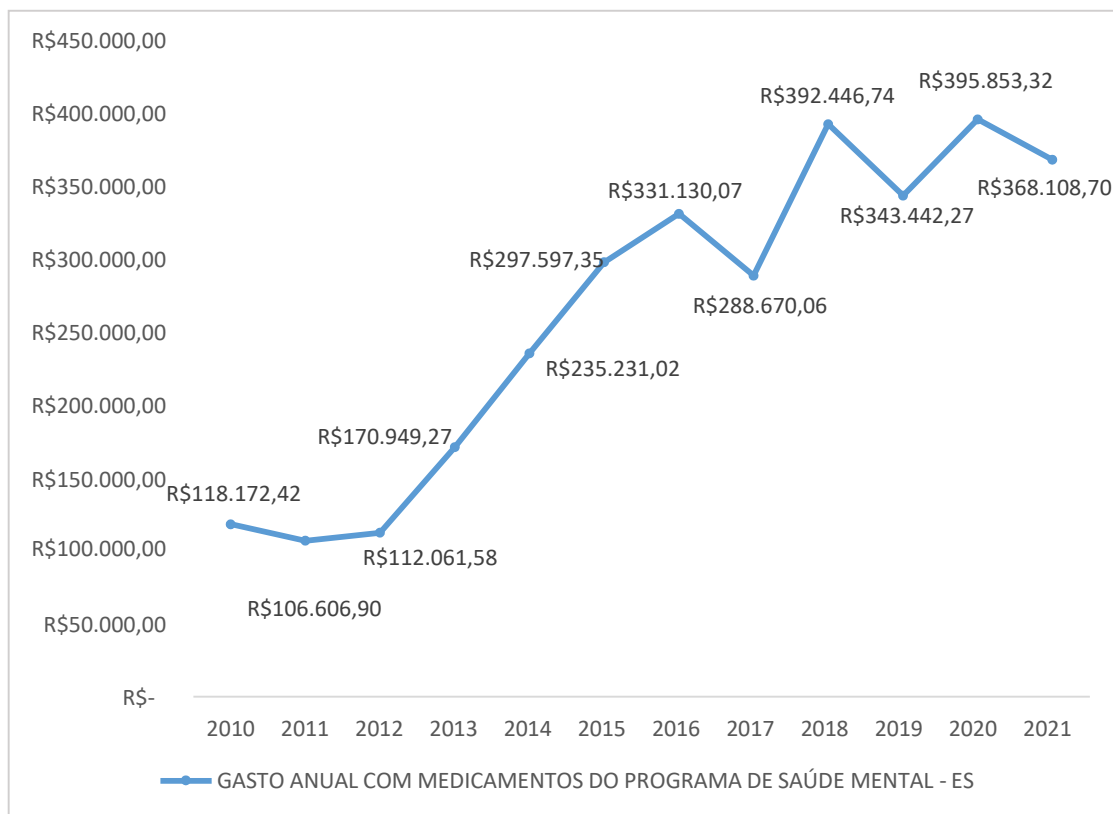
Outro acontecimento que pode ter contribuído com a distribuição dos medicamentos é a pandemia do Covid-19, que inicia no ano de 2020, quando podemos perceber que ocorre um aumento no CAPS Cidade e Moxuara, e um decréscimo no CAPS Cachoeiro.

Apesar de localizar os acontecimentos com a distribuição dos medicamentos, entendemos que as causalidade desses acontecimentos, que poderiam justificar as modificações quantitativa da distribuição dos medicamentos, não podem ser afirmadas de forma tão simplória, devendo ser considerados outros fatores, como a quantidade de usuários em cada períodos, por exemplo. Tais ações não estão dentro do escopo de objetivo desta pesquisa.

Por fim, cabe destacar que os dados referentes as quantidade de unidades de medicamentos que foram distribuídas pelos CAPS estaduais é um dados fundamental para a compreensão dos gastos, já que comprova que os valores anuais dos medicamentos não variam – apenas - por aumentos de preços dos insumos, mas também por que os equipamentos distribuíram de forma crescente os medicamentos de saúde mental ao longo do tempo.

Já em relação aos valores pagos aos medicamentos, o Estado do ES **gastou R\$ 3.160.269,70** com o pagamento dos medicamentos do Programa de medicamentos de Saúde Mental no período de 2010-2021 (Gráfico 14).

GRÁFICO 14 - GASTO ANUAL COM MEDICAMENTOS DO PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL – ES (2010-2021)



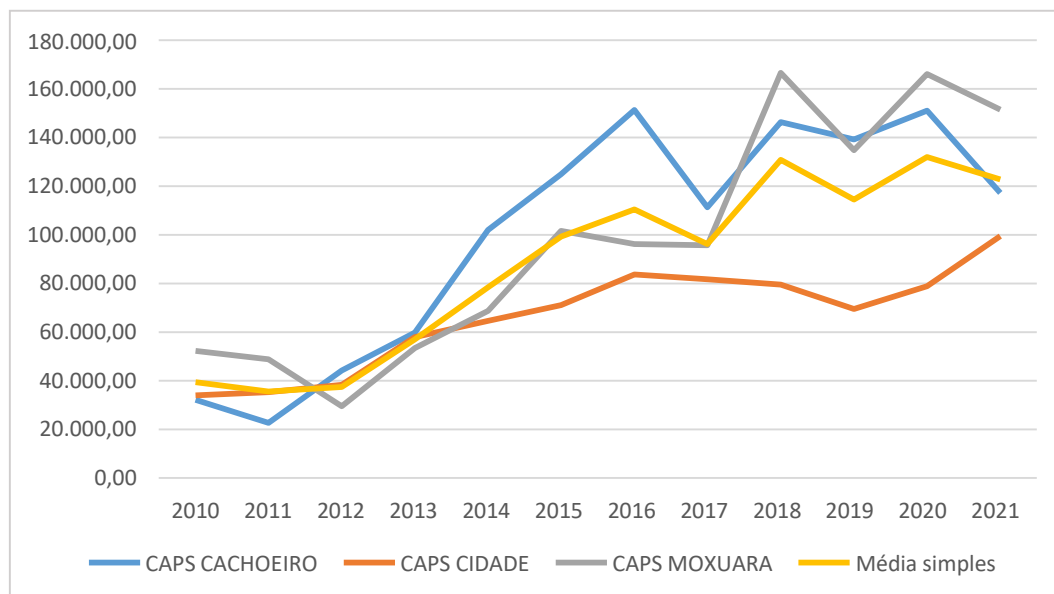
*Valores deflacionados - índice IGP-DI
 Fonte: GEAF, 2023. Elaboração própria, 2023

É possível identificar um crescimento do gasto do estado com medicamentos do Programa de Saúde Mental, com taxa de crescimento de 311,5% (2010 para 2021).

Ao comparar o valor total gasto com os medicamentos (Gráfico 14) com os valores das compras destes medicamentos (Gráfico 12), também é possível identificar que foram comprados mais medicamentos do que distribuídos, já que o valor de compra é maior que o valor de distribuição, com uma diferença de **R\$ 430, 889.07**.

O gráfico abaixo mostra os valores pagos para medicamentos por CAPS.

GRÁFICO 15 - VALORES PAGOS PARA MEDICAMENTO DOS CAPS ESTADUAIS (2010-2021)



*Valores deflacionados - índice IGP-DI

Fonte: GEAF, 2023. Elaboração própria, 2023.

Em análise comparativa entre os Gráficos 12 e 14 verificamos que apesar das unidades de medicamentos serem distribuídas em maior quantidade no CAPS Cachoeiro, no período de 2018 a 2020, quando se trata dos valores pagos, os anos de 2018 e 2020 o CAPS Moxuara recebe medicamentos com maiores custos. Isso pode acontecer pelas diferentes demandas de tipos de medicamentos que cada um dos equipamentos dispõem e possuem valores diferenciados por unidade.

5.1.4.3.1 – Medicamentos do Componente Estratégico: o repasse financeiro da União para o estado do ES

No tópico anterior mostramos medicamentos do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica que são de responsabilidade do estado do Espírito Santo, já que fazem parte de um Programa criado e financiado pelo estado, o Programa de Saúde Mental. Contudo, de forma geral, o Ceaf é composto por medicamentos que são de responsabilidade do Ministério da Saúde (Brasil, 2020), dividido em dois grupos

- a) Grupo 1A: medicamentos com aquisição centralizada pelo Ministério da Saúde, os quais são fornecidos às Secretarias de Saúde dos Estados e Distrito Federal, sendo delas a responsabilidade pela programação, armazenamento, distribuição e dispensação para tratamento das doenças contempladas no âmbito do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica; e
- b) Grupo 1B: medicamentos financiados pelo Ministério da Saúde mediante transferência de recursos financeiros para aquisição pelas Secretarias de Saúde**

dos Estados e Distrito Federal, sendo delas a responsabilidade pela programação, armazenamento, distribuição e dispensação para tratamento das doenças contempladas no âmbito do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica; (Brasil, 2020, p. 16, grifos nossos).

Para nossa análise, importa resgatar os medicamentos do Grupo 1B, que são destinados à Saúde Mental, já que o estado do ES realiza a compra desses insumos, e posteriormente a União faz a transferência de recursos para o estado.

Oliveira (2017) mostrou que os medicamentos para a saúde mental que faziam parte do grupo 1B são: **Ziprasidona 40mg e 80 mg; Risperidona 1 mg, 2 mg e 3 mg; Quetiapina 300 mg.** A partir dessa informação, buscamos os registros do DATASUS, onde é possível encontrar que a União aprovou o repasse dos seguintes valores para o estado do ES¹³⁸ – para o pagamento dos medicamentos do Grupo 1B (Tabela 11).

TABELA 11 - VALORES REPASSADOS PELA UNIÃO AO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO PARA O PAGAMENTO DOS MEDICAMENTOS DE SAÚDE MENTAL DO GRUPO 1B

Ano	Ziprasidona 40mg	Ziprasidona 80mg	Risperidona 1	Risperidona 2	Risperidona 3	Quetiapina 300 mg	TOTAL
2009	3.805.627,22	867.418,87	43.284,12	120.291,51	0,00	0,00	4.836.621,72
2010	1.230.179,33	6.503.434,31	23.885,41	84.823,40	0,00	0,00	7.842.322,45
2011	1.161.687,07	7.264.141,20	20.403,63	78.928,91	0,0	0,0	8.525.160,81
2012	1.226.994,07	7.299.506,54	22.166,95	84.438,59	0,0	0,0	8.633.106,15
2013	1.270.693,78	7.150.235,19	18.967,49	81.246,53	5,25	2.978,86	8.524.127,10
2014	1.293.242,86	6.913.850,89	20.522,81	70.475,14	0,0	34.461,91	8.332.553,61
2015	1.367.124,31	6.405.076,81	15.135,53	74.744,30	0,0	62.129,39	7.924.210,34
2016	1.186.210,64	5.493.962,27	14.135,73	71.588,51	0,0	60.497,14	6.826.394,29
2017	749.227,33	2.576.346,79	15.925,51	73.610,97	0,0	71.404,50	3.486.515,10
2018	0,0	0,0	60.213,22	163.359,42	0,0	132.072,24	355.644,88
2019	0,0	0,0	61.558,63	152.086,90	0,0	20.483,70	234.129,23
2020	0,0	0,0	58.807,44	152.523,61	0,0	0,0	211.331,05
2021	0,0	0,0	32.780,00	133.352,52	0,0	0,0	166.132,52

*Valores deflacionados - índice IGP-DI

Fonte: DATASUS, 2023. Elaboração própria. 2023.

Ao longo dos 13 anos (2009-2021) o estado do Espírito Santo recebeu o repasse de **R\$ 65.898.249,25** para medicamentos do Grupo 1B. Durante os oito primeiros anos

¹³⁸ Vale ressaltar que os valores apresentados correspondem aos valores aprovados pela União para fazer o repasse ao estado do ES, para a compra desses medicamentos. Entretanto, existe a possibilidade de o estado ter gasto um valor maior que o aprovado pela União, para esses medicamentos.

encontramos os valores mais altos de repasse, com a média simples de R\$ 7.680.562,05 por ano. Já de 2017 a 2021 o repasse médio anual cai para R\$ 890.750,55.

5.2 – A INCOMPLETUDE DAS PEÇAS OU SOBRE O FINANCIAMENTO INVISIBILIZADO.

Se as coisas são inatingíveis... ora!
 Não é motivo para não querê-las...
 Que tristes os caminhos, se não fora
 A presença distante das estrelas!
 (Mario Quintana)

Não há como iniciar o tópico de fechamento dessa dissertação sem ressaltar os limites encontrados para analisar o financiamento estadual da saúde mental no Espírito Santo. O que vimos durante toda a pesquisa foi a **incompletude** de informações básicas.

As primeiras incompletudes foram identificadas nas **definições das competências atribuídas ao estado do ES**. Como observado ao longo do trabalho, não existe uma sistematização com essas competências do ES para a RAPS, e os documentos e ferramentas de gestão onde poderiam trazer um panorama das pactuações assumidas pelo estado com os municípios e/ou metas para a área da saúde mental não estão disponíveis para consulta, o que contribui para a incompletude, já que tornasse inviável fazer afirmações integrais, de que o estado assumiu ou não assumiu mais nenhuma competência ou metas para a RAPS.

Essa situação produz alguns questionamentos:

- a) Como o estado realiza o planejamento de suas ações no campo da saúde mental e como o controle social atua nesse campo, sem as definições do que seriam as competências e atribuições desse ente?
- b) Por que a Lei de acesso à informação produziu em nossa pesquisa, dados fragmentados, dados inexistentes ou desconhecidos? Como são tratados os documentos públicos? O fato desses documentos terem sido produzidos, mas não estarem disponíveis em algum banco de dados, ou fisicamente na Secretaria de Saúde do ES, revela o descuido na forma que tratamos os dados públicos. Ter que depender de profissionais que estiveram presentes em momentos de elaboração ou vivenciaram os acontecimentos, para encontrar e/ou resgatar informações do setor público, não é a forma correta que deveria ser destinada aos documentos. Isso nos leva diretamente a outro elemento que identificamos ao longo da pesquisa, a fragmentação entre os dados e setores.

Na Secretaria de Saúde do ES identificamos setores totalmente fragmentados entre si, onde os profissionais não sabem o que está acontecendo no “setor ao lado”, mesmo quando dois ou mais setores têm atribuições transversais. No caso específico da saúde mental, podemos exemplificar isso partindo da situação da Área técnica em Saúde Mental (componente da GEPORAS), responsável pelo planejamento, organização e apoio aos municípios no campo da saúde mental, a área técnica não possui informações sobre o financiamentos dos serviços da RAPS, sendo que essa é o principal matéria de trabalho do setor.

Isso também acontece no Fundo Estadual de Saúde, que apesar de ser o setor responsável por gerir os recursos do fundo de saúde do estado, não possui informações sobre o financiamento de serviços como: os CAPS estaduais e os hospitais psiquiátricos, mesmo que ambos sejam instituições próprias do Estado (sabemos da descentralização das competências de gestão para as Regionais de Saúde, contudo nosso questionamento se faz necessário, considerando que se os setores da própria secretaria que tem o conhecimento técnico necessário para buscar esses dados não conseguem acessá-los, a situação para os pesquisadores e o controle social, certamente é ainda mais difícil).

Apontando essas limitações e fragmentações entre os setores, não estamos questionando de forma alguma a atuação dos profissionais desses setores, já que os mesmo não são os responsáveis pela organização desses setores e, em alguns casos, são os próprios profissionais que buscam romper essa fragmentação e fazer parcerias entre setores.

A fragmentação dos setores nos levam a outro ponto, a fragmentação dos dados. Os diferentes sistemas de informatização disponíveis em cada um dos setores não conversam entre si, o que faz com que, em muitos casos, dados retirados de um setor não possam ser correlacionados com outros. Um exemplo disso, são os dados da Gerência de Assistência Farmacêutica, situação na qual tivemos de acessar três diferentes partes do setor para buscar os dados relacionados aos medicamentos de saúde mental (Núcleo Especial de Gestão de Políticas de Acesso e Uso Racional de Medicamento; Setor de Judicialização de medicamentos e Núcleo Especial de Gestão e Programação Técnica). E ainda o caso do Neri, onde diferentes documentos, extraídos do mesmo sistema, não podem ter suas informações cruzadas, pois apresentam inconsistência entre as informações.

Situação semelhante acontece em serviços que estão sob responsabilidade de setores diferentes, como é o caso dos Leitos em Saúde Mental, que estão sob a responsabilidade das GECORC e GECORP. Durante a busca por dados, nenhum dos setores informou sobre a existência de outras instituições que continham leitos em saúde mental, em parceria com o estado, que não eram

administradas por OSC. Foi ao analisar as resoluções de saúde mental da CIB e o Relatório de Gestão, que essa informação foi encontrada. Ou seja, nesse caso, a fragmentação acontece pois, apesar de ser o mesmo serviço, a modalidade de gestão é diferente, o que implica que setores diversos sejam responsáveis pelo acompanhamento deste serviço. Tal forma de organização contribui para que os profissionais da secretaria de saúde envolvidos com esse serviço não tenham informações totalizantes sobre o mesmo, além de dificultar para o controle social.

Por fim, outro elemento que contribui para a incompletude dos dados é o fato de que a maior parte dos sistemas informatizados dos setores só possuem os dados a partir de 2010, o que dificulta realizar análises comparativas entre o gasto estadual com saúde mental antes da implementação da RAPS e após a promulgação da Portaria nº 3.088, como objetivamos fazer , para mostrar tendências em relação ao financiamento dos serviços.

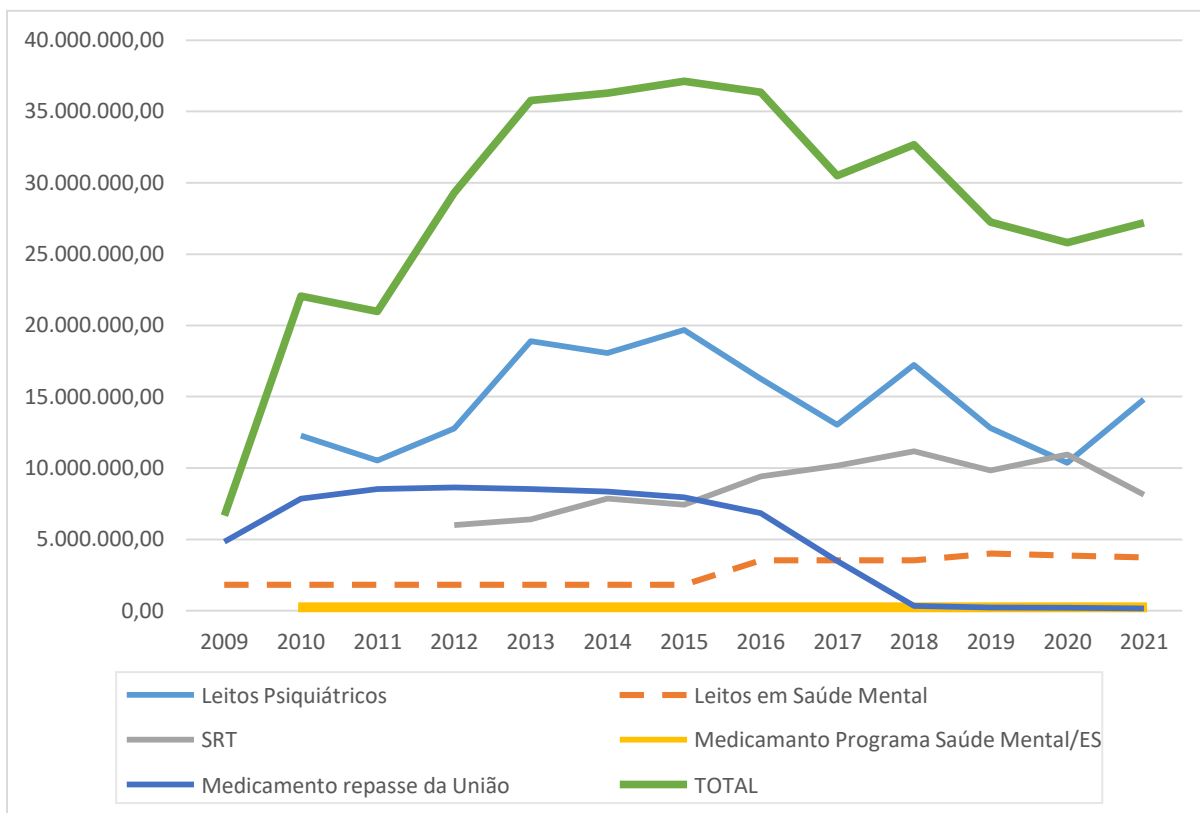
Diante desse cenário, recorremos a Quintana, entendendo que por mais que todos esses limites indicassem para a impossibilidade de remontar a tendência do financiamento da saúde mental no estado do ES, ousamos querer fazer e fizemos. Assim, sem desconsiderar todas as nuvem que atrapalharam olhar nossas estrelas, apresentamos o gráfico 16 que mostra um panorama dos gastos executado ou previsto durante o período de 2009-2021 – considerando as limitações de cada um das ações e serviços apresentados ao longo da seção 5. Visando fazer uma síntese de quais ações e serviço da RAPS estão compondo o gráfico, apresentamos o Quadro 12, como uma forma de retomar os principais elementos de cada uma das ações e serviços.

QUADRO 12 - SÍNTESE DAS DESCOBERTAS

AÇÃO/SERVIÇO	OBSERVAÇÃO	TENDÊNCIA?
CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	Não é possível encontrar informações específicas sobre o financiamento deste serviço nos documentos do Orçamento Geral do ES e os dados disponibilizados pela área técnica de saúde mental e pelo FES, apresentam questionamentos (item 5.1.1).	NÃO
LEITOS PSIQUIÁTRICOS	É possível encontrar informações específicas sobre o financiamento deste serviço nos documentos do Orçamento Geral do ES e nos dados disponibilizados pelo FES. Utilizaremos os dados do FES para compor o gráfico (item 5.1.2.1).	SIM
LEITOS EM SAÚDE MENTAL	Os dados sobre os leitos em saúde mental, considerando a particularidades de serem administrados por organizações da sociedade civil, vão compor o gráfico como previsão de gasto, apesar de nem todas as instituições possuem informações (item 5.2.2.2).	SIM
LEITOS EM CLÍNICAS PRIVADAS	Como não foi possível realizar a distinção entre as internações administrativas e as internações compulsórias, os dados sobre o financiamento do gasto do estado com os leitos em clínicas privadas não irão compor o gráfico (item 5.1.2.3).	NÃO
SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO	Foi possível identificar as informações de financiamento nos termos de parceria entre a SESA e a Invisa e no Portal da Transparência do ES. Utilizaremos as informações do Portal da Transparência, para compor o gráfico (item 5.1.3)	SIM
MEDICAMENTOS COMPONENTE BÁSICO	Foi possível identificar o valor global que o estado do ES repassa aos municípios para o financiamento do componente básico, porém como não é possível, por meio dessas informações, identificar a porcentagem desse valor que é destinado aos medicamentos de saúde mental, não iremos utilizar esse dado para compor o gráfico (item 5.1.4.1).	NÃO
MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO	Apesar de termos identificado o valor gasto pelo estado com a compra da único medicamento da saúde mental que compõem o grupo de medicamento especializado, por meio dos dados disponibilizados pela GEAF, não utilizaremos esse dado para compor o gráfico, já que este medicamento também é protocolo para outra doença, não sendo possível identificar o quanto foi gasto para a saúde mental (item 5.1.4.2).	NÃO
MEDICAMENTOS COMPONENTE ESTRATÉGICO	Foi possível identificar os dados dos medicamentos do Componente Estratégico específico do estado do ES, que compõem o Programa de Saúde Mental (item 5.1.4.3).	SIM
MEDICAMENTOS COMPONENTE ESTRATÉGICO: REPASSE DA UNIÃO PARA O ESTADO	Foi possível identificar o quanto a União repassa para o Estado do ES, visando o ressarcimento das compras de medicamentos de saúde mental que fazem parte do componente estratégico e são financiados pela União. (Item 5.1.4.3.1).	SIM

Fonte: Elaboração própria, 2023.

GRÁFICO 16 - TENDÊNCIA NO FINANCIAMENTO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DA RAPS



*Valores deflacionados - índice IGP-DI

As linhas fracionadas indicam valores de previsão

Fonte: Elaboração própria, 2023.

Mesmo reconhecendo os limites dos dados, é possível fazer algumas inferências sobre a tendência do financiamento das ações e serviços da RAPS no ES. Os dados apontaram para crescimento de recursos destinados para ações e serviços da RAPS, no período posterior à promulgação da Portaria 3.088/2011. Nos anos seguintes à adesão do estado a rede, o estado mantém o valor total de gastos com essas ações e serviços da RAPS sempre acima dos valores praticados nos anos de 2009 a 2011. Ou seja, o que está sendo indicado é a ocorrência de uma expansão nos recursos estaduais para a saúde mental, a partir da implementação da RAPS. No período de 2011 a 2015 - período de adesão do estado a RAPS (a partir de 2012) - houve crescimento dos gastos, e isto está diretamente relacionado com o período de ampliação da RAPS no ES. Já a partir do ano de 2016, registramos queda no valor total dos recursos destinados. Esta queda é resultado da inversão nos elementos - diminuição do gasto com os Leitos Psiquiátricos e dos Medicamentos de repasse da União, já que os recursos para as

Residências Terapêuticas e os Leitos em Saúde Mental aumentaram, devido a abertura de novas SRTs e a ampliação de convênio do estado com instituições hospitalares para a abertura de leitos em saúde mental. Mas a tendência recente foi de redução entre 2020-21, com valores similares aos praticados em 2016.

Já em relação aos gastos com medicamentos, ocorreu um aumento nos valores dos medicamentos repassados pela União a partir de 2010, com o crescimento até atingir o ponto mais alto de recurso em 2012. Após 2012 essa curva permanece decrescente até o ano de 2016. A partir de 2017 os valores também desceram, entretanto com uma queda mais brusca, e seguem caindo até o ano de 2021, quando atingem valores abaixo dos praticados anteriormente a legislação da RAPS em 2009. Já sobre os medicamentos do Programa de saúde mental estadual, a partir da implementação da RAPS, os valores seguem uma crescente, sempre com o gasto maior ao praticado antes da RAPS.

A partir dessa sistematização dos valores gastos com os serviços, é possível afirmar que o gasto do estado concentra-se em serviços hospitalares, especialmente os gastos com hospitais psiquiátricos e em medicamentos de saúde mental.

Olhando para essa tendência nos questionamos se o estado compartilha da mesma tendência de financiamento da União para a saúde mental. Segundo dados de Oliveira (2017), sobre o financiamento Federal da Saúde Mental de 2001 a 2016, ocorreu uma priorização de financiamento para ações extra-hospitalares a partir de 2006, o que “[...] representou avanço no processo da implementação da política de saúde mental, impulsionada pelo movimento pela Reforma Psiquiátrica” (Oliveira, 2017, p. 254). Contudo a autora (2017) também alerta que no interior dos gastos, é preciso considerar que, no campo dos gastos hospitalares, ocorreu a centralização de gastos com os hospitais psiquiátricos, em detrimento dos leitos em hospitais gerais e, que, um terço do percentual gasto com as ações extra-hospitalares, de todo o período, foram direcionadas para a compra de medicamentos.

A tendência que Oliveira apresentou até o ano de 2017 conversa com a tendência identificada no financiamento do estado do ES. Ou seja, constatamos que a partir da adesão do ES a RAPS ocorreu no financiamento do estado o movimento de ampliação de recursos para a saúde mental, com serviços extra-hospitalares. Contudo, a tendência geral foi que a maior parcela desses recursos concentrou-se em medicamentos de saúde mental, e que entre os tipos de leitos, em saúde mental, de HG, ou os leitos psiquiátricos, em HP, a maior parcela foi destinada para o segundo tipo.

A partir dessa correspondência entre as tendências nacional e estadual é possível refletir sobre a autonomia dos estados versus a arbitrariedade da União nos desenhos das políticas públicas. Monteiro Neto (2014b) nos mostrou que a partir das CF88, a união segue orientando as políticas, pois mesmo que os entes subnacionais tenham normativamente sua autonomia garantida, o fato da União ter influência nos recursos fiscais dos estados e municípios acabam interferindo na forma como as políticas serão desenvolvidas. No caso da Saúde Mental, parte integrante da Política Pública de Saúde, o que vemos no estado do ES (em suas produções documentais e ações) é como, desde a implementação da RAPS o estado guiou-se pelas normativas e perspectiva da União para a condução da saúde mental, de forma que nos momentos que a União desenvolveu ações voltadas para a perspectiva da Reforma Psiquiátrica, como a ampliação dos recurso para a RAPS, o fechamento de manicômios e o processo de desintitucionalização, o ES também realizou esses movimentos.

Assim, considerando que não podemos desconsiderar o princípio de direção única que conduz o SUS, ao analisar a correlação dessa tendência, é preciso ressaltar como a direção dos recursos da saúde mental estadual, em sua maior parcela, são destinados para os serviços que a União tem priorizado, o que indica que a contrapartida que o estado faz em relação aos recurso empregados pela União nesse campo, acaba também orientando o desenho da saúde mental.

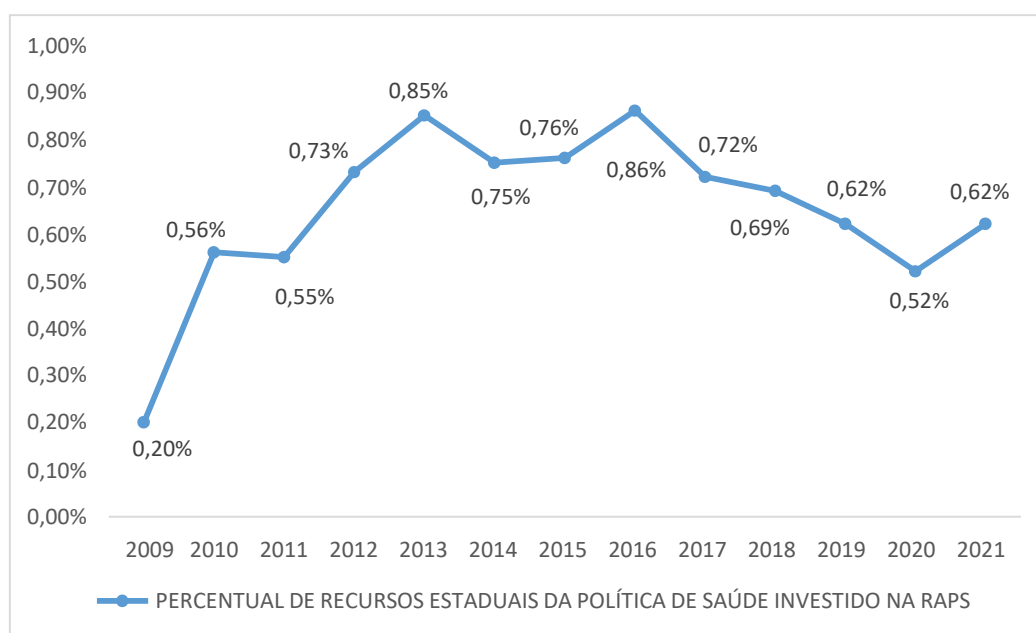
Aqui também indagávamos: a tendência observada na Saúde Mental segue tendência do financiamento global da SESA? Temos aqui a política de cobertor curto?

Cotejando o valores destinados da Política de saúde com a saúde mental, é possível verificar que nos anos de 2011 até o ano de 2015 ocorreu um crescimento nos gasto com a política de saúde capixaba, que coincide com o período de crescimento com os gastos da saúde mental, que vai de 2011 a 2016. A partir do ano de 2017, os valores gastos com a saúde sofreram um efeito de aumento em um ano e posterior queda no ano seguinte. No caso da saúde mental ocorre uma queda no ano de 2017, com um aumento no ano de 2018, e segue em queda até o ano de 2020. O maior gasto na saúde durante o período acontece no ano de 2020, que também é o ano de início da pandemia no país. Enquanto isso, para a saúde mental, o que se vê é o ano com o menor valor gasto, desde a implementação da RAPS no estado.

Ou seja, o que os dados estão indicando é, além da baixa destinação de recursos estaduais para a saúde mental, que não totalizaram nem 1% no período de 13 anos (2009-2021), um possível resultado do efeito “cobertor curto”, que é quando os valores globais gastos com a política diminuem, e isso reflete na destinação dos recursos para as diferentes áreas dessa política. No

caso da Política de Saúde, a diminuição de recursos faz com que as diversas “áreas da saúde” travem uma disputa entre si, e como resultado, algum dos campos acaba ficando de fora do orçamento e/ou tendo seus recursos diminuídos. No Gráfico 17 apresentamos anualmente a porcentagem dos recursos estaduais da Política de Saúde destinados à saúde mental.

GRÁFICO 17 - PORCENTAGEM DE RECURSOS ESTADUAIS DA POLÍTICA DE SAÚDE DO ES DESTINADOS PARA AS AÇÕES E SERVIÇOS DA SAÚDE MENTAL (2009-2021)



*Valores deflacionados - índice IGP-DI

Fonte: Estado do Espírito Santo, 2009; 2010; 2011; 2012; 2013; 2014; 2015; 2016; 2017; 2018; 2019; 2020; 2021. Elaboração própria, 2023.

O que o percentual de recursos da Política de Saúde destinado para a saúde mental indica é que a saúde mental, a partir de 2016, vem perdendo espaço dentro da Política de Saúde. Isso pode ser observado a partir da queda que iniciou no ano 2017, e permanece nos anos posteriores, com um percentual abaixo ao que foi destinado à saúde mental no ano de adesão do estado a RAPS. Ou seja, há aqui uma tendência recente de perda na participação da Saúde Mental na Saúde global.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Quem vive num labirinto, tem fome de caminhos.”
(Mia Couto)

Chegar às considerações finais é a certeza da incompletude de um processo que, ao fim, nos mostra novos caminhos. Ou, parafraseando Mia Couto, descobrimos novos caminhos. Assim, mais que respostas, apontaremos novos questionamentos e perguntas, derivadas das reflexões estabelecidas ao percorrer este labirinto, que durou um pouco mais de dois anos e foi carregado de descobertas e conhecimentos. Para isso, retomamos nosso ponto de partida, nosso objetivo geral. **Identificar a tendência assumida pelo financiamento do Estado do Espírito Santo nas ações e serviços de Saúde Mental, considerando como esse financiamento concretiza ou não as diretrizes estabelecidas no interior dos instrumentos de gestão e garante ou não os serviços e ações extra-hospitalares e de base comunitária, tal como definida na Política de Saúde Mental** representou percorrer infinitos labirintos.

Sabendo onde ir, restava apenas fazer a busca. O que também não foi simples. Nossa primeira descoberta foi: as informações encontradas no caminho muitas vezes nos levaram para mais perto do dado buscado, porém não ao lugar exato. Foi necessário em diversos momentos recalcularmos a rota, avançando e retrocedendo, em um movimento de respeito e curiosidade com o que estava sendo estudado. Ao fim, espalhado por 9 setores da Secretaria de Saúde, no Portal da Transparência do Espírito Santo, no site da SESA e no DATASUS, encontramos as peças que iriam compor a nossa estrada. Mas não só. Encontramos também descobertas que nos levariam a questionar as próprias peças encontradas e ao desejo de percorrer novas trilhas.

Esta tendência requereu articular o debate sobre descentralização da gestão da saúde e do financiamento. Duas categorias de análise necessárias para entender a realidade que se mostrava com os dados.

Recorrer a Descentralização das política públicas no federalismo brasileiro e da Descentralização como um princípio do SUS foi fundamental para localizarmos o lugar ocupado pelo ente estado e especialmente as competências triparte dos entes federativos no SUS. A literatura mostrou que independente do período, anterior ou posterior a CF de 88, o estado sofre um processo de apagamento de sua autonomia, possuindo dificuldades em direcionar suas próprias políticas. Tal fato, apesar da política de saúde possuir normativas próprias de descentralização e ser a política com o desenho mais descentralizado no país, também impera no âmbito do SUS. Isso porque as normativas de descentralização da gestão do

SUS esbarram em questões relativas ao processo de arbitrariedade da União, na condução da política de saúde.

Nesse contexto, compreender o financiamento perpassava pela compreensão das disputas que conformam o fundo público, que nos deram subsídio para a compreensão de que as ações que são tomadas no âmbito do orçamento representam as prioridades de um governo. E isso se expressou na relação entre as ações e serviços e na relação entre os gastos globais da SESA e os gastos em SM. Outro ponto importante no estudo do financiamento foi a operacionalização do financiamento tripartite da política de saúde, que revelou as disputas próprias dessa política e auxiliou com a compreensão do papel que o estado vem desenvolvendo nesse campo.

Nos documentos gerais do orçamento do ES vimos a ausência da saúde mental. Apenas sendo possível identificar os recursos que são destinados para as instituições hospitalares psiquiátricas do estado, que fazem parte da rede própria do ES. Cabe demarcar que a falta de planejamento de recursos nos documentos do orçamento geral do ES para a Saúde Mental faz com que não sejam estabelecidos e garantidos recursos diretos para esse campo, além disso, se esses recursos estivessem dispostos nos termos orçamentários, eles constariam no Portal da Transparência do Estado, o que contribui com o controle social, que tem dificuldade em fazer cobranças em campos que não têm recursos discriminados no orçamento geral do estado.

Apesar da ausência da saúde mental no orçamento geral, os documentos específicos da área, como os planos de saúde, trazem todos os anos a temática da saúde mental como prioridade e metas para serem implementadas nesse campo. Contudo, ao cotejar as metas dos Planos com as ações realizadas, que constam no Relatório de Gestão do Estado, constatamos que nenhuma ação que foi planejada para os equipamentos da RAPS foram realizadas em sua plenitude (somente 34,66% dos leitos em saúde mental foram realizados, algumas modalidades de CAPS como a ad e ij foram implementadas abaixo da meta estabelecida e nenhuma SRT foi descentralizado, o que significa 0% de concretização de descentralizar todas esses equipamentos para os municípios, como estabelecido nas metas). Assim, apesar de constar como prioridade nos Planos Estadual de Saúde, a RAPS, de forma integral, é ignorada, já que somente ações para três dispositivos são traçadas no documento.

De outro lado, encontramos metas estabelecidas e realizadas para ações e serviços que não são componentes diretos da RAPS, como o SAMU e o Programa Antitabagismo, mas que contribuem diretamente para o funcionamento da rede.

A identificação das metas e as realizações é importante pois indicou um panorama do que o estado está ou não fazendo na saúde mental. Entretanto, faltava analisar as competências do estado na RAPS, e como não foi possível definir essas competências no planejamento e na execução orçamentária, buscamos essas informações diretamente os no setores da SESA, a partir dos quais foram possível sistematizar quais competências o estado do ES assumiu na execução das ações e serviços em saúde mental. Chegamos a seguinte sistematização: a SESA/ES é responsável direto pelo financiamento de 5 tipos de ações e serviços da RAPS, sendo eles: três CAPS (Cachoeiro, Cidade e Moxuara); 18 Serviços Residenciais Terapêuticos; Leitos em Clínicas privadas, Leitos em Saúde Mental e Leitos Psiquiátricos; Medicamentos de Saúde Mental nos três componentes (Básico, Especial e Estratégico).

Sobre o financiamento dos CAPS não foi possível chegar a um valor preciso de quanto o estado do ES destina anualmente para esse equipamento, dois fatores contribuíram para essa impossibilidade: A fragmentação dos dados, já que os setores da SESA não possui as informações sobre o financiamento desses equipamentos e é inviável de ser identificado nos documentos do orçamento geral do ES, pois as informações não estão discriminadas. E a qualidade dos documentos recebidos, a partir dos quais não era possível fazer afirmações precisas sobre os valores.

No caso específico dos CAPS, considerando todo o percurso trilhado para a aproximação a esses dados, indicamos, como contribuição para futuras pesquisas, iniciar a busca desses dados diretamente nas Superintendência Regional de Saúde de Vitória e de Cachoeiro de Itapemirim, e ainda, acessar os documentos de gestão que constam nos próprios equipamentos. Acreditamos que, como os contratos dos CAPS ficam sob a responsabilidade das Superintendências Regional de Saúde, e por cada um dos CAPS possuem um profissional responsável pela coordenação do equipamento, é possível acessar informações mais precisas por esse caminho.

Ou seja, considerando todas as inviabilidades de acesso aos dados dos diferentes tipos de leitos, o serviço com maior destinação de recurso do estado foi para os leito hospitalar (57,50%).

E por mais que a tendência seja de aumento dos recursos para a SRT, a meta do estado é repassar essa responsabilidade para os municípios.

Assim sendo, a tendência do financiamento estadual do ES para a RAPS foi de ampliação de recursos estaduais para a RAPS, a partir da adesão do estado a rede em 2012. E sobre a destinação desse recurso, a tendência é de a maior parcela dos valores destinados para serviços e ações hospitalares, sendo os leitos - psiquiátricos e os de saúde mental – e os medicamentos, que juntos representam 76,30% dos recursos identificados.

Essa tendência reflete o histórico da tendência de financiamento que a União apresentou de 2001 a 2016, que ampliou os gastos com ações extra-hospitalares, mas teve como a maior parcela de destinação de recursos os medicamentos. Assimilitude desses dois cenários não é coincidência, e como apresentado no debate da descentralização das políticas, emerge da capacidade que a União ainda tem de interferir no desenho das políticas dos entes subnacionais.

O ES sempre guiou-se pelas normativas e parâmetros da União para a condução do campo da saúde mental, desenvolvendo as ações de acordo com a perspectiva de cuidado que a União estava empregando, como quando a União iniciou o processo de fechamentos de leitos e o estado seguiu o mesmo movimento. Assim, reafirmamos que esse movimento tem ligação com a arbitrariedade fiscal que a União exerce para o Estado, por meio da destinação de recursos e da obrigatoriedade das contrapartidas que devem ser feitas pelo Estado.

Assim, por mais que esse processo acabe orientando o desenho da saúde mental, acreditamos que ele não pode ser utilizado como justificativa para o estado fazer os investimento em outras ações e serviços da RAPS, que sejam necessidade específica do ES. É necessário que o estado priorize a saúde mental não apenas como letra nos documentos, mas sim, na destinação dos recursos, para que possamos ter equipamentos da RAPS ampliados ou inaugurados, como os Centros de Convivência e as mais diversas iniciativas de geração de trabalho e de renda, por exemplo.

Outro ponto que merece destaque é a correlação da tendência de financiamento da Saúde Mental com a tendência de financiamento estadual da Política de Saúde. A partir dessa análise é possível afirmar que nos anos que ocorrem o crescimento dos gastos com a Política de Saúde, os gastos com a Política de saúde mental também são elevados (fora o período da pandemia), o que nos indica para a existência de disputa de recursos dentro da Política de Saúde. Ou seja, em momentos de menor valor “disponíveis para o campo saúde”, setores, como a saúde mental, passam a ter que disputar recursos, e como efeito, tem-se o corte ou diminuição de recursos de determinadas áreas da política. Além dessa disputa de recurso entre diferentes “setores da saúde”, a porcentagem do valor anual da Política de Saúde, que é destinado a saúde mental, indica que desde 2016, a saúde mental vem perdendo espaço dentro da Política de Saúde.

Assim, nesse cenário alguns elementos foram encontrados:

A existência de diferentes formas de gestão dos leitos em saúde mental, leitos da rede complementar e as SRTs, que estão sob responsabilidade do estado e são geridos de forma indireta, por meio de OSC e OSCIPs ou as instituições privadas, que também precisam ser evidenciadas. É preciso reiterar como essa modalidade de gestão traz uma série de fragilidade

para o SUS, e nos caso específico do serviço gerido, o mesmo torna-se um instrumento de “bater metas”, já que os recursos repassados para essas instituições, por meio dos convênios, são condicionados ao cumprimento de uma série de requisitos. Além disso, a gestão privatizada desses dispositivos dificulta o monitoramento das ações desenvolvidas e dos recursos empregados.

Como o estado desenvolveu um papel de **Planejador da RAPS**, o fato da existência de tantas incompletudes, tanto nas definições das competências do estado do ES para a RAPS, como nas informações sobre o financiamento das ações e serviços é um aspecto com muita relevância:

A questão das competências, metas e planejamento poderia ser minimizada se os documentos de gestão, como os Termos de Compromisso e Gestão do Estado, o Contrato Organizativo de Ação Pública e o Plano Estadual de Rede, estivessem disponíveis, com as pactuações e definições feitas pelo estado, além de outros planejamentos realizados para a Rede. Acreditamos que assim teríamos uma base das atribuições que o estado comprometeu-se, que serviria como parâmetro de análise.

No caso das informações sobre o financiamento, chama atenção a fragmentação dos setores da SESA, que causa a fragmentação de dados e muitas vezes interfere na fidedignidade dos dados disponibilizados. Os setores não têm interação entre si, nem em situações em que acontece o desenvolvimento dos mesmos serviços, além de que os sistemas de cada setor apresentam particularidades que impedem a correlação de informações. Assim, o que se vê entre os setores da SESA é uma incompletude de informações, que limita a compreensão sobre a tendência de financiamento da saúde mental capixaba.

Já sobre a fragmentação dos setores, vale reforçar a situação da Área Técnica Estadual de Saúde Mental. O setor, que é o principal articulador entre o estado e os municípios, para o planejamento e condução da saúde mental, além de compor a coordenação do Grupo Condutor da RAPS, sendo um dos principais pontos de direcionamento e materialização do papel de Planejador que o estado do ES tem na RAPS, desde a sua implementação, não possui informações básicas sobre o financiamento estadual das ações e serviços da RAPS.

Os profissionais do setor, que são os técnicos responsáveis por fazer as articulações com os municípios, não possuem sequer um panorama ou sistematização do quanto o estado gasta com essa Rede. Não é possível planejar sem perpassar o debate de gastos com a rede, de forma que nos questionamos como atuação desse setor acontece sem o conhecimento das informações do orçamento.

Afirmamos mais uma vez que a fragmentação dos setores não é responsabilidade dos profissionais que atuam nos mesmos e no caso da área técnica de saúde mental do estado reforçamos ainda a baixa quantidade de profissionais compondo esse espaço, que impacta diretamente no trabalho e ações realizadas pelo setor¹³⁹.

Ao fim, o que o trabalho evidencia é um verdadeiro quebra-cabeças que demandou a junção de peças para propiciar a aproximação mais exata possível ao financiamento estadual da saúde mental, indicando que para além do que foi desnudado neste trabalho, o quebra-cabeça ainda tem peças que precisam ser encaixadas. Por isso, indicamos alguns questionamentos, que podem servir de pontos de partidas para pesquisas que continuaram o estudo da temática: Quais os impactos da fragmentação das informações sobre a RAPS e seu financiamento no controle social da política de saúde capixaba; Sobre os setores da SESA, como a fragmentação dos setores influencia na condução da Política de Saúde capixaba. Quais as implicações da presença das OSC e OSCIP na gestão dos serviços de saúde mental capixaba.

Reafirmamos, que as tendências encontradas mostra que o aumento da destinação estadual de recursos para a saúde mental, não significa a construção de um outro modelo de atendimento com o promulgado pela legislação do campo, pelo contrário, o que está sendo realizado é a continuação de ações e serviço que comungam com o modelo centrado na instituição. Por isso, demarcamos que é preciso garantir recursos. Mas, também, é preciso garantir que a prioridade de destinação desses recursos sejam os serviços e ações extra-hospitalares, pois ao contrário disso, estaremos aumentando o recurso para ações e serviços manicomiais, só que com outros nomes e muros.

Demarcamos o fim do caminho percorrido até aqui, não como o esgotamento da temática ou o encontro do fim definitivo, mas com contribuições que nos levam a novos questionamentos e com a compreensão que o tempo acadêmico e as novas vias da vida demandam encerramentos de ciclos. O compromisso permanece, continuaremos, apontando o SUS e o modelo de Saúde Mental que não queremos e o que queremos, renovando as esperanças (como nos encanta Milton Nascimento) para e na luta, até que uma forma de sociedade, onde o SER venha antes de tudo, seja construída.

¹³⁹ Durante a realização da pesquisa observamos que a área técnica de saúde mental era composta por duas profissionais, sendo apenas uma dessas efetiva da SESA. Considerando a amplitude do trabalho realizado com os municípios e as demandas da Rede, acreditamos que este número de profissionais está abaixo do necessário.

REFERÊNCIAS

- ABRUCIO, F. L. et al. Combate à COVID-19 sob o federalismo bolsonarista: um caso de descoordenação intergovernamental. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro, v 54, n. 4, p. 663-677, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rap/v54n4/1982-3134-rap-54-04-663.pdf>. Acesso: 06 de janeiro de 2023.
- ALMEIDA, M. H. T. Recentralizando a Federação? **Revista de Sociologia e Política**, Curitiba, v. 24, p. 29-40, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsocp/a/NrMPyBxcmbPZQ6dR59zS44s/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 01 de dez. de 2022.
- AMARAL FILHO, J. Federalismo e recentralização fiscal-financeira no Brasil. In: 41º Jornadas Internacionales de Finanzas Públicas, 2008, Córdoba. **Anais**, p. 1-27, 2008. Disponível em: http://www.ric.ufc.br/biblioteca/jair_a.pdf. Acesso em: 15 de nov. de 2022.
- AMARANTE, P. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. SDE/ENSP, Rio de Janeiro, 1995.
- ANDERSON, P. Balanço do neoliberalismo. In SADER, E.; GENTILI, P. (orgs.). **Pós-neoliberalismo**: as políticas sociais e o Estado democrático. Rio de Janeiro: Paz e Terra, p. 9-23, 1995. Disponível em: <http://www.unirio.br/unirio/cchs/ess/Members/giselle.souza/politica-social-ii/texto-1-balanco-do-neoliberalismo-anderson>. Acesso em: 21 de nov. de 2022.
- ARAÚJO, D. A. C. Emendas parlamentares e o financiamento da política de assistência social no estado do espírito santo (2012-2019). **Dissertação** (Programa de Pós-Graduação em Política Social na Universidade Federal do Espírito Santo), Vitória, 2023.
- ARRETCHE, M. Federalismo e políticas sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia. **São Paulo em Perspectiva** [online], v. 18, n. 2, p. 17-26, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-88392004000200003>. Acesso em: 20 de out. de 2022.
- ARRETCHE, M. Mitos da descentralização: mais democracia e eficiência nas políticas públicas? **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v.11, n.31, p. 44-66, 1996. Disponível em: <http://www.anpocs.com/index.php/publicacoes-sp-2056165036/rbcs/206-rbcs-31>. Acesso em: 20 de out. de 2022.
- ARRETCHE, M. Políticas sociais no Brasil: descentralização em um Estado federativo. **Revista Brasileira de Ciências Sociais** [online], v. 14, n. 40, p. 111-141. 1999. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-69091999000200009>. Acesso em: 20 de out. de 2022.
- ARRETCHE, M. Quando instituições federativas fortalecem o governo central? **Novos estudos CEBRAP** [online], n. 95, p. 39-57. 2013 Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0101-33002013000100003>. Acesso em: 21 de dez. de 2022.
- ARRETCHE, M. Quem taxa e quem gasta: a barganha federativa na federação brasileira. **Revista de sociologia política**, n. 24, p. 69-85, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsocp/a/jJTPxytv9ggSJ3swbX74bmw/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 06 de jan. de 2023.
- ARRETCHE, M. Relações federativas nas políticas sociais. **Educação & Sociedade**, v. 23, n. 80, p. 25-48, 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0101-73302002008000003>. Acesso em: 20 de out. de 2022.
- BARATA, L. R. B; TANAKA, O. Y.; MENDES, J. D. V. Por um processo de descentralização que consolide os princípios do Sistema Único de Saúde. **Epidemiol. Serv.**

Saúde, Brasília, v.13, n.1, p.15-24, 2004. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-4974200400010000. Acesso em: 15 de nov. de 2022.

BATISTA JUNIOR, F. Políticas de Saúde no Sistema Único de Saúde. In: (Org.) BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. **A saúde nos governos do Partido dos Trabalhadores e as lutas sociais contra a privatização**. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2014.

BATISTA, P. N. **O Consenso de Washington**: a visão neoliberal dos problemas latino-americanos. São Paulo, s.n. 1994.

BAUER, M. W. Análise de conteúdo clássica: uma revisão. In BAUER, M. W; GASKELL; G. (org.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**: um manual prático. 13. Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, p. 189-217, 2015.

BEHRING, E. Fundo público, exploração e expropriações no capitalismo em crise. In: Núcleo Interdisciplinar de Estudos e Pesquisas sobre Marx e o Marxismo, Rio de Janeiro, **Anais**, 2018. Disponível em: <https://niepmarx.com.br/index.php/MM/issue/archive>. Acesso em: jul. de 2023.

BEHRING, E. **Fundo público, valor e política social**. São Paulo: Cortez Editora, 2021.

BEHRING, E. R. Pesquisa na Tradição Marxista: método e sua contribuição para as Ciências Humanas e Sociais. In: OLIVEIRA, Isabel F. et al (org.). **Marx hoje**: pesquisa e transformação social. São Paulo, Outras Expressões, p. 57- 69, 2016.

BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. **Política Social**: fundamentos e história. 9 ed., v. 2, São Paulo, Cortez, 2011.

BEHRING, E. R; CISLAGHI, J. F. SOUZA, G. Ultraneoliberalismo e Bolsonarismo: impactos sobre o orçamento público e a política social. In: BRAVO, M.I.S.; MATOS, M.C.; FREIRE, S.M.F. (Org.). **Políticas sociais e ultraneoliberalismo**. Uberlândia: Navegando Publicações, 2020.

BERZOINI, L. P. Análise do Pacto pela Saúde como Política de Saúde no Brasil e da sua influência na estruturação do Sistema Único de Saúde em cinco estados brasileiros. **Dissertação** (Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde na Universidade de Brasília – UnB).

BOSHETTI, I. O futuro das políticas sociais no governo Lula. **Revista Katálysis [online]**, v. 10, n. 1, pp. 13-14, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-49802007000100002>. Acesso em: 15 de jan. de 2023.

BOURGUIGNON, J. A. Pesquisa Social: reflexões teóricas e metodológicas. In: BOURGUIGNON, J. A. (org.). **O retorno e o alcance das pesquisas desenvolvidas na área social**. Ponta Grossa, TODAPALAVRA, p. 171-181, 2009.

BRANDÃO, C. A. Sobre desenvolvimento, planejamento e desafios para a pactuação multiescalar no federalismo brasileiro In: NETO, Aristides M. (org.). **Governos estaduais no federalismo brasileiro**: capacidades e limitações governativas em debate. Brasília, Ipea, p. 213- 232, 2014.

BRASIL Ministério da Saúde. **Residências terapêuticas: o eu são, para que servem**. Brasília, 2004. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/120.pdf>. Acesso em: 20 de jul. de 2023.

BRASIL, Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510**, de 07 de abril de 2016. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, Seção 1, p. 44-45, 2016. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em: 04 de jul. de 2022.

BRASIL, **Constituição da República Federativa do Brasil**, Brasília, 1988.

BRASIL, **Legislação Orçamentária**, Senado Federal, s/d. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/orcamento/legislacao-orcamentaria>. Acesso em: 23 de mar. de 2022.

BRASIL. Banco Nacional do Desenvolvimento. **Histórico**, s/d. Disponível em: https://www.bndes.gov.br/wps/portal/site/home/transparencia/desestatizacao/proces_sos-encerrados/Historico. Acesso em: 18 de dez. de 2022.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **NOTA TÉCNICA 03/2015 - CONASS**, Brasília, 2015. Disponível em: <https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2015/07/NT-03-2015-COAP.pdf>. Acesso em: 20 de mar. de 2023.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 95 de dezembro de 2016**. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências, Brasília: Senado Federal, 2016. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm. Acesso em: 27 de mar. de 2022.

BRASIL. **Lei n. 13.979**, de 6 de fevereiro de 2020. Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019. Disponível em: https://portaldeimigracao.mj.gov.br/images/Leis%20e%20decretos%2020legisla%C3%7%C3%A3o/LEI%20N%C2%BA%2013.979_DE_6_DE_FEVEREIRO_DE_2020.pdf. Acesso em: 01 de jan. de 2023.

BRASIL. **Lei no 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, 6 de abril de 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm. Acesso em: 16 de out. de 2022.

BRASIL. Lei Complementar nº 200, de 30 de setembro de 2023. Institui regime fiscal sustentável para garantir a estabilidade macroeconômica do País e criar as condições adequadas ao crescimento socioeconômico. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 11 jan. 2023. Disponível em: <https://normas.leg.br/?urn=urn:lex:br:federal:lei.complementar:2023-08-30;200>. Acesso em: 02 de out. de 2023.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 8 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências, **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm. Acesso em: 02 de out. de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde, **Instrutivo Técnico da Rede de Atenção Psicossocial (Raps) no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília, p. 52, 2022. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/instrutivo_tecnico_raps_sus.pdf. Acesso em: 05 de set. de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Financiamento público de saúde**, Organização Pan-Americana da Saúde (Série Ecos – Economia da Saúde para a Gestão do SUS; Eixo 1, v. 1), – Brasília, 2013, p. 124. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/financiamento_publico_saude_eixo_1.pdf. Acesso em: 15 de ago. de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Financiamento público de saúde**, Organização Pan-Americana da Saúde. – Brasília, V. 1, P. 124. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O Decreto nº 7.508/11 e os desafios da gestão do SUS**. Brasília, 2014. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/regionalizacao_saude_decreto_7508.pdf. Acesso em: 24 de nov. de 2022.

BRASIL. Ministério da saúde. **Portaria nº 3.088**, de 23 de dezembro de 2011b. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 25 de jul. de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados**, nº 12. Informativo eletrônico. Brasília, 2015. Disponível em: <https://desinstitute.org.br/noticias/saude-mental-em-dados-acesse-as-edicoes-eletronicas-de-2006-a-2015/>. Acesso em: 30 de ago. de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. p. 160. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_redes_atencao_saude_sas.pdf. Acesso em: 17 de ago. de 2022.

BRASIL, Novo arcabouço fiscal entra em vigência no Brasil, **Agência Senado**, 2023. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2023/08/31/novo-arcabouco-fiscal-entra-em-vigencia-no-brasil>. Acesso em: 02 de out. de 2023.

BRASIL. **Portaria GM/MS nº 4.279**, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, 2010. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 28 de dez. de 2022.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 8142 de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade no SUS. Brasília, 1990b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm. Acesso em: 30 de dez. de 2022.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto n. 7.508**, de 28 de junho de 2011: regulamenta a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde — SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Aceso em: 07 de ago. de 2022.

BRASIL. Presidência da República. **Lei n. 8.080**, de 19 de setembro de 1990: dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 10 de set. de 2022.

BRASIL. **Supremo Tribunal Federal**. Medida cautelar na ação direta de inconstitucionalidade 6.341, Brasília, 2020. Disponível em: <https://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticiaNoticiaStf/anexo/ADI6341.pdf>. Acesso em: 03 de jan. de 2023.

BRASIL. Uso de Medicamentos e Medicalização da Vida: recomendações e estratégias. **Ministério da Saúde**, Secretaria de Ciência Tecnologia e Insumos Estratégicos Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. – Brasília, 2018. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/medicamentos_medicalizacao_recomendacoes_estrategia_1ed.pdf. Acesso em: 27 de jul. de 2023.

BRASIL. VIII Conferência Nacional de Saúde. **Relatório Final**. 1986. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf. Acesso em: 22 de set. de 2022.

BRAVO, M. I, *et al.* Avanços das contrarreformas na saúde na atualidade: o SUS totalmente submetido ao mercado. In: **Crise do Capital e Fundo Público**: Implicações para o trabalho, os direitos e a política social. SALVADOR, E. BERRING, E. LIMA, R. L., (orgs.), São Paulo: Cortez, 2019.

BRAVO, M. I. S. et al. Política de saúde no Brasil. **Serviço social e saúde**: formação e trabalho profissional, v. 3, p. 1-24, 2006. Disponível em: <http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/PoliticaDeSaudeNoBrasilInesBravo.pdf>. Acesso em: 14 de set. de 2022.

BRAVO, M. I. S. Política de saúde no Brasil. In: Mota, A. E. et al. (Org.). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: OPAS; OMS; Ministério da Saúde, p. 01-24, 2006.

CAMPANHARO, L. S. As internações compulsórias de pessoas que fazem uso de drogas: a disputa do fundo público e a lógica manicomial no ES. **Trabalho de Conclusão de Curso** (Departamento de Serviço Social – Universidade Federal do Espírito Santo), 2021.

CAMPANHARO, L. S.; GARCIA, M. L. T. Universidade Federal do Espírito Santo, Programa de Pós-Graduação em Política Social. **Ofício no 006/2022- PPGPS/CCJE**, Vitória, 2022. Assunto: Solicitação dos Documentos de Contratualização das Regionais do estado.

CAMPANHARO, L. S.; GARCIA, M. L. T. Universidade Federal do Espírito Santo, Programa de Pós-Graduação em Política Social. **Ofício no 009/2022- PPGPS/CCJE**, Vitória, 2022. Assunto: Solicitação dos Documentos de Contratualização das Regionais do estado.

ESPÍRITO SANTO. CAPS II Cachoeiro. **Ofício nº 045/2022**, Cachoeiro de Itapemirim, 2022.

ESPÍRITO SANTO. CAPS II Cidade. **Ofício nº 009/2022**, Cariacica, 2022.

CARCANHOLO, R. A. Apresentação. In MARX, Karl (org.). **Contribuição à crítica da economia política**. São Paulo: Martins Fontes, p. 9-17, 2007.

CARNEIRO, R. BRASIL, Flávia P. D. **O papel do estado e as reformas na administração pública da Constituição Federal de 1988 ao Contexto Pós-pandemia**. Fiocruz. Rio de Janeiro, 2021. Disponível em: https://saudeamanha.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/02/PJSSaudeAmanha_Texto0049_v02.pdf. Acesso em: 02 de jan. de 2023.

CARVALHO, A. L. B; JESUS, W. L. A; SENRA, I. M. V. B. Regionalização no SUS: processo de implementação, desafios e perspectivas na visão crítica de gestores do sistema. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], v. 22, n. 4, p. 1155-1164, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.30252016>. Acesso em 24 de nov. de 2022.

CARVALHO, G. A saúde pública no Brasil. **Estudos Avançados** [online], v. 27, n. 78, p. 7-26, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-40142013000200002>. Acesso em: 27 de out. de 2022.

CONSELHO NACIONAL DA SAÚDE. Saúde perdeu R\$ 20 bilhões em 2019 por causa da EC 95/2016. **Ministério da Saúde**, 2020. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1044-saude-perdeu-r-20-bilhoes-em-2019-por-causa-da-ec-95-2016>. Acesso em: 02 de abr. de 2022.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Estados reduzem participação no gasto com Saúde. 2020. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/noticias/estados-reduzem-participacao-no-gasto-com-saude-2/>. Acesso em: 15 de jul. de 2023.

CORREIA, V. Lula cria Conselho da Federação, com estados e municípios. **Correio Braziliense**, 2023. Disponível em: <https://www.correio braziliense.com.br/politica/2023/04/5088402-lula-cria-conselho-da-federacao-com-estados-e-municipios.html>. Acesso em: 18 de set. de 2023

COUTINHO, M. Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental – AMENT. (Apresentação). **Conselho de Secretaria Municipais de Santa Catarina**, s/d. Disponível em: <https://www.cosemssc.org.br/>. Acesso em: 02 de out. de 2023.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

CUNHA, R. E. O financiamento de política social no Brasil, In: **Capacitação em Serviço Social e Política Social**. Modulo 3, Brasília, UnB/Centro de Educação aberta, continuada a distância, 2000.

DARDOT, P. LAVAL, C. Neoliberalismo e subjetivação capitalista. **Revue Cités**, nº 41, 2010. Tradução de Eleutério F. S. Prado Disponível em: <https://eleuterioprado.files.wordpress.com/2019/11/neoliberalismoesubjetivac3a7c3a3ocapitalistai.pdf>. Acesso em: 21 de nov. de 2022.

DE-LOSSO, R. Deflacionamento. **Informações Fipe**. 2020. Disponível em: <https://downloads.fipe.org.br/publicacoes/bif/bif478-18-24.pdf>. Acesso em 10 de set. de 2023.

DE PAULA, A. Hospital psiquiátrico fecha as portas em Cachoeiro: fechamento da clínica Santa Isabel coloca fim às internações psiquiátricas de longa permanência na rede pública do estado. **A Tribuna**, Vitória, 2016. Disponível em: <http://biblioteca.ijns.es.gov.br/Record/333793#details>. Acesso em: 29 de jul. de 2023.

DIAS, N. Orçamento público no governo Lula. Departamento Intersindical de Assessoria Parlamentar, 2023; Disponível em: <https://www.diap.org.br/index.php/noticias/agencia-diap/91326-neuriberg-dias-orcamento-publico-no-governo-lula>. Acesso em: 10 de jul. de 2023.

DOURADO, D. de A.; ELIAS, P. E. M. Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. **Revista de Saúde Pública** [online], v. 45, n. 1, p. 204-211, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102011000100023>. Acesso em: 15 de nov. de 2022.

ELEUTÉRIO NETO, R. **Saúde: promessas e limites da Constituição**. Rio de Janeiro, Fiocruz, p. 390, 2019.

ELIAS, P. E. Descentralização e saúde no Brasil: algumas reflexões preliminares. **Saúde e Sociedade** [online], v. 5, n. 2, p. 17-34, 1996. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/38BqJYwTd9tX85k8rQ36V3j/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 15 de nov. de 2022.

ESCOREL, S. História da política de saúde no Brasil: 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: GIOVANELLA, L. et al (org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Cebes, 2008.

ESCOREL, S.; NASCIMENTO, D. R.; EDLER, F. C. As origens da Reforma Sanitária e do SUS. In: Lima, N. T.; GERCHMAN, S.; EDLER, F. C. (org.). **Saúde e Democracia: história e perspectiva do SUS**. Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, p. 58-81, 2005.

ESPÍRITO SANTO, **Lei nº 4.317, de 4 de janeiro de 1990**. Vitória, 1990. Disponível em: <https://www3.al.es.gov.br/arquivo/documents/legislacao/html/lei43171990.html>. Acesso em: 15 de jul. de 2023.

ESPÍRITO SANTO, **Plano de Ação Estadual da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS**. 2013.

ESPÍRITO SANTO. **Quadro de detalhamento de despesa exercício**, 2009.

ESPÍRITO SANTO. **Quadro de detalhamento de despesa exercício**, 2010.

ESPÍRITO SANTO. **Quadro de detalhamento de despesa exercício**, 2011.

ESPÍRITO SANTO. **Quadro de detalhamento de despesa exercício**, 2012.

ESPÍRITO SANTO. **Quadro de detalhamento de despesa exercício**, 2013.

ESPÍRITO SANTO. **Quadro de detalhamento de despesa exercício**, 2014.

ESPÍRITO SANTO. **Quadro de detalhamento de despesa exercício**, 2015.

ESPÍRITO SANTO. **Quadro de detalhamento de despesa exercício**, 2016.

ESPÍRITO SANTO. **Quadro de detalhamento de despesa exercício**, 2017.

ESPÍRITO SANTO. **Quadro de detalhamento de despesa exercício**, 2018.

ESPÍRITO SANTO. **Quadro de detalhamento de despesa exercício**, 2019.

ESPÍRITO SANTO. **Quadro de detalhamento de despesa exercício**, 2020.

ESPÍRITO SANTO. **Quadro de detalhamento de despesa exercício**, 2021.

ESPÍRITO SANTO. Lei de diretrizes orçamentárias do Estado, **Diário oficial dos Poderes do estado**, 2009.

ESPÍRITO SANTO. Lei de diretrizes orçamentárias do Estado, **Diário oficial dos Poderes do estado**, 2010.

ESPÍRITO SANTO. Lei de diretrizes orçamentárias do Estado, **Diário oficial dos Poderes do estado**, 2011.

ESPÍRITO SANTO. Lei de diretrizes orçamentárias do Estado, **Diário oficial dos Poderes do estado**, 2012.

ESPÍRITO SANTO. Lei de diretrizes orçamentárias do Estado, **Diário oficial dos Poderes do estado**, 2013.

ESPÍRITO SANTO. Lei de diretrizes orçamentárias do Estado, **Diário oficial dos Poderes do estado**, 2014.

ESPÍRITO SANTO. Lei de diretrizes orçamentárias do Estado, **Diário oficial dos Poderes do estado**, 2015.

ESPÍRITO SANTO. Lei de diretrizes orçamentárias do Estado, **Diário oficial dos Poderes do estado**, 2016.

ESPÍRITO SANTO. Lei de diretrizes orçamentárias do Estado, **Diário oficial dos Poderes do estado**, 2017.

ESPÍRITO SANTO. Lei de diretrizes orçamentárias do Estado, **Diário oficial dos Poderes do estado**, 2018.

ESPÍRITO SANTO. Lei de diretrizes orçamentárias do Estado, **Diário oficial dos Poderes do estado**, 2019.

ESPÍRITO SANTO. Lei de diretrizes orçamentárias do Estado, **Diário oficial dos Poderes do estado**, 2020.

ESPÍRITO SANTO. Lei de diretrizes orçamentárias do Estado, **Diário oficial dos Poderes do estado**, 2021.

ESPÍRITO SANTO, **Saúde inaugura residências terapêuticas em Cariacica**. Secretaria de Saúde do Espírito Santo, Vitória, 2004. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/saude-inaugura-residencias-terapeuticas-em-ca>. Acesso em: 20 de jul. de 2023.

ESPÍRITO SANTO, Secretaria de Estado de Economia e Planejamento, **Relatório Sobre a Execução Programática do Orçamento do Estado**, Vitória, 2009.

ESPÍRITO SANTO, Secretaria de Estado de Economia e Planejamento, **Relatório Sobre a Execução Programática do Orçamento do Estado**, Vitória, 2010.

ESPÍRITO SANTO, Secretaria de Estado de Economia e Planejamento, **Relatório Sobre a Execução Programática do Orçamento do Estado**, Vitória, 2011.

ESPÍRITO SANTO, Secretaria de Estado de Economia e Planejamento, **Relatório Sobre a Execução Programática do Orçamento do Estado**, Vitória, 2012.

ESPÍRITO SANTO, Secretaria de Estado de Economia e Planejamento, **Relatório Sobre a Execução Programática do Orçamento do Estado**, Vitória, 2013.

ESPÍRITO SANTO, Secretaria de Estado de Economia e Planejamento, **Relatório Sobre a Execução Programática do Orçamento do Estado**, Vitória, 2014.

ESPÍRITO SANTO, Secretaria de Estado de Economia e Planejamento, **Relatório Sobre a Execução Programática do Orçamento do Estado**, Vitória, 2015.

ESPÍRITO SANTO, Secretaria de Estado de Economia e Planejamento, **Relatório Sobre a Execução Programática do Orçamento do Estado**, Vitória, 2016.

ESPÍRITO SANTO, Secretaria de Estado de Economia e Planejamento, **Relatório Sobre a Execução Programática do Orçamento do Estado**, Vitória, 2017.

ESPÍRITO SANTO, Secretaria de Estado de Economia e Planejamento, **Relatório Sobre a Execução Programática do Orçamento do Estado**, Vitória, 2018.

ESPÍRITO SANTO, Secretaria de Estado de Economia e Planejamento, **Relatório Sobre a Execução Programática do Orçamento do Estado**, Vitória, 2019.

ESPÍRITO SANTO, Secretaria de Estado de Economia e Planejamento, **Relatório Sobre a Execução Programática do Orçamento do Estado**, Vitória, 2020.

ESPÍRITO SANTO, Secretaria de Estado de Economia e Planejamento, **Relatório Sobre a Execução Programática do Orçamento do Estado**, Vitória, 2021.

ESPÍRITO SANTO, Secretaria de Saúde do Espírito Santo. **Plano de Intervenção Regional – PIR** Região Metropolitana, Vitória, 2015b.

ESPÍRITO SANTO, Secretaria de Saúde do Espírito Santo. **Plano de Intervenção Regional – PIR** Região Sul, Vitória, 2015c.

ESPÍRITO SANTO, Secretaria de Saúde do Espírito Santo. **Plano de Intervenção Regional – PIR** Região Norte, Vitória, 2015d.

ESPÍRITO SANTO, Secretaria de Saúde do Espírito Santo. **Plano de Intervenção Regional – PIR** Região Central, Vitória, 2015e.

ESPÍRITO SANTO, Secretaria de Saúde do Espírito Santo. **Plano Estadual de Saúde 2008-2011**, Vitória, 2008. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/instrumentos-de-planejamento>. Acesso em: 6 de set. de 2023.

ESPÍRITO SANTO, Secretaria de Saúde do Espírito Santo. **Plano Estadual de Saúde 2012-2015**, Vitória, 2012. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/instrumentos-de-planejamento>. Acesso em: 6 de set. de 2023.

ESPÍRITO SANTO, Secretaria de Saúde do Espírito Santo. **Plano Estadual de Saúde 2016-2019**, Vitória, 2016. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/instrumentos-de-planejamento>. Acesso em: 6 de set. de 2023.

ESPÍRITO SANTO, Secretaria de Saúde do Espírito Santo. **Plano Estadual de Saúde 2020-2023**, Vitória, 2020. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/instrumentos-de-planejamento>. Acesso em: 6 de set. de 2023.

ESPÍRITO SANTO, Secretaria de Saúde do Espírito Santo. **Plano Estadual da Rede de Atenção Psicossocial – PAR/RAPS**. Vitória, 2015a.

ESPÍRITO SANTO, **SESA inaugura mais três unidades do Serviço Residencial Terapêutico**._Secretaria de Saúde do Espírito Santo, Vitória, 2006. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/sesa-inaugura-mais-tres-unidades-do-servico-r>. Acesso em: 20 de jul. de 2023.

ESPÍRITO SANTO, SESA tem termo de Compromisso de Gestão Homologado pelo Ministério da Saúde. **Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo**, 2008. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/sesa-tem-termo-de-compromisso-de-gestao-homol>. Acesso em: 10 de jun. de 2023.

ESPIRITO SANTO. **Portal da Transparência**, [s/d]. Disponível em: <https://transparencia.es.gov.br/>. Acesso em 28 de jul. de dezembro de 2022.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Saúde do Estado do Espírito Santo. **Relatório de Gestão**, 2011.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Saúde do Estado do Espírito Santo. **Relatório de Gestão**, 2012.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Saúde do Estado do Espírito Santo. **Relatório de Gestão**, 2013.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Saúde do Estado do Espírito Santo. **Relatório de Gestão**, 2014.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Saúde do Estado do Espírito Santo. **Relatório de Gestão**, 2015.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Saúde do Estado do Espírito Santo. **Relatório de Gestão**, 2016.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Saúde do Estado do Espírito Santo. **Relatório de Gestão**, 2017.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Saúde do Estado do Espírito Santo. **Relatório de Gestão**, 2018.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Saúde do Estado do Espírito Santo. **Relatório de Gestão**, 2019.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Saúde do Estado do Espírito Santo. **Relatório de Gestão**, 2020.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Saúde do Estado do Espírito Santo. **Relatório de Gestão**, 2021.

ESPÍRITO SANTO, **Residências Terapêuticas superam as expectativas**. Secretaria de Saúde do Espírito Santo, Vitória, 2005. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/residencias-terapeuticas-superam-as-expectati>. Acesso em: 20 de jul. de 2023.

FAGNANI, E. A Política Social do Governo Lula (2003-2010): perspectiva histórica. **SER Social**, [S. l.], v. 13, n. 28, p. 41–80, 2011. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/12682. Acesso em: 16 jan. 2023.

FAGNANI, E. Ajuste e Regressão Social. Plataforma Política Social caminhos para o desenvolvimento. 2015. Disponível em: <https://plataformapoliticasocial.com.br/ajuste-e-regressao-social/>. Acesso em: 02 de jul. de 2023.

FAGNANI, E. Política Social e pactos conservadores no Brasil: 1964/92. **Economia e Sociedade**. n. 8, p. 183-238, 1997. Disponível em: <https://www.eco.unicamp.br/images/arquivos/artigos/459/n.%208%2006-Fagnani.pdf>. Acesso em: 05 de jan. de 2023.

FALLETI, T. Efeitos da descentralização nas relações intergovernamentais: o Brasil em perspectiva comparada. **Sociologias**, Porto Alegre, nº 16, p. 46-85, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1517-45222006000200004>. Acesso em: 28 de nov. de 2022.

FILGUEIRAS, L. O neoliberalismo no Brasil: estrutura, dinâmica e ajuste do modelo econômico. In: (Org.). BASUALDO, E. M.; ARCEO, E. **Neoliberalismo y sectores dominantes**. Tendencias globales y experiencias nacionales. CLACSO, Buenos Aires, p. 179-206, 2006. Disponível em: <http://biblioteca.clacso.edu.ar/ar/libros/grupos/basua/C05Filgueiras.pdf>. Acesso em: 22 de nov. de 2022.

FLEURY, S.; FAVA, V. M. D. Vacina contra Covid-19: arena da disputa federativa brasileira. **Saúde em Debate** [online], v. 46, n. spe 1 p. 248-264, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E117>. Acesso em: 05 de jan. de 2022.

FLICK, U. **Uma Introdução à Pesquisa Qualitativa**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FORTIS, M. **Gestão de Fundos Governamentais**: perspectivas orçamentária, 2017. Apresentação de Power Point. Disponível em: https://www.gov.br/economia/pt-br/centrais-de-conteudo/apresentacoes/planejamento/2017/sof_gestao-de-fundos-governamentais.pdf/view. Acesso em: 23 de mar. de 2022.

FOTTORELLI, M. L., ÁVILA, R. Gastos com a dívida consumiram 46,3% do orçamento federal em 2022. **Auditoria Cidadão da Dívida**, 2023. Disponível em: <https://auditoriacidadada.org.br/conteudo/gastos-com-a-divida-consumiram-463-do-orcamento-federal-em-2022/>. Acesso em: 15 de set. de 2023.

FOTTORELLI, M. L., ÁVILA, R. Gasto com dívida pública sem contrapartida quase dobrou de 2019 a 2021, **Auditoria Cidadão da Dívida**, 2022. Disponível em:

<https://auditoriacidada.org.br/conteudo/gasto-com-divida-publica-sem-contrapartida-quase-dobrou-de-2019-a-2021/>. Acesso em: 26 de mar. de 2022.

FREIRE, F. H. M. A. Cartografia do financiamento em saúde mental: modelagens na Rede de Atenção Psicossocial na relação do cuidado à loucura. 2012. 225 f. **Tese** (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2012.

FUNCIA, F. R. Sistema único de saúde – 30 anos: do subfinanciamento crônico para o processo de desfinanciamento decorrente da emenda constitucional 95/2016. In: **30 anos da Seguridade Social - Avanços e Retrocessos**. / ANFIP / Fundação ANFIP de Estudos Tributários e da Seguridade Social – Brasília: ANFIP, 2018.

GERSCHMAN, S. **A democracia inconclusa**: um estudo da reforma sanitária brasileira. Rio de Janeiro: Editora: FIOCRUZ, 2004.

GIOVANELLA, L. et al. Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. *Revista Ciência Saúde e Coletiva*, 23, p. 1763-1776, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182336.05562018>. Acesso em: 20 de maio de 2023.

GOMES, H. O Espírito Santo é um observatório privilegiado para entender o Brasil. In: TAVEIRA, V. **Século Diário**, s/p, 2021. Disponível em: <https://www.seculodiario.com.br/economia/o-espírito-santo-e-um-observatorio-privilegiado-para-entender-o-brasil>. Acesso em: 15 de set. de 2023.

GOULART, F. A. de A.; MACHADO, L. M. Processos de Descentralização da Saúde no Brasil – Documento Analítico. In: Organização o Pan-Americana da Saúde (org.). **Série Técnica do Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde**. Brasília, 2002.

GRANEMANN, S; MIRANDA, F. Crise econômica, a crise sanitária: a Covid-19 como instrumento da acumulação? In: SILVA, L.B; DANTAS, A. V. (org.). **Crise e pandemia**: quando a exceção é a regra geral. Rio de Janeiro: EPSJV, p. 19- 34, 2020.

IANNI, O. **A construção da categoria**. Transcrição de aula dada no Curso de Pós-Graduação em Ciências Sociais da PUC/SP, 1º semestre de 1986.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Em 2017, expectativa de vida era de 76 anos. **Agência IBGE notícias**, 2017. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/23200-em-2017-expectativa-de-vida-era-de-76-anos>. Acesso em: 14 de set. de 2023.

INSTITUTO DE ENSINO, PESQUISA E INOVAÇÃO EM SAÚDE (ICEPi). **Realização de pesquisa no Âmbito da SESA**, s/d. Disponível em: <https://icepi.es.gov.br/pesquisa/realizacao-de-pesquisa-no-ambito-da-sesa>. Acesso em: 20 de set. de 2022.

ISMAEL, R. Governos estaduais no ambiente federativo inaugurado pela constituição federal de 1988: aspectos políticos e institucionais de uma atuação constrangida. In: (Org.) NETO, A. M. **Governos estaduais no federalismo brasileiro: capacidades e limitações governativas em debate**. Brasília, Ipea, p. 183-212, 2014.

KOSIK, K. **Dialética do concreto**. Trad. Célia Neves e Alderico Toríbio. 4a. Ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976.

LEAL, F. X. et al. Gastos com internações compulsórias por consumo de drogas no estado do Espírito Santo. **Saúde em Debate**, v. 45, p. 378-392, 2021. Disponível em: <https://www.saudeemdebate.org.br/sed/article/view/4266>. Acesso em: 26 de dez. de 2022.

LEAL, F. X.; LUCAS, S. A. R. O financiamento dos centros de atenção psicossocial álcool e outras drogas no estado do ES. **Relatório Final de Pesquisa**. Universidade Federal do Espírito Santo, 2020.

LEVCOVITZ, E; LIMA, L. D. de; MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], v. 6, n. 2, p. 269-291, 2001. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232001000200002>. Acesso em 8 de out. de 2022.

LIMA, T. C. S.; MIOTO, R. C. T, Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica. **Revista Katálysis**. Florianópolis v. 10 n. esp. p. 37-45, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-4980200700030004&lng=en&nrm=iss. Acesso em: 02 de jul. 2022.

LIZIERO, L. B. da S.; CARVALHO, F. Federalismo e centralização no Brasil: contrastes na construção da Federação Brasileira. **Revista de Direito da Cidade**, v. 10, n. 3, p. 1483-1503, 2018. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/rdc/article/view/32661> . Acesso em: 06 jan. 2023.

LOBO, T. Descentralização: conceitos, princípios, prática governamental. **Caderno de Pesquisa**, São Paulo, nº 74, p. 5-10, 2013. Disponível em: <https://publicacoes.fcc.org.br/cp/article/view/1078>. Acesso em: 30 de dez. de 2022.

LOPREATO, F. L. C. **Federalismo brasileiro**: origem, evolução e desafios. Texto para Discussão. Unicamp. Instituto de Economia, Campinas, n. 388, jul. 2020.

LUZIO, C. A.; YASUI, S. Além das portarias: desafios da política de saúde mental. **Psicologia em Estudo**. v. 15, n. 1, pp. 17-26, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pe/a/kMBL9LPftHsJZCs5H5Vhpr/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 05 de jan. de 2023.

MACHADO, J. A.; PALOTTI, P. L. de M. Entre cooperação e centralização: Federalismo político no Brasil Pós-1988. **Revista Brasileira de Ciências Sociais** [online], v. 30, n. 88, p. 61-82, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.17666/308861-82/2015>. Acesso em: 10 de nov. de 2022.

MARQUES, R. M.; MENDES, A. Servindo a dois senhores: as políticas sociais no governo Lula. **Revista Katálysis** [online], v. 10, n. 1, p. 15-23, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-49802007000100003>. Acesso em: 16 de já. De 2023.

MARQUES, R. M.; et al. Discutindo o papel do Programa Bolsa Família na decisão das eleições presidenciais brasileiras de 2006. **Revista de Economia Política**, v. 29, n. 1, p. 114-132, 2009. Disponível em: <http://www.rep.org.br/PDF/113-7.pdf>. Acesso em: 13 de set. de 2023.

MARX, K. **O capital**: crítica da economia política. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 33ª.ed, 2014.

MATHIAS, M. Antes do SUS: Como se (des)organizava a saúde n Brasil sob a ditadura. **EPSJV/Fiocruz**, 2018. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/antes-do-sus>. Acesso em 02 de jan. de 2023.

MATTA, G. C. Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde. In: MATTA, G. C.; PONTES, A. L. de M. (org.). **Políticas de saúde**: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, p. 61-80. 2007.

MAY, T. **Pesquisa Social**: Questões, Métodos e processo. Porto Alegre: Artmed, 2004.

MENEZES, A. P. R.; MORETTI, B. e REIS, A. A. C. O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública – austeridade versus universalidade. **Saúde em Debate** [online]. 2019, v. 43, n. spe5 [Acessado 4 Abril 2022], pp. 58-70. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S505>. Acesso em 04 de abr. de 2022.

MOTA, A. E. Crise contemporânea e as transformações na produção capitalista. **Serviço Social**, p. 51-67, 2009. Disponível em: <https://www.poteresocial.com.br/wp-content/uploads/2017/08/1.2-Crise-contempor%C3%A2nea-e-as-transforma%C3%A7%C3%B5es-na-produ%C3%A7%C3%A3o-capital%20i%20ta-%E2%80%93-Ana-Elisabete-Mota.pdf>. Acesso em: 30 de dez. 2022.

NAKATANI, P. O papel e o significado da dívida pública na reprodução do capital. In: Primer simposio internacional sobre la deuda pública, auditoria popular y alternativas de ahorro e inversión para los pueblos de América Latina. Caracas, Venezuela, 22, 23 y 24 **Anais**, 2006. Disponível em: http://cadtm.org/IMG/pdf/Paulo_Nakatani.pdf. Acesso em: 27 de mar. de 2022.

MONTEIRO NETO, A. M. Federalismo sem Pactuação: governos estaduais na antessala da Federação. In: _____. (org.). **Governos estaduais no federalismo brasileiro: capacidades e limitações governativas em debate**. Brasília, Ipea, p. 291-324, 2014b.

MONTEIRO NETO, A. M. Governos estaduais no federalismo brasileiro: capacidades e limitações no cenário atual. In: _____. (org.). **Governos estaduais no federalismo brasileiro: capacidades e limitações governativas em debate**. Brasília, Ipea, p. 21-60, 2014a.

MONETEIRO NETO, A. M. Introdução. In: _____. (org.). **Governos estaduais no federalismo brasileiro: capacidades e limitações governativas em debate**. Brasília, Ipea, p. 13-18, 2014c.

NETO, F. S. O.; ITANI, A. Pactos da saúde e a gestão do sus: experiência e avaliação na macro-região sul do espírito santo. **Revista de Gestão Integrada em Saúde do Trabalho e Meio Ambiente** - v.3, n.3, Seção InterfacEHS 2, 2008. Disponível em: www.interfacehs.sp.senac.br. Acesso em: 21 de jul. de 2023.

NETTO, J. P. **Introdução ao Método de Marx**. São Paulo: Expressão popular, 2011.

NETTO, J. P. **Pequena história da ditadura brasileira (1964-1985)**, 1. ed. São Paulo: Cortez, 2014.

NORONHA, J. C. de; PEREIRA, T. R.; VIACAVA, F. As condições da Saúde dos Brasileiros: duas décadas de mudanças (1980-2000). In: Lima, Nísia. T.; GERCHMAN, S.; EDLER, F. C. (org.). **Saúde e Democracia: história e perspectiva do SUS**. Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 2005.

NORONHA, J. C.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. O sistema Único de Saúde – SUS. In: GIOVANELLA, L. et al (Orgs.) **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**, Rio de Janeiro, Fiocruz, 2012.

OLIVEIRA, E. F. A.; GARCIA, M. L. T. A política de saúde mental no Estado do Espírito Santo. **Revista Katalise** Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 50-58, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rk/a/njSY674rD8nkyzqROfkmHJt/?format=pdf>. Acesso em: 08 de maio de 2023.

OLIVEIRA, E. F. A.; GARCIA, M. L. T. A saúde mental no orçamento da saúde. **Sociedade em debate**, v. 29, n. 1, p. 155-168, 2023. Disponível em: <https://revistas.ucpel.edu.br/rsd/issue/view/202>. Acesso em: 30 de jul. de 2023.

OLIVEIRA, E. F. dos A. Gastos da política de saúde mental e os rumos da reforma psiquiátrica. Vitória, 2017. **Tese** (Doutorado em Política Social) - Universidade Federal do Espírito Santo,

- Vitória, 2017. Disponível em: <http://www.politicassocial.ufes.br/pt-br/pos-graduacao/PPGPS/teses-defendidas?page=1>. Acesso em: 06 de mar. de 2023.
- OLIVEIRA, F. A. de. **Economia e política das finanças públicas no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 2014.
- OLIVEIRA, F. A. de. **Teorias da Federação e do federalismo fiscal: o caso brasileiro**. Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro, 2007.
- OLIVEIRA, F. A. de; CHIEZA, Rosa A. **Auge e declínio da federação brasileira: 1988-2017**. Plataforma Política Social, 2018.
- OLIVEIRA, F. O surgimento do antivaior: capital, força de trabalho e fundo público. In: OLIVEIRA, F. (Orgs). **Os direitos do antivaior: a economia política da hegemonia imperfeita**. Petrópolis/RJ: Vozes, p. 19-48, 1998.
- OLIVEIRA, N. R. C. Redes de Atenção à Saúde: a atenção à saúde organizada em redes. São Luís, **UNA-SUS/UFAM**, 2016. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/7563>. Acesso em: 28 de nov. de 2022.
- OLIVEIRA, Fabrício A. Ilusões e desilusões com o crescimento no Brasil: a política econômica no período 1994 a 2017. In: VARGAS, Neide (et al) (Org.) **Economia Brasileira: 20 anos de conjuntura**. Edufes, 2021. Disponível em: <http://repositorio.ufes.br/handle/10/11772>. Acesso em: 14 de maio de 2022.
- PAIM, J. S. Uma análise sobre o processo da Reforma Sanitária brasileira. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 27-37, 2009. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/5978/1/Paim%20JS%202009.%20Artigo2.pdf>. Acesso em: 14 de set. de 2022.
- PAIVA, A. B. de et al. O novo regime fiscal e suas implicações para a política de assistência social no Brasil. **Nota técnica 27**. NT 27 [bit.ly/2dchsMo]. Brasília: Ipea, 2016.
- PALMA, A.; VILAÇA, M. M. Conflitos de interesses na pesquisa, produção e divulgação de medicamentos. **História, Ciência, Saúde – Manguinhos**, v. 19, n. 3, p. 919-932, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/jwzXsS4NXLtYNqVDrBdfq6f/#>. Acesso em: 27 de jul. de 2023
- PERSICOTTI, F. G.; MYSZCZUK, A. P.; MEZA, M. L. F. G. O impacto da emenda constitucional 95/2016 para o agravamento das desigualdades regionais na saúde. In: X Seminário Internacional sobre Atores, Ativos e Instituições: O desenvolvimento Regional em perspectiva. **Anais**. Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional – Universidade de Santa Cruz. Disponível em: <https://online.unisc.br/acadnet/anais/index.php/sidr/issue/view/151/showToc>. Acesso em: 15 de maio de 2023.
- PINAFO, E; CARVALHO, B. G; NUNES, E. de F. P. de A. Descentralização da gestão: caminho percorrido, nós críticos e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], v. 21, n. 5, p. 1511-1524, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.18942015>. Acesso em: 15 de nov. de 2022.
- PIOLA, S. F. et al. Estruturas de financiamento e gasto do sistema público de saúde. Fundação Oswaldo Cruz. In: NORONHA, J. C.; PEREIRA, T. R. (Orgs). A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: estrutura do financiamento e do gasto setorial [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, vol. 4. pp. 19-70, 2013. Disponível em:

<https://books.scielo.org/id/z9374/pdf/noronha-9788581100180-03.pdf>. Acesso em: 01 de out. de 2023.

PITTA, A. M. F. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], v. 16, n. 12, p. 4579-4589, 2011 Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001300002>. Acesso em: 19 de dez de 2022.

PRATES, J. C. O método marxiano de investigação e o enfoque misto na pesquisa social: uma relação necessária. **Textos & Contextos** (Porto Alegre), v. 11, n. 1, p. 116-128, 2012. Disponível em: https://repositorio.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/7985/2/O_metodo_marxiano_de_investigacao_e_o_enfoque_misto_na_pesquisa_social_uma_relacao_necessaria.pdf. Acesso em: 10 out. de 2022.

QUEIROZ, V. 2 anos de covid: Relembra 30 frases de Bolsonaro sobre pandemia. **Poder 360**, 2022. Disponível em: <https://www.poder360.com.br/coronavirus/2-anos-de-covid-relembra-30-frases-de-bolsonaro-sobre-pandemia/>. Acesso em: 03 de jan. de 2023.

QUINTANA, M. **Caderno H**. 10. Rio de Janeiro, Objetiva, 2013.

QUIVY, R.; Campenhoudt, L. **Manual de investigação em Ciências Sociais**. 2. ed. Lisboa: Gradiva, 1998.

RESENDE, H. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, S; COSTA, N. (org.). **Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil**. Petrópolis: Vozes; p. 16-68, 1987. Disponível em: <https://www.fmb.unesp.br/Home/ensino/Residencia/girar-resende-h--politica-de-saude-mental-no-brasil--uma-visao-historica--pdf.pdf>. Acesso em: 01 de jan. de 2023.

RODRIGUES, C. H. L. Imperialismo e Empresa Estatal no Capitalismo Dependente Brasileiro (1956-1998). **Tese** (Doutorado em Desenvolvimento Econômico) – Pós-Graduação em Desenvolvimento Econômico do Instituto de Economia da Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2017.

ROSSI, P; DWECK, E; ARANTES, F. Economia Política da Austeridade. In: ROSSI, P; DWECK, E.; OLIVEIRA, A. L. M. **Economia para poucos: impactos sociais da austeridade e alternativas para o Brasil**. São Paulo: Autonomia Literária, 2018. Disponível em: <https://pedrorossi.org/economia-para-poucos-impactos-sociais-da-austeridade-e-alternativas-para-o-brasil/>. Acesso em 17 de maio de 2023.

SALVADOR, E. Fundo Público e o financiamento das Políticas Sociais no Brasil, **Serviço Social Rev.**, Londrina, v. 14, n.2, p. 04-22, 2012. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/view/12263/11632>. Acesso em: 28 de jul. 2022.

SALVADOR, E. Fundo público e políticas sociais na crise do capitalismo. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 104, pp. 605-631, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0101-66282010000400002>. Acesso em: 18 de maio de 2023.

SALVADOR, E. Fundo Público, crise e financeirização da previdência social. In: SALVADOR, E. BERRING, E. LIMA, R. L., (Orgs.). **Crise do Capital e Fundo Público: Implicações para o trabalho, os direitos e a política social**. São Paulo: Cortez, 2019.

SALVADOR, E.; TEIXEIRA, S. O. Orçamento e políticas sociais: metodologia de análise na perspectiva crítica. **Revista De Políticas Públicas**, 18(1), p. 15–32, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.18764/2178-2865.v18n1p15-32>. Acesso em: 20 de jul. de 2023.

SAMPAIO, M. L; BISPO JÚNIOR, J. P. Entre o enclausuramento e a desinstitucionalização: a trajetória da saúde mental no Brasil. Trabalho, **Educação E Saúde**, n 19, p. 01-19, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/9ZyYcsQnkDzhZdTdHRtQttP/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 28 de jul de 2022.

SANTOS, W. G. dos. **Cidadania e Justiça**: a política social na ordem brasileira, São Paulo, - Ed. Campus, 1979.

SCHAEFER, B. M. et al, Ações governamentais contra o novo coronavírus: evidências dos estados brasileiros. **Revista de administração pública**. Rio de Janeiro v. 54, n.5, p. 1429-1445, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-761220200503>. Acesso em: 02 de jan. de 2023.

SHIMIZU, H. E. et al. Regionalização e crise federativa no contexto da pandemia de Covid-19: impasses e perspectivas. **Saúde em Debate [online]**, v. 45, n. 131, pp. 945-957, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202113101I>. Acesso em: 14 de jan. de 2023.

SILVA, J. A. F. Fundo Público e Serviço Social: conexão entre a lógica orçamentária e o exercício das competências e atribuições do Assistente Social no SUAS, **Tese** (Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro), 2014.

SIMON, A. G. **O papel dos Estados na política de saúde mental no Brasil**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2010.

SIMON, A. G.; BAPTISTA, T. W. de F. O papel dos estados na política de saúde mental no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública [online]**, v. 27, n. 11, pp. 2227-2241, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011001100016>. Acesso em: 20 de dezembro de 2023.

SOARES, I. Lula e governadores assinam ‘Carta de Brasília’ em defesa da democracia. **Correio Braziliense**, 2023. Disponível em: <https://www.correio braziliense.com.br/politica/2023/01/5069564-lula-e-governadores-assinam-carta-de-brasilia-em-defesa-da-democracia.html>. Acesso em: 30 de set. de 2023.

SOARES, M. M.; MACHADO, J. A. **Federalismo e políticas públicas**. Brasília Fundação Escola Nacional de Administração Pública Brasília (Enap), 2018.

SOUZA, C. Federalismo: teorias e conceitos revisitados. **Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais (BIB)**, São Paulo, n. 65, p. 27-48, 2008. Disponível em: <http://www.anpocs.com/index.php/edicoes-antiores/bib-65>. Acesso em: 27 de out. de 2022.

STEIN, R. H. A descentralização como instrumento de ação política e suas controvérsias- (revisão teórico-conceitual). **Serviço Social & Sociedade**, nº 54, p. 75-96, 1995.

TEIXEIRA, C. F. DE S.; PAIM, J. S. A crise mundial de 2008 e o golpe do capital na política de saúde no Brasil. **Revista Saúde em Debate**, volume 42, número especial 2, p. 11-21, 2018. Disponível em: <https://www.saudeemdebate.org.br/sed/issue/view/17>. Acesso em: 20 de jun. de 2023.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. **História, Ciências, Saúde**. Rio de Janeiro, vol. 9(1), p.25-59, 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702002000100003>. Acesso em: 05 de jan. de 2023.

TOBAR, F. Conceito de descentralização: usos e abusos. **Planejamento e políticas públicas**, n. 5, p. 31-51, jun. 1991. Disponível em: <https://silo.tips/download/o-conceito-de-descentralizaao-usos-e-abusos-1>. Acesso em: 20 de nov. de 2022.

TOMAZZETTI, A. **Modelo orçamentário brasileiro: O que são PPA, LDO e LOA ?** CENTRO DE LIDERANÇA PÚBLICA. 2021. Disponível em: <https://www.clp.org.br/modelo-orcamentario-brasileiro-o-que-sao-ppa-ldo-e-loa/>. Acesso em: 23 de mar. de 2022.

VAZQUEZ, A. S. **Filosofia da Práxis** São Paulo: Expressão Popular, 2ª ed. Brasil, 2011.

VIANNA, M. L. T. W. O processo de americanização da proteção social para os brasileiros. In: VIANNA, Maria L. T. W (org.). **A americanização (perversa) da seguridade social no Brasil: estratégias de bem-estar e políticas públicas**. Rio de Janeiro: Revan/UPERJ/UCAM, p. 138-177, 1998.

VIEIRA, A. **Decisão do STF sobre isolamento de estados e municípios repercute no Senado. Agência Senado**, 2020. Disponível em: <https://shre.ink/1Zz9>. Acesso em: 01 de jan. de 2023.

VIEIRA, F. S.; SERVO, Luciana M. S. Covid-19 e coordenação federativa no Brasil: consequências da dissonância federal para a resposta à pandemia. **Saúde em Debate [online]**. v. 44, n. 4, pp. 100-113, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E406>. Acesso em 14 de jan. de 2023.

WERNECK, G. L.; CARVALHO, M. S. A pandemia de COVID-19 no Brasil: crônica de uma crise sanitária anunciada. **Cadernos de Saúde Pública [online]**. v. 36, n. 5, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00068820>. Acesso em: 04 de jan. de 2023.

APÊNDICE

APÊNDICE A – RESOLUÇÕES DA CIB/ES SOBRE SAÚDE MENTAL (2009-2021)

APROVAÇÃO DE PROJETO DE IMPLANTAÇÃO DE EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM SAÚDE MENTAL (AMENT), DE CAPS E DE LEITOS EM SAÚDE MENTAL E DE SERVIÇOS HOSPITALARES. ALÉM DE PLANO DE CONTROLE DE TABAGISMO.
1 - aprova o Projeto Técnico de implantação da Equipe Multiprofissional Especializada em Saúde Mental – AMENT, do município de Pancas = 070/2021
2 – aprova o Projeto Técnico de implantação da Equipe Multiprofissional Especializada em Saúde Mental – AMENT, do município de Pancas - 099/2021
3 – aprova o Projeto Técnico de Implantação CAPS I, do município de Muniz Freire- ES e a solicitação de Habilitação junto ao Ministério da saúde (MS). - 155/2021
4 – aprova o Projeto Técnico para implantação da Equipe Multiprofissional Especializada em Saúde Mental – AMENT, do município de Piúma – ES - 255/2021
5 - aprova o Plano do Controle, Abordagem e Tratamento do Tabagismo no município de Atílio Vivacqua- ° 1024/10
6 - aprova o Projeto de Implantação e Habilitação de leitos de Saúde Mental, no Hospital Apóstolo Pedro, do município de Mimoso do Sul. 320/2014
7 - aprova o projeto de Implantação e Habilitação do CAPS I, do município de Mimoso do Sul-ES - 321/2014
8 - aprova o Projeto de Implantação do Centro de Atenção Psicossocial I - CAPS I, localizado em Bom Jesus do Norte, que será também referência para o Município de Apiacá - 138/2015
9 - aprova o Projeto de Implantação de 04 (quatro) Leitos de Saúde Mental na Santa Casa de Misericórdia de Cachoeiro de Itapemirim - Filial Castelo, no município de Castelo - N 239/2015
10 - aprova o Projeto Técnico do Serviço Hospitalar de referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrente do uso do álcool, crack e outras drogas, do Hospital Estadual João dos Santos Neves, localizado no município de Baixo Guandu. - 227/2014
11- aprova o Projeto Técnico do Serviço Hospitalar de referência para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrente do uso de álcool, crack e outras drogas do Hospital Geral de Linhares - 301/2014
12- aprova o Projeto Técnico do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS II, localizado no Bairro Morobá no município de Aracruz – ES - 269/2017
13– aprova o Projeto Técnico para a implantação da Equipe Multiprofissional Especializada em Saúde Mental – AMENT junto ao Ministério da Saúde, do município de Venda Nova do Imigrante – ES - 118/2020
14 - aprova o Projeto Técnico para a implantação da Equipe Multiprofissional Especializada em Saúde Mental - AMENT, do município de Alfredo Chaves – ES - 120/2020
15 – aprova o Projeto Técnico para implantação da Equipe Multiprofissional Especializada em Saúde Mental – AMENT junto ao Ministério da Saúde, do município de Atílio Vivacqua – ES - 121/2020
16 – que aprova o Projeto Técnico para implantação da Equipe Multiprofissional Especializada em Saúde Mental – AMENT junto ao Ministério da Saúde, do município de Iconha – ES - 122/2020
17 - aprova o Projeto Técnico para implantação da Equipe Multiprofissional Especializada em Saúde Mental – AMENT junto ao Ministério da Saúde, do município de Muniz Freire – ES - 123/2020
18– aprova Implantação do Projeto de CAPS no município de São Gabriel da Palha – ES - 157/2020
19 –aprova o Projeto Técnico para implantação de 01 (uma) Equipe Multiprofissional Especializada em Saúde Mental –AMENT, tipo III, do município de Linhares – ES - 250/2021
20 - aprova a Implantação de Equipe Mínima de Saúde Mental para o município de Muqui (1020/10)
21 - aprova a Implantação de Equipe Mínima de Saúde Mental para o município de Marataízes. 1021/10
22- aprova instituição da Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental (AMENT), do município de Marilândia –ES - 101/2020

23 – aprova a Implantação da Equipe Multiprofissional Especializada em Saúde Mental – AMENT e a solicitação de habilitação junto ao Ministério da Saúde (MS), do município de Dores do Rio Preto – ES - 156/2021
24– aprova a proposta de implantação da Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental (AMENT) – TIPO III, do município de Conceição da Barra/ES - 165/2021
ORGANIZAÇÃO DA SAÚDE MENTAL NO ES, COM A APROVAÇÃO DA ADESÃO DO ES NA RAPS; INSTITUIÇÃO E RECONFIGURAÇÕES DOS GRUPOS CONDUTORES DE CADA REGIÃO E; DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES DE SERVIÇOS, DE MUDANÇAS DE ENDEREÇOS DE EQUIPAMENTOS E RESPONSABILIDADE SOBRE TRANSPORTE DE PACIENTES
1 - aprovar a adesão do Estado do Espírito Santo à Rede de Atenção Psicossocial - RAPS junto ao Ministério da Saúde e instituir o Grupo Condutor Estadual - 267/2012
2 - aprova a instituição do Grupo Condutor da Rede de Atenção Psicossocial da Região Norte - ES. -163/2013
3 - aprova a instituição do Grupo Condutor da Rede de Atenção Psicossocial da Região Central - ES. - 165/2013
4 - aprovam os Planos e os Grupos Condutores da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS, -307/2013
5 - aprova a reestruturação do Grupo Condutor da RAPS da Região Central, incluindo um representante de cada município na composição do mesmo - 302/2014
6 - a definição de prioridades dos serviços e ações de saúde para o Estado do Espírito Santo, conforme planilha anexa. (LER observação 5); - 100/2015
7 - aprova a reconfiguração do Grupo Condutor Regional da RAPS Norte, conforme seu anexo I. - 104/2015
8 - aprova a proposta da Pactuação dos componentes da Rede de Atenção Psicossocial do município de Linhares; -150//2016
9 - aprova a inclusão do Centro de Atenção Psicossocial Infante Juvenil – CAPS i – do município de Vila Velha ao Plano de Ação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) da Região Metropolitana. - 144/2017
10 – aprova o Termo de Referência, a Planilha Financeira e Plano Pedagógico do II Encontro de CAPS e I Jornada de Profissionais de Saúde Mental das Regiões de Saúde Norte e Central. - 171/2019
11 – aprova a nova composição do Grupo Condutor da Rede de Atenção Psicossocial de Saúde da Região Sul – RAPS - 204/2019
12 - aprova a nova composição do grupo condutor da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS, conforme anexo I. -234/2019
13 - aprova a atualização dos membros do Grupo Condutor da Rede Atenção Psicossocial – RAPS Metropolitana, a partir do dia 17/09/2020, conforme anexo I dessa Resolução - 128/2020
14 – aprova a atualização do Regimento Interno da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS da Região de Saúde Metropolitana do Estado do Espírito Santo - 188/2021
15 – que aprova a formação do Grupo Condutor Regional (GCR) da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) da Região Central Norte, de acordo com o PDR 2020, conforme anexo I. - 242/2021
16 -- aprova a Grade Hospitalar da Linha de Cuidado de Saúde Mental da Região de Saúde Central Norte (conforme anexo I – LER) - 243/2021
17- - Aprovar a mudança do Centro de Atenção Psicossocial - CAPS Cidade para o município de Cariacica - ES, no seguinte endereço: BR 262, Km Zero, Ed. Cristiano Tavares Collins - Jardim América - 067/2014
18 - que aprova que a responsabilidade do transporte dos munícipes pacientes da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS dos municípios da Região Central de Saúde, é das Secretarias Municipais de Saúde, principalmente em se tratando de Mandados Judiciais. - 140/2017
HABILITAÇÃO, CADASTRAMENTO E QUALIFICAÇÃO DE EQUIPAMENTOS E SERVIÇOS (LEITOS EM SAÚDE MENTAL; CAPS; HOSPITAIS).
1 - aprova a solicitação de reenquadramento da habilitação do Hospital Estadual de Atenção Clínica – HEAC, do Nível II para o Nível I, no Cadastro Nacional de Serviços de Saúde – CNES -234/2017
2 - a proposta de Qualificação do Centro de Atenção Psicossocial I – CAPS I, junto ao Ministério da Saúde, em Sistema de Apoio à Implementação da Políticas de Saúde (SAIPS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), do município de Pedro Canário –ES - 255/2021
3 -aprova a Habilitação de 10 leitos de Saúde Mental infante juvenil, junto ao Ministério da Saúde, para o Hospital Estadual Infantil Alzir Bernardino Alves – HEIMABA - 271/2018
4 – aprova a Habilitação de 08 (oito) leitos de Saúde Mental, para adultos, junto ao Ministério da Saúde, para no Hospital Estadual Concórdia de Santa Maria de Jetibá - 272/2018

5 - aprova a solicitação, junto ao Ministério da Saúde, de habilitação do CAPS I, no município de Ecoporanga/ES. - 264/2019
6 - aprova a proposta de Qualificação do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS I, do município de São Mateus (habilitado em 29/07/2004, pela RT PT SAS N° 377), para Centro de Atenção Psicossocial II, junto ao Ministério da Saúde (MS) - 160/2021
7 – Projeto para Habilitação de Leitos de Saúde Mental do Hospital e Maternidade Sagrado Coração de Maria, localizado em João Neiva - 324/2018
8 – aprova o Projeto para Habilitação de Laitos de Saúde Mental da Fundação Hospital e Maternidade São Camilo, localizado em Aracruz -325/2018
9 – aprova a solicitação de habilitação, junto ao Ministério da Saúde, de 01(um) Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil – CAPS I, do município de Cariacica-ES - 017/2021
10 – aprova a solicitação de habilitação do Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e outras Drogas – AD, tipo II, do município de São Mateus (gestão municipal), junto ao Ministério da Saúde, em Sistema de Apoio á Implementação de Políticas de Saúde (SAIPS) no âmbito do Sistema único de Saúde (SUS) - 076/2021
11 - aprova ad referendum a qualificação de 08 (oito) leitos para a saúde mental na Fundação Hospitalar Beneficente Concorórdia - Santa Maria de Jetibá - 248/2015
12 - aprova o cadastramento do Centro de Atenção Psicossocial - CAPS II Mestre Álvaro (904/09)
13 - aprova o cadastramento do Centro de Atenção Psicossocial - CAPS I, do município de Nova Venécia = N° 1149/10
14 - aprova o credenciamento do CAPS ad II do município de Colatina; 078/12
15 - aprova o credenciamento do CAPS I do município de Castelo; - 079/12
16 - aprova o credenciamento do CAPS II Transtorno Mental do município de Vila Velha - 080/12,
17 - aprova o credenciamento do CAPS ad, tipo II, do município de São Mateus - 129/12
APROVAÇÃO DE PLANOS DE CURSOS E CAPACITAÇÕES DE PROFISSIONAIS; CONVÊNIOS ENTRE INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO E PREFEITURAS; TERMOS DE COMPROMISSO E PLANO DE AÇÃO
1 - aprovar o Plano de Curso e Projeto de Execução do Aperfeiçoamento dos técnicos em enfermagem nos cuidados à pessoa idosa com dependência -1059/10
2 - aprova "ad referendum" o Projeto Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET Saúde/Saúde Mental/Crack da Instituição Centro Universitário Vila Velha em conjunto com o município de Vitória - ES, para o anó.2011. N° 1178/10
3 - aprova "ad referendum" o Projeto Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET Saúde/Saúde Mental/Crack da Instituição Centro 'Universitário Vila Velha em conjunto com o município de Vila Velha - ES, para o ano 2011. 1178/10
4 - aprova o Projeto Tecendo Redes de Cuidados em Saúde Mental, da Universidade Federal do Espírito Santo - UFES. PET Saúde/ Rede de Atenção à Saúde - N" 043/2013
5 - aprova o Projeto PET - Saúde/Redes da Faculdade Católica Salesiana no Espírito Santo, com ações em saúde no município de Vila Velha, para prevenção e combate ao uso de álcool, crack e outras drogas 159/2013
6 - aprova o Termo de Compromisso dos Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral da Região de Saúde Sul; -064/2016
7- que aprova o Termo de Compromisso dos Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral da Região de Saúde Central - 071//2016
8 - que aprova parcialmente o documento intitulado: “TERMO DE COMPROMISSO SOBRE OS LEITOS DE SAÚDE MENTAL EM HOSPITAIS GERAIS” - 206/2016
9 - aprova o Termo de Compromisso para implantação e funcionamento dos Leitos clínicos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para a região Norte de Saúde. - 94/2017
10 - valida o Termo de Compromisso, o fluxo de acesso e o Protocolo de Assistência ao Paciente em condições agudas, firmado entre os gestores municipais da Região Norte de Saúde, para o funcionamento dos leitos de saúde mental que serão implantados nos hospitais Roberto Arnizaut Silveiras, no município de São Mateus, Drª Rita de Cássia, no município de Barra de São Francisco e São Marcos, no município de Nova Venécia. - 128/2017
11 - aprova o Plano de Ação da Rede de Atenção Psicossocial que será aplicada na Etapa II da PGASS da Região Sul. - 054/2018
12– Convênio de Cooperação Técnica com o Centro de Atendimento Psiquiátrico Dr. Aristides Alexandre Campos (CAPAAC) e no Centro de Atenção Psicossocial de Cachoeiro de Itapemirim (CAPS II) do Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim, para utilizar as suas dependências como campo de aperfeiçoamento das práticas em Saúde Mental, no Programa de Residência Médica de Medicina de Família e Comunidade. - 235/2018
13– aprova a atualização do Plano de Ação Regional da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) da Região Central, no que tange à distribuição dos Serviços Hospitalares de Referência para atenção a pessoas com transtornos mentais e/ou com necessidades de saúde decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, distribuídos da seguinte forma - 260/2019

14 - aprova o Programa de Saúde Mental do município de Afonso Cláudio; 212/11
15 - aprova o Projeto de Capacitação em Saúde Mental para equipes da Atenção Primária à Saúde da Região Central Norte - 251/2021
APROVAÇÃO DE IMPLANTAÇÃO E AMPLIAÇÃO DE AÇÕES E SERVIÇOS (CAPS, SRT E LEITOS EM SAÚDE MENTAL).
1 - aprova a implantação de um, Serviço Residencial Terapêutico no município de Vitória 1192/10
2 - aprova a implantação de um Centro de Atenção Psicossocial – CAPS III, na modalidade Álcool – Drogas, com funcionamento 24 (vinte e quatro) horas, no município de Vitória -199/11
3 - aprova a implantação de um Centro de Atenção Psicossocial – CAPS III, na modalidade Psicoses, com funcionamento 24 (vinte e quatro) horas, no município de Vitória - 200/11
4 - aprova a implantação e credenciamento do Centro de Atenção Psicossocial - CAPS, modalidade I, para o município de Alegre - 206/12
5 - implantação e credenciamento do Centro de Atenção Psicossocial - CAPS ad, para o município de Cachoeiro de Itapemirim - ° 238/12
6 – aprova a implantação e credenciamento do Centro de Atenção Psicossocial - CAPS ad, para o município de Anchieta. - 282/2012
7 – aprova o Cronograma de execução de ações da Rede Atenção Psicossocial - RAPS, para implantação da CAPS Infantil, CAPS I, CAPS II e CAPS III, dos dezoito municípios incluindo a população indígena da Região Central de saúde. - 037/2014
8 – a implantação de um Centro de Atenção Psicossocial - CPAS, no município de Santa Maria de Jetibá-ES. - 262/2014
9 – aprova os 05 (cinco) leitos Integrais de Saúde Mental que serão implantados no Hospital São Marcos - Sociedade Beneficente São Camilo, no município de Nova Venécia, serão referenciados para os municípios de Boa Esperança, Conceição da Barra, Nova Venécia e Vila Pavão - 254/2015
10 – aprova a implantação de 10 leitos para o Serviço Hospitalar de Referência para a Atenção a Pessoas com Sofrimento ou Transtorno Mental e com Necessidades de Saúde Decorrentes do Uso de Álcool, Crack e Outras Drogas no Hospital Santa Casa de Misericórdia de Colatina - 234/2016
11 – aprova a ampliação do número de leitos de saúde mental do Hospital Roberto Arnizalt Silveiras, passando de 06 (seis) para 08 (oito) o número de leitos. - 276/2017
12 - aprova a implantação de 08 (oito) leitos de Saúde Mental no Hospital Geral MEPES – Movimento de Educação Promocional do Espírito Santo – Hospital Maternidade Anchieta. - 198/2018
13 – ampliação do quantitativo de leitos em saúde mental no Hospital São Marcos – Sociedade Beneficentes São Camilo, no município de Nova Venécia, alterando de 05(cinco) para 08 (oito) leitos. - 285/2018
14 – aprova a implantação de 01(um) Centro de Atenção Psicossocial infantil (CAPSi), no município de Serra -336/2018
15 –aprova a implantação de 06(seis) Leitos de Saúde Mental no Hospital Geral Santa Casa Castelense do município de Castelo – ES. - 249/2019
16 - aprova a implantação de 06(seis) leitos de Saúde Mental no Hospital Geral Apóstolo Pedro do município de Mimoso do Sul -ES. -253/2019
REMANEJAMENTO E REGULARIZAÇÃO DE RECURSOS DA PPI ENTRE OS MUNICÍPIOS (DA MESMA OU DE DIFERENTES REGIÕES).
1 - remanejar 79 (setenta e nove) AIH alocadas na PPI relativas à especialidade de psiquiatria, do município de Cachoeiro de Itapemirim para o município de Nova Venécia, cujos recursos financeiros estão sob gestão estadual** - 274/2013
2 - regularizar a situação dos recursos financeiros do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS do município de São José do Calçado - 208/2017
3 - reconhece, com base em quadros demonstrativos fornecidos pela área técnica da Saúde Mental e da Coordenação Geral da Programação da Atenção à Saúde, ambos do MS, que o valor do incentivo de CAPS II do município de Guarapari, foi incorporado ao teto de MAC quando da criação dos incentivos de CAPS, pois apresentava produção aprovada no SIA superior aos valores dos incentivos criados/estabelecidos à época 111/2018
4 - aprova o Remanejamento de Tecnologias Assistenciais - PPI, e o respectivo recurso financeiro relativo a psiquiatria do município de Água Doce, o município executor pretendido é Nova Venécia. -290/2018
5 - aprova o Remanejamento de Tecnologias Assistenciais, e o respectivo Recurso financeiro relativo à Psiquiatria do município de Montanha, onde o município executor atual é Cachoeiro de Itapemirim e os municípios pretendidos são Cariacica e Vitória -322/2018
6 - que aprova o Remanejamento de Tecnologias Assistenciais, e o respectivo Recurso financeiro relativo a Psiquiatria do município de Santa Leopoldina, onde o município executor atual é Cachoeiro de Itapemirim com 31 (trinta e um) leitos e o município executor pretendido é Cachoeiro de Itapemirim com 05 (cinco) leitos - 014/2019

7 - aprova o Remanejamento de Tecnologias Assistenciais, e o respectivo Recurso financeiro relativo a Psiquiatria do município de Venda Nova do Imigrante, onde o município executor atual é Cachoeiro de Itapemirim e o município executor pretendido é Venda Nova. 015/2019
8- aprova o planejamento na Programação Pactuada Integrada – PPI, do teto físico e financeiro hospitalar de Psiquiatria envolvendo a Região Sul e os municípios da Região Norte do Estado do Espírito Santo - 96/2020
9 -aprova ad referendum os remanejamentos das tecnologias assistenciais e respectivos recursos financeiros, bem como a mudança nos fluxos assistenciais relativos à especialidade de psiquiatria, envolvendo os municípios de Cachoeiro de Itapemirim e os municípios de Boa Esperança, Barra de São Francisco, Conceição da Barra, Jaguaré, Montanha, Mucurici, Pinheiros, Ponto Belo, São Mateus e Vila Pavão, em conformidade com o constante no Anexo 1 desta Resolução - 110/2020
10 -Encerrar o ressarcimento pela SESA ao município de Guarapari, referente ao incentivo CAPS, conforme estabelecido no Parágrafo Primeiro do Art. 2º da Resolução CIB N° 111/2018, no valor de R\$ 100.000,00, mensais, sendo a última parcela no valor de R\$ 89.723, 38. - 004/2021
11 - Homologar “ad referendum” o remanejamento das tecnologias assistenciais ambulatoriais e respectivos recursos financeiros, do Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde, do Grupo Atenção Especializada, bem como a mudança no fluxo assistencial envolvendo os municípios de Ibatiba, Venda Nova do Imigrante, Anchieta e Vitória, constantes na PPI - 019/2021
12 - solicitação de recurso financeiro para implantação dos leitos do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, Componente' Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, constantes no anexo I.' - 289/2012

ANEXOS

ANEXO B - TERMO DE ANUÊNCIA GERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA



TERMO DE ANUÊNCIA PRÉVIA PARA A REALIZAÇÃO DE PESQUISA NO ÂMBITO DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO

À SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO

Declaramos para os devidos fins que estamos de acordo com a execução do projeto de pesquisa intitulado "Gastos da Secretaria de Saúde do Estado Espírito Santo com ações e serviços em saúde mental 2009-2021", sob responsabilidade do pesquisador(a) Maria Lúcia Teixeira Garcia tendo como objetivo: Partindo da direção da descentralização da Política de Saúde, que estabelece as competências de cada ente federativo, buscamos identificar a tendência assumida pelo financiamento do Estado do Espírito Santo nas ações e serviços da Saúde Mental, considerando como esse financiamento direciona-se ou não às diretrizes estabelecidas no Interior dos Instrumentos de Gestão e parâmetro ou não os serviços e ações extra-hospitalares e de base comunitária, tal como definidos na Política de Saúde Mental.

Para a realização da pesquisa e obtenção dos dados necessários ao trabalho proposto, vimos solicitar de V.S. autorização para acesso às dependências da Gerência de Assistência Farmacêutica (GEAF) e encaminhamos, em anexo, o Requerimento e o Projeto de Pesquisa.

Afirmamos conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), zelando pelo sigilo do conteúdo acessado, preservando os participantes da pesquisa e utilizando os dados exclusivamente para os fins científicos.

O início da pesquisa fica condicionado à apresentação do Parecer Consubstanciado com Aprovação de projeto por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), credenciado ao Sistema CEP/CONEP e portar a Carta de Autorização emitida pelo Instituto Capibara de Estudos, Pesquisas e Inovação em Saúde (ICEPI).

No final da pesquisa nos disponibilizaremos em imediatamente informará eletrônica os resultados parciais e/ou finais gerados pelo pesquisa e contribuir para a incorporação dos mesmos nos serviços de saúde.

Na expectativa de sua análise e manifestação, nos colocamos à disposição para outros esclarecimentos pertinentes ao nosso pedido.

Respeitosamente

Maria Lúcia Teixeira Garcia

(Incluir nome e carimbo do pesquisador responsável pela pesquisa)

23/09/2022

(Incluir data)

Marcos de Souza Sobrinho

(Incluir nome e carimbo da chefia de unidade ou do órgão de origem do pesquisador)

23/09/22

(Incluir data)

ESPAÇO RESERVADO AO PARECER DO GRUPO TÉCNICO DE PESQUISA/ICEPI

Após recebimento e análise da documentação referida acima, segue o nosso parecer:

FAVORÁVEL

NÃO FAVORÁVEL

Considerações:

Quisquilade
(Incluir nome e carimbo do profissional do ICEPI)

Tadeu Uggere de Andrade
Nº Funcional: 2658520
ICEPI

26/09/2022

(Incluir data)

ESPAÇO RESERVADO AO PARECER DO GESTOR DA UNIDADE CAMPO DA PESQUISA

Após recebimento e análise da documentação referida acima, segue o nosso parecer:

AUTORIZADO

NÃO AUTORIZADO

Considerações: Os dados mencionados foram disponibilizados a pesquisadora, bem como o acesso a GEAF e/ou farmácias.

Maria Jose Sartorio
Nº Funcional: 2708612
Gestor de Assistência Farmacêutica
(Incluir nome e carimbo do gestor da Unidade Campo da Pesquisa na SESA)

26/09/2022

(Incluir data)

ANEXO C - TERMO DE ANUÊNCIA GERÊNCIA DE CONTRATUALIZAÇÃO DA REDE COMPLEMENTAR



TERMO DE ANUÊNCIA PRÉVIA PARA A REALIZAÇÃO DE PESQUISA NO ÂMBITO DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO

A SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO

Declaramos para os devidos fins que estamos de acordo com a avaliação do projeto de pesquisa intitulado "Gêncos da Secretaria de Saúde do Estado Espírito Santo com ações e serviços em saúde mental 2019-2024", sob responsabilidade da pesquisadora (a) Maria Léia Teixeira Garcia tendo como objetivo Partindo da direção de descentralização da Política de Saúde, que estabelece as competências de cada ente federativo, buscamos identificar a tendência assumida pelo planejamento do Estado do Espírito Santo nas ações e serviços de Saúde Mental, considerando como esse fenômeno tem concretizado os RDS as diretrizes estabelecidas no interior dos instrumentos de gestão e garante do rol de os serviços e ações extra-hospitalares de base comunitária, tal como definido na Política de Saúde Mental.

Para a realização da pesquisa é necessária uma autorização para acesso dos dependentes da Direção de Contratualização da Rede Complementar (DZRC) e encaminhamos, em anexo, o Requerimento e o Projeto de Pesquisa.

Ativamos também o cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em respeito a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), sob o sigilo do Conselho Assessor, preservando os participantes da pesquisa e mantendo os dados exclusivamente para os fins científicos.

O título da pesquisa fica condicionado à apresentação do Parecer Considerando com Aprovação de projeto por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), mediante ao Sistema CEP/CONEP e posse a Carta de Autorização emitida pelo Instituto Caputo de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde (ICES).

As final da pesquisa nos comprometemos em imediatamente informar e examinar (através eletrônico) os resultados finais e/ou parciais gerados pela pesquisa a contribuir para a incorporação dos mesmos nos serviços de saúde.

Na expectativa de sua análise e manifestação, nos colocamos à disposição para outras esclarecimentos pertinentes ao mesmo período.

Respeitosamente

Maria Léia Teixeira Garcia

23/09/2022

(Incluir nome e carimbo do pesquisador responsável pela pesquisa)

(Incluir data)

Marcelo de Souza Salgueiro

23/09/22

(Incluir nome e carimbo do chefe imediato do responsável pelo órgão da pesquisa)

(Incluir data)

ESPAÇO RESERVADO AO PARECER DO GRUPO TÉCNICO DE PESQUISA (GTP)

Após recebimento e análise da documentação referida acima, segue o nosso parecer:



FAVORÁVEL



NÃO FAVORÁVEL

Considerações:

quishadi Tadeu Uegere de Andrade

23/11/2022

(Incluir nome e carimbo do profissional do CEP)

(Incluir data)

ESPAÇO RESERVADO AO PARECER DO GESTOR DA UNIDADE CAMPO DA PESQUISA

Após recebimento e análise da documentação referida acima, segue o nosso parecer:

AUTORIZADO

NÃO AUTORIZADO

Considerações:

Marcelo de Souza Salgueiro

23/11/2022

(Incluir nome e carimbo do gestor da Unidade Campo da Pesquisa na SESA)

(Incluir data)



A:
Ac

ANEXO D - TERMO DE ANUÊNCIA GERÊNCIA DE PLANEJAMENTO ESTADUAL DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL



TERMO DE ANUÊNCIA PRÉVIA PARA A REALIZAÇÃO DE PESQUISA NO ÂMBITO DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO

A SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO

Declaramos para os devidos fins que estamos de acordo com a execução do projeto de pesquisa intitulado "Sector da Secretaria de Saúde do Estado Espírito Santo para ações e serviços em saúde mental 2019-2021" sob responsabilidade do pesquisador(a) Maria Tábata Teixeira Garcia tendo como objetivo: Partindo da direção de descentralização da Política de Saúde, que estabelece as competências de cada ente federativo, buscamos identificar a responsabilidade assumida pelo financiamento do Estado do Espírito Santo nas ações e serviços de Saúde Mental, considerando como esse financiamento concorre ou não as diretrizes estabelecidas no interior dos instrumentos de gestão e garante ou não os serviços e ações extra-hospitalares e de base comunitária, tal como definida na Política de Saúde Mental.

Para a realização da pesquisa a obtenção das bases necessárias ao trabalho proposto, vimos solicitar de V.S. autorização para acesso às dependências da Gerência de Planejamento Estadual Desenvolvimento Institucional (GPDI) e encaminharmos, em anexo, o Requerimento e o Projeto de Pesquisa.

Afirmamos conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), mantendo pelo sigilo do conteúdo acessado, preservando os participantes da pesquisa e utilizando os dados exclusivamente para as fins citadas.

O início da pesquisa fica condicionado à apresentação do Parecer Consubstanciado com Aprovação do projeto por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), credenciado ao Sistema CEP/CONEP e obter a Carta de Autorização emitida pelo Instituto Capixaba de Estudos, Pesquisa e Inovação em Saúde (ICEPI).

No final de pesquisa nos comprometemos em imediatamente informar e disponibilizar (fórmula eletrônica) os resultados parciais e/ou finais por meio de relatório e incorporá-los no sistema de informações dos serviços de saúde.

Na expectativa de sua análise e manifestação, nos colocamos à disposição para outros esclarecimentos pertinentes ao nosso pedido.

Respeitosamente,

Maria Tábata Teixeira Garcia, 26/09/2022 (Incluir data)

Apresento de Sup. Saúde, 28/09/2022 (Incluir data)

ESPAÇO RESERVADO AO PARECER DO GRUPO TÉCNICO DE PESQUISA/ICEPI

Após recebimento e análise da documentação referida acima, segue o nosso parecer: FAVORÁVEL NÃO FAVORÁVEL

Considerações: Jusudiade Tadeu Uggere de Andrade, 26/09/2022 (Incluir nome e carimbo do profissional do ICEPI) (Incluir data)

ESPAÇO RESERVADO AO PARECER DO GESTOR DA UNIDADE CAMPO DA PESQUISA Após recebimento e análise da documentação referida acima, segue o nosso parecer: AUTORIZADO NÃO AUTORIZADO

Considerações: Francisco José Dias da Silva, Francisco José Dias da Silva, 28/09/2022 (Incluir nome e carimbo do gestor da Unidade Campo da Pesquisa na SESA) (Incluir data)

ANEXO E - TERMO DE ANUÊNCIA NÚCLEO ESPECIAL DE PROGRAMAÇÃO DE SERVIÇOS EM SAÚDE



TERMO DE ANUÊNCIA PRÉVIA PARA A REALIZAÇÃO DE PESQUISA NO ÂMBITO DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO ESPÍRITO-SANTO

À SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO

Declaramos para os devidos fins que estamos de acordo com a execução do projeto de pesquisa intitulado "Gastos da Secretaria de Saúde do Estado Espírito Santo com ações e serviços em saúde mental 2009-2021", sob responsabilidade do pesquisador (a) Maria Lúcia Teixeira Garcia tendo como objetivo: Partindo da diretriz de descentralização da Política de Saúde, que estabelece as competências de cada ente federativo, buscamos identificar a tendência assumida pelo financiamento do Estado do Espírito Santo nas ações e serviços de Saúde Mental, considerando como eixo financiamento concretiza ou não as diretrizes estabelecidas no interior dos instrumentos de gestão e garante ou não os serviços e ações extra-hospitalares e de base comunitária, tal como definida na Política de Saúde Mental.

Para a realização da pesquisa e obtenção dos dados necessários ao trabalho proposto, vimos solicitar de V.S. autorização para acesso às dependências do Núcleo Especial de Programação de Serviços em Saúde (NEPSS) e encaminhamos, em anexo, o Requerimento e o Projeto de Pesquisa.

Afirmamos conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), zelando pelo sigilo do conteúdo acessado, preservando os participantes da pesquisa e utilizando os dados exclusivamente para os fins científicos.

O início da pesquisa fica condicionado à apresentação do Parecer Consubstanciado com Aprovação do projeto por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), credenciado ao Sistema CEP/CONEP e portar a Carta de Autorização emitida pelo Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde (ICEP).

Ao final da pesquisa nos comprometemos em imediatamente informar e encaminhar (mídia eletrônica) os resultados parciais e/ou finais gerados pela pesquisa e contribuir para a incorporação dos mesmos nos serviços de saúde.

Na expectativa de sua análise e manifestação, nos colocamos à disposição para outros esclarecimentos pertinentes ao nosso pedido.

Respeitosamente

Maria Lúcia Teixeira Garcia

(Incluir nome e carimbo do pesquisador responsável pela pesquisa)

Vitoria, 23/07/2022

(Incluir data)

Abner de Souza Salati

(Incluir nome e carimbo da chefe (mediata da instituição de origem do pesquisador)

Vitoria, 23/07/22

(Incluir data)

ESPAÇO RESERVADO AO PARECER DO GRUPO TÉCNICO DE PESQUISA/ICEP

Após recebimento e análise da documentação referida acima, segue o nosso parecer:



FAVORÁVEL



NÃO FAVORÁVEL

Considerações: _____

Murdiadi  26/09/2022
 (Incluir nome e carimbo do profissional do ICEPI) (Incluir data)

ESPAÇO RESERVADO AO PARECER DO GESTOR DA UNIDADE CAMPO DA PESQUISA

Após recebimento e análise da documentação referida acima, segue o nosso parecer:

AUTORIZADO

NÃO AUTORIZADO

Considerações: _____

Márcia Ferrugal Siqueira 28/09/2022
 (Incluir nome e carimbo do gestor da Unidade Campo da Pesquisa na SESA) (Incluir data)

Considerações:

O Núcleo Especial de Ações e Serviços de Saúde - NEPS fornecerá todas as informações necessárias sob sua responsabilidade e de conhecimento público, no período de 2011 a 2022.

1. Limite Financeiro de MAC do Estado do Espírito Santo com recursos de origem federal;

2. Rede de Atenção em Saúde Mental:

Incentivos Financeiros Permanentes de Custeio de origem federal;

Produção Assistencial do SIA e SIH;

3. Programação Assistencial da RAPS:

Programação Assistencial na PPI Vigente

Parâmetros de Programação Assistencial na NOVA PPI Capiba

4. Serviços de Saúde existentes cadastrados no CNES

CAPS

Leitos Psiquiátricos

Leitos em Hospitais Gerais (Saúde Mental)

SRT

EMAESM

Consultório na RLIA

Márcia Ferrugal Siqueira
 Márcia Ferrugal Siqueira
 Coordenadora da PPI
 07.11.2024 12:24

ANEXO F - TERMO DE ANUÊNCIA ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE MENTAL



TERMO DE ANUÊNCIA PRÉVIA PARA A REALIZAÇÃO DE PESQUISA DO ÂMBITO DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO

A SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO

Declaramos para os devidos fins que estamos de acordo com a realização do projeto de pesquisa intitulado "Gatilhos da Resiliência em Saúde do Estado Espírito Santo com ações e serviços em saúde mental 2019/2021", sob responsabilidade do pesquisador (a) Maria Tereza Garcia tendo como objetivo principal a direção e implementação da Política de Saúde, que estabeleça as competências de planejamento, implementação, avaliação e incidência assumidas pelo financiamento do Estado do Espírito Santo nas ações e serviços de Saúde Mental, considerando como esse financiamento encontra-se em uso no diferentes estabelecimentos no interior dos municípios de saúde e serviços de saúde e ações autossustentáveis e de base comunitária, sob o controle da Secretaria de Saúde Mental.

Para a realização da pesquisa e obtenção dos dados necessários ao trabalho proposto, vimos solicitar ao V. Ex. autorização para acesso às dependências da Área Técnica de Saúde Mental e encaminhamos, em anexo, o Requerimento e o Projeto de Pesquisa.

Afirmamos continuar a cumprir as Resoluções Federais Brasileiras, em respeito a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), quando pelo sigilo do conteúdo acessado, preservando os participantes da pesquisa e utilizando os dados exclusivamente para fins científicos.

O sigilo da pesquisa fica condicionado a desvinculação do parecer fundamentado e da aprovação do projeto por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), credenciado no Sistema CEP/CONEP e por meio a Carta de Autorização assinada pelo Instituto Capes de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde (ICEPI).

Até o final da pesquisa nos comprometemos a imediatamente informar e disponibilizar (online e/ou presencial) os resultados parciais e/ou finais para os pesquisadores e contribuir para a melhoria dos serviços de saúde.

Na expectativa de sua análise e manifestação, nos colocamos à disposição para outros esclarecimentos pertinentes ao nosso pedido.

Respeitosamente

Maria Tereza Garcia

26/09/2022

Incluir nome e carimbo do pesquisador responsável pela pesquisa

(Incluir data)

Maria Tereza Garcia

26/09/22

Incluir nome e carimbo do chefe imediato e o responsável de origem do pesquisador

(Incluir data)

ESPAÇO RESERVADO AO PARECER DO GESTOR DA UNIDADE TÉCNICA DE SAÚDE MENTAL / ICEPI

Após recebimento e análise da documentação referida acima, segue o nosso parecer:

FAVORÁVEL

NÃO FAVORÁVEL

Considerações:

Quisquade

Tatiana Uggere de Andrade
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Social
SES/RS/CPN

26/09/2022

(Incluir nome e carimbo do profissional do ICEPI)

(Incluir data)

ESPAÇO RESERVADO AO PARECER DO GESTOR DA UNIDADE CAMPO DA PESQUISA

Após recebimento e análise da documentação referida acima, segue o nosso parecer:

AUTORIZADO

NÃO AUTORIZADO

Considerações:

Daisy Koehler Behning

Daisy Koehler Behning
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Social
SES/RS/CPN

26/09/2022

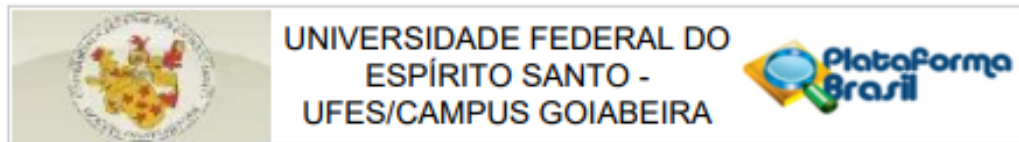
(Incluir nome e carimbo do gestor da Unidade Campo da Pesquisa na SESA)

(Incluir data)

Daisy Koehler Behning
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Social
SES/RS/CPN

Ative
Aceda

ANEXO G –PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: GASTOS DA SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO ESPÍRITO SANTO COM AÇÕES E SERVIÇOS EM SAÚDE MENTAL

Pesquisador: LARA DA SILVA CAMPANHARO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 65604622.4.0000.5542

Instituição Proponente: Centro de Ciências Jurídicas e Econômicas

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.836.334

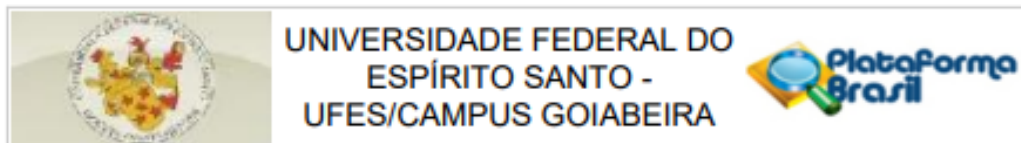
Apresentação do Projeto:

O projeto de pesquisa tem como objetivo geral, partindo da diretriz de descentralização da Política de Saúde, que estabelece as competências de cada ente federativo, identificar a tendência assumida pelo financiamento do Estado do Espírito Santo nas ações e serviços da Saúde Mental, considerando como esse financiamento concretiza ou não as diretrizes estabelecidas no interior dos instrumentos de gestão e garante ou não os serviços e ações extra hospitalares e de base comunitária, tal como definida na Política de Saúde Mental. Para isso realizará uma Pesquisa Documental de abordagem mista (QUAL + QUAN), utilizando-se da Estratégia de Triangulação Concomitante. O lócus da pesquisa são 6 setores da Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo (SESA), onde poderão ser consultados os documentos de acesso restrito, o site da Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo e Portal da Transparência do Espírito Santo onde serão acessados os documentos disponíveis de forma pública.

Objetivo da Pesquisa:

Identificar a tendência assumida pelo financiamento do Estado do Espírito Santo nas ações e serviços da Saúde Mental, considerando como esse financiamento concretiza ou não as diretrizes estabelecidas no interior dos instrumentos de gestão e garante ou não os serviços e ações extra hospitalares e de base comunitária, tal como definida na Política de Saúde Mental.

Endereço: Av. Fernando Ferrari, 514-Campus Universitário, Prédio Administrativo do CCHN
Bairro: Goiabelras **CEP:** 29.075-910
UF: ES **Município:** VITORIA
Telefone: (27)3145-9820 **E-mail:** cep.goiabelras@gmail.com



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: GASTOS DA SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO ESPÍRITO SANTO COM AÇÕES E SERVIÇOS EM SAÚDE MENTAL

Pesquisador: LARA DA SILVA CAMPANHARO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 65604622.4.0000.5542

Instituição Proponente: Centro de Ciências Jurídicas e Econômicas

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.836.334

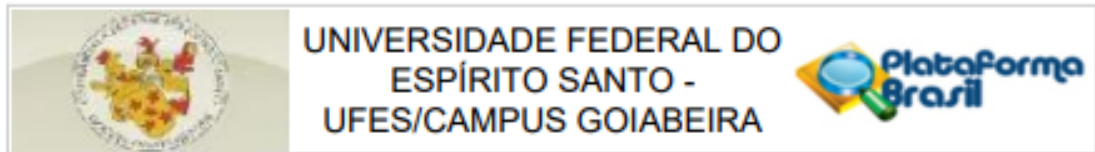
Apresentação do Projeto:

O projeto de pesquisa tem como objetivo geral, partindo da diretriz de descentralização da Política de Saúde, que estabelece as competências de cada ente federativo, identificar a tendência assumida pelo financiamento do Estado do Espírito Santo nas ações e serviços da Saúde Mental, considerando como esse financiamento concretiza ou não as diretrizes estabelecidas no interior dos instrumentos de gestão e garante ou não os serviços e ações extra hospitalares e de base comunitária, tal como definida na Política de Saúde Mental. Para isso realizará uma Pesquisa Documental de abordagem mista (QUAL + QUAN), utilizando-se da Estratégia de Triangulação Concomitante. O lócus da pesquisa são 6 setores da Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo (SESA), onde poderão ser consultados os documentos de acesso restrito, o site da Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo e Portal da Transparência do Espírito Santo onde serão acessados os documentos disponíveis de forma pública.

Objetivo da Pesquisa:

Identificar a tendência assumida pelo financiamento do Estado do Espírito Santo nas ações e serviços da Saúde Mental, considerando como esse financiamento concretiza ou não as diretrizes estabelecidas no interior dos instrumentos de gestão e garante ou não os serviços e ações extra hospitalares e de base comunitária, tal como definida na Política de Saúde Mental.

Endereço: Av. Fernando Ferrari, 514-Campus Universitário, Prédio Administrativo do CCHN
Bairro: Goiabeiras **CEP:** 29.075-910
UF: ES **Município:** VITORIA
Telefone: (27)3145-9820 **E-mail:** cep.goiabeiras@gmail.com



Continuação do Parecer: 5.836.334

não a mestrandia, contrapondo a indicação presente nas informações básicas do projeto (responsável principal).

3. As cópias anexadas dos termos de anuência estão com baixa visibilidade, sobretudo, os carimbos dos responsáveis por cada unidade da SESA que será pesquisada.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

RESOLUÇÃO Nº 510, DE 7 DE ABRIL DE 2016.

Parágrafo único. Não serão registradas nem avaliadas pelo sistema CEP/CONEP:

V - pesquisa com bancos de dados, cujas informações são agregadas, sem possibilidade de identificação individual.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2035802.pdf	29/11/2022 16:18:10		Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto.pdf	29/11/2022 16:06:06	LARA DA SILVA CAMPANHARO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOdePESQUISA.pdf	29/11/2022 15:52:00	LARA DA SILVA CAMPANHARO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	JUSTIFICATIVA_PARA_AUSENCIA_DE_TCLE.pdf	29/11/2022 15:44:25	LARA DA SILVA CAMPANHARO	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	29/11/2022 15:38:49	LARA DA SILVA CAMPANHARO	Aceito
Cronograma	Cronograma_assinado.pdf	25/11/2022 17:50:15	LARA DA SILVA CAMPANHARO	Aceito
Outros	TermoDeAnuenciaGECORC.pdf	25/11/2022 17:41:31	LARA DA SILVA CAMPANHARO	Aceito
Outros	TermoDeAnuenciaNEPSS.pdf	25/11/2022 17:37:20	LARA DA SILVA CAMPANHARO	Aceito
Outros	TermoDeAnuenciaGEAF.pdf	25/11/2022 17:36:12	LARA DA SILVA CAMPANHARO	Aceito
Outros	TermoDeAnuenciaSaudeMental.pdf	25/11/2022 17:33:50	LARA DA SILVA CAMPANHARO	Aceito
Outros	TermoDeAnuenciaGPDl.pdf	25/11/2022 17:31:30	LARA DA SILVA CAMPANHARO	Aceito
Outros	TermoDeAnuenciaCIB.pdf	25/11/2022	LARA DA SILVA	Aceito

Endereço: Av. Fernando Ferrari,514-Campus Universitário, Prédio Administrativo do CCHN
Bairro: Goiabeiras **CEP:** 29.075-910
UF: ES **Município:** VITORIA
Telefone: (27)3145-9820 **E-mail:** cep.goiabeiras@gmail.com



Continuação do Parecer: 5.836.334

Outros	TermoDeAnuenciaCIB.pdf	17:29:55	CAMPANHARO	Aceito
--------	------------------------	----------	------------	--------

Situação do Parecer:

Retirado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

VITORIA, 22 de Dezembro de 2022

Assinado por:
KALLINE PEREIRA AROEIRA
 (Coordenador(a))

Endereço: Av. Fernando Ferrari, 514-Campus Universitário, Prédio Administrativo do CCHN
Bairro: Goiabeiras **CEP:** 29.075-910
UF: ES **Município:** VITORIA
Telefone: (27)3145-9820 **E-mail:** cep.goiabeiras@gmail.com

ANEXO H – CARTA DE AUTORIZAÇÃO PARA INÍCIO DE PESQUISA

GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

**CARTA DE AUTORIZAÇÃO PARA INÍCIO DE PESQUISA NO ÂMBITO DA SESA/ES**

À SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO - SESA


Encaminhamos a Pesquisadora LARA DA SILVA CAMPANHARO para iniciar a Pesquisa intitulada "GASTOS DA SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO COM AÇÕES E SERVIÇOS EM SAÚDE MENTAL". Informamos que a pesquisadora comprometeu-se, por meio da assinatura do Termo de Anuência para a realização de Pesquisa no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo, a imediatamente após a conclusão da pesquisa, apresentar os resultados a SESA/ICEPI enviando cópia do trabalho em mídia digital. Ressaltamos que a pesquisa somente poderá ser iniciada após apresentação desta Carta de Autorização aos gestores da SESA/ES

Número do Parecer do Comitê de Ética da UFES: 5.836.334

CAAE: 65604622.4.0000.5542

Vitória, 28 de dezembro de 2022

Atenciosamente,


KÁTIA OLIVEIRA PEREIRA BASTOS
Coordenação de Pesquisa do ICEPI/SESA

ANEXO I - TERMO DE ANUÊNCIA FUNDO ESTADUAL SAÚDE



TERMO DE ANUÊNCIA PRÉVIA PARA A REALIZAÇÃO DE PESQUISA NO ÂMBITO DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO

À SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO

Declaramos para os devidos fins que estamos de acordo com a execução do projeto de pesquisa intitulado "Gastos da Secretaria de Saúde do Estado Espírito Santo com ações e serviços em saúde mental 2009-2023" sob responsabilidade do pesquisador (a) Maria Lúcia Teófilo Garcia tendo como objetivo: Partindo da diretriz de desburocratização da Política de Saúde, que estabelece as competências de cada ente federativo, buscamos identificar a tendência assumida pelo financiamento do Estado do Espírito Santo nas ações e serviços de Saúde Mental, considerando como esse financiamento concretiza ou não as diretrizes estabelecidas no âmbito dos instrumentos de gestão e garante ou não os serviços e ações extra-hospitalares e de base comunitária, tal como definida na Política de Saúde Mental.

Para a realização da pesquisa e obtenção dos dados necessários ao trabalho proposto, vimos solicitar de V.S. autorização para acesso às dependências do Fundo Estadual de Saúde (FES) e encaminhamos, em anexo, o Requerimento e o Projeto de Pesquisa.

Afirmamos conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), zelando pelo sigilo do conteúdo acessado, preservando os participantes da pesquisa e utilizando os dados exclusivamente para os fins científicos.

O início da pesquisa fica condicionado à apresentação do Parecer Consubstanciado com Aprovação do projeto por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), credenciado ao Sistema CEP/CONEP e portar a Carta de Autorização emitida pelo Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde (ICEPI).

Após a realização da pesquisa nos comprometemos em imediatamente informar e encaminhar (mídia eletrônica) os resultados parciais e/ou finais gerados pela pesquisa e contribuir para a incorporação dos mesmos nos serviços de saúde.

Na expectativa de sua análise e manifestação, nos colocamos à disposição para outros esclarecimentos pertinentes ao nosso pedido.

Respeitosamente

Maria Lúcia Teófilo Garcia

09/03/2023

(Incluir nome e carimbo do pesquisador responsável pela pesquisa)

(Incluir data)

Aluísio de Souza Salgado

09/03/2023

(Incluir nome e carimbo da chefia imediata da instituição de origem do pesquisador)

(Incluir data)

ESPAÇO RESERVADO AO PARECER DO GRUPO TÉCNICO DE PESQUISA / ICEPI

Após recebimento e análise da documentação referida acima, segue o nosso parecer:



FAVORÁVEL



NÃO FAVORÁVEL

Considerações:

Maria D. Pereira Bastos

13/03/2023

(Incluir nome e carimbo do profissional do ICEPI)

(Incluir data)

ESPAÇO RESERVADO AO PARECER DO GESTOR DA UNIDADE CAMPO DA PESQUISA

Após recebimento e análise da documentação referida acima, segue o nosso parecer:



AUTORIZADO



NÃO AUTORIZADO

Considerações:

Maria de Lourdes Soares

(Incluir nome e carimbo do gestor da Unidade Campo da Pesquisa na SESA)

(Incluir data)

ANEXO J - TERMO DE ANUÊNCIA GERÊNCIA DE CONTRATUALIZAÇÃO DA REDE PRÓPRIA



TERMO DE ANUÊNCIA PRÉVIA PARA A REALIZAÇÃO DE PESQUISA NO ÂMBITO DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO

À SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO

Declaramos para os devidos fins que estamos de acordo com a execução do projeto de pesquisa intitulado "Gastos da Secretaria de Saúde do Estado Espírito Santo com ações e serviços em saúde mental 2009-2021" sob responsabilidade do pesquisador (a) Maria Lúcia Teixeira Garcia tendo como objetivo: Partindo da diretriz de descentralização da Política de Saúde, que estabelece as competências de cada ente federativo, buscamos identificar a tendência assumida pelo financiamento do Estado do Espírito Santo nas ações e serviços da Saúde Mental, considerando como esse financiamento concretiza ou não as diretrizes estabelecidas no interior dos instrumentos de gestão e garante ou não os serviços e ações extra-hospitalares e de base comunitária, tal como definida na Política de Saúde Mental.

Para a realização da pesquisa e obtenção dos dados necessários ao trabalho proposto, vimos solicitar de V.S. autorização para acesso às dependências Gerência de Contratação da Rede Própria (GECORP) e encaminhamos, em anexo, o Requerimento e o Projeto de Pesquisa.

Afirmamos conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), zelando pelo sigilo do conteúdo acessado, preservando os participantes da pesquisa e utilizando os dados exclusivamente para os fins científicos.

O início da pesquisa fica condicionado à apresentação do Parecer Consubstanciado com Aprovação do projeto por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), credenciado ao Sistema CEP/CONEP e portar a Carta de Autorização emitida pelo Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde (ICEPI).

Ao final da pesquisa nos comprometemos em imediatamente informar e encaminhar (mídia eletrônica) os resultados parciais e/ou finais gerados pela pesquisa e contribuir para a incorporação dos mesmos nos serviços de saúde.

Na expectativa de sua análise e manifestação, nos colocamos à disposição para outros esclarecimentos pertinentes ao nosso pedido.

Respeitosamente

Maria Lúcia Teixeira Garcia 09/03/2023
(Incluir nome e carimbo do pesquisador responsável pela pesquisa) (Incluir data)

Maurício de Souza Santana 08/03/2023
(Incluir nome e carimbo da chefia imediata da instituição de origem do pesquisador) (Incluir data)

[Carimbo]
Coordenador(a) do Programa de Pós-Graduação em Políticas Sociais
ICEPI

ESPAÇO RESERVADO AO PARECER DO GRUPO TÉCNICO DE PESQUISA/ ICEPI

Após recebimento e análise da documentação referida acima, segue o nosso parecer:

FAVORÁVEL NÃO FAVORÁVEL

Considerações: _____

Kátia O. Pereira Soares 13/03/2023
(Incluir nome e carimbo do profissional do ICEPI) (Incluir data)

ESPAÇO RESERVADO AO PARECER DO GESTOR DA UNIDADE CAMPO DA PESQUISA

Após recebimento e análise da documentação referida acima, segue o nosso parecer:

AUTORIZADO NÃO AUTORIZADO

Considerações: Segue participando dos blocos GECORP, GECES, GES e GEPORAS
em seus conteúdos, bem como informações relacionadas ao projeto em questão.

Fernando Nascimento Gomes 14/03/2023
(Incluir nome e carimbo do gestor da Unidade Campo da Pesquisa na SESA) (Incluir data)

ANEXO K – NÚCLEO ESPECIAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO



TERMO DE ANUIÊNCIA PRÉVIA PARA A REALIZAÇÃO DE PESQUISA NO ÂMBITO DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO

À SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO

Declaramos para os devidos fins que estamos de acordo com a execução do projeto de pesquisa intitulado "Gastos da Secretaria de Saúde do Estado Espírito Santo com ações e serviços em saúde mental 2009-2021" sob responsabilidade do pesquisador (a) Maria Lúcia Teixeira Garcia tendo como objetivo: Partindo da diretriz de descentralização da Política de Saúde, que estabelece as competências de cada ente federativo, buscamos identificar a tendência assumida pelo financiamento do Estado do Espírito Santo nas ações e serviços de Saúde Mental, considerando como esse financiamento concretiza ou não as diretrizes estabelecidas no interior dos instrumentos de gestão e garante ou não os serviços e ações extra-hospitalares e da base comunitária, tal como definida na Política de Saúde Mental.

Para a realização da pesquisa e obtenção dos dados necessários ao trabalho proposto, vimos solicitar de V.S. autorização para acesso às dependências Núcleo Especial de Regulação de Internação (NERI) e encaminharmos, em anexo, o Requerimento e o Projeto de Pesquisa.

Afirmamos conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), zelando pelo sigilo do conteúdo acessado, preservando os participantes da pesquisa e utilizando os dados exclusivamente para os fins científicos.

O início da pesquisa fica condicionado à apresentação de Parecer Consubstanciado com Aprovação do projeto por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), credenciado ao Sistema CEP/CONEP e portar a Carta de Autorização emitida pelo Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde (ICEPI).

Após a realização da pesquisa nos comprometemos em imediatamente informar e encaminhar (mídia eletrônica) os resultados parciais e/ou finais gerados pela pesquisa e contribuir para a incorporação dos mesmos nos serviços de saúde.

Na expectativa de sua análise e manifestação, nos colocamos à disposição para outros esclarecimentos pertinentes ao nosso pedido.

Respeitosamente

Maria Lúcia T. Garcia 09/03/2023
 (Incluir nome e carimbo do pesquisador responsável pela pesquisa) (Incluir data)

Mônica de Souza Saladin 09/03/2023
 (Incluir nome e carimbo da chefia imediata da instituição de origem do pesquisador) (Incluir data)

ESPAÇO RESERVADO AO PARECER DO GRUPO TÉCNICO DE PESQUISA/ ICEPI

Após recebimento e análise da documentação referida acima, segue o nosso parecer:

FAVORÁVEL NÃO FAVORÁVEL

Considerações: _____

Kátia O. Pereira Bacles 13/03/2023
 (Incluir nome e carimbo do profissional do ICEPI) (Incluir data)

ESPAÇO RESERVADO AO PARECER DO GESTOR DA UNIDADE CAMPO DA PESQUISA

Após recebimento e análise da documentação referida acima, segue o nosso parecer:

AUTORIZADO NÃO AUTORIZADO

Considerações: _____

Elaine de Oliveira Leppaus 10/04/2023
 (Incluir nome e carimbo do gestor da Unidade Campo da Pesquisa na SESA) (Incluir data)

**ANEXO L – OFÍCIO ENVIADO PELO SECRETARIO DE SAÚDE DO ES AO
COLEGIADO DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO
(COSEMS/ES)**



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DA SAÚDE

OF/SESA/GS/Nº 523/2014

Vitória, 05 de agosto de 2014

Senhor Presidente,

Considerando a 6ª Assembléia do Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS, realizada em 30 de julho de 2014, em que decidiram considerar como prioridade a regulamentação do art. 17, da Lei Complementar n. 141/2012 (anexo), que trata do rateio dos recursos da União vinculados a ações e serviços públicos de saúde e a consequente revisão da Portaria 204/07, que trata dos blocos de financiamento do Sistema Único de Saúde - SUS, conforme o disposto no Decreto n.7508/2011, para a continuidade da discussão do Contrato Organizativo da Ação Pública - COAP no âmbito dos estados. **Ficando assim pactuado que os Estados não irão assinar o COAP no ano de 2014.**

Diante do exposto, informamos que a Secretaria de Estado da Saúde não assinará o COAP das Regiões de Saúde do Espírito Santo no ano de 2014.

O COAP da Região Metropolitana que está na SEGP/Ministério da Saúde para análise, ficará sobrestado aguardando novos encaminhamentos.

Os COAPs das Regiões Norte, Central e Sul que estão na Secretaria Executiva da CIB/SUS-ES também ficarão sobrestados aguardando novos encaminhamentos.

Estamos à disposição para o que se fizer necessário.

Atenciosamente,


JOSÉ TADEU MARINO
Secretário de Estado da Saúde

COSEMS/ES
07/08/14


Ao Senhor
LUIZ CARLOS REBLIN
Presidente do Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Espírito Santo - COSEMS/ES

NESTA