

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO NORTE FLUMINENSE
DARCY RIBEIRO – UENF
CENTRO DE CIÊNCIAS DO HOMEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA POLÍTICA

**GESTÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NOS MUNICÍPIOS DA
MICRORREGIÃO DE ITAPERUNA/RJ.**

TÂNIA CRISTINE RODRIGUES DA SILVA

CAMPOS DOS GOYTACAZES-RJ
AGOSTO – 2013

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO NORTE FLUMINENSE
DARCY RIBEIRO – UENF
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA POLÍTICA

TÂNIA CRISTINE RODRIGUES DA SILVA

**GESTÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NOS MUNICÍPIOS DA
MICRORREGIÃO DE ITAPERUNA/RJ.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política, Linha de Pesquisa Gestão de Políticas Públicas, do Centro de Ciências do Homem da Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Sociologia Política, sob a orientação do Prof. Dr. Mauro Macedo Campos.

ORIENTADOR: PROF. DR. MAURO MACEDO CAMPOS

CAMPOS DOS GOYTACAZES – RJ

AGOSTO – 2013

TÂNIA CRISTINE RODRIGUES DA SILVA

**GESTÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NOS MUNICÍPIOS DA
MICRORREGIÃO DE ITAPERUNA/RJ.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política, Linha de Pesquisa Gestão de Políticas Públicas, do Centro de Ciências do Homem da Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Sociologia Política, sob a orientação do Prof. Dr. Mauro Macedo Campos.

Aprovada em: 16/08/2013

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Mauro Macedo Campos – UENF

Prof. Dr. Sérgio de Azevedo – UENF

Prof. Dra. Denise Cunha Tavares Terra – UENF

Prof. Dr. Nilo Lima de Azevedo – FESJ

FICHA CATALOGRÁFICA

Preparada pela Biblioteca do **CCH / UENF** 046/2013

Silva, Tânia Cristine Rodrigues da.

Gestão da política de saúde mental nos municípios da microrregião de Itaperuna/RJ / Tânia Cristine Rodrigues da Silva - Campos dos Goytacazes, RJ, 2013.

160 p. : il

Orientador: Mauro Macedo Campos

Dissertação (Mestrado em Sociologia Política) – Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro, Centro de Ciências do Homem, 2013.

Bibliografia: f. 135 – 142

1. Política de Saúde Mental – Brasil. 2. Gestão Pública Municipal de Saúde Mental. 3. Saúde Mental – Itaperuna (RJ). I. Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro. Centro de Ciências do Homem. II. Título.

CDD- 353.648153

Aos meus pais, Getulio e Alair, dos quais herdei a coragem para persistir, viver e amar.

Ao meu filho querido, Felipe, pelo apoio, amor e alegria que sua existência sempre me dá.

Aos meus irmãos, Marco, Leandro e Jussara, que tanto me amparam e incentivam.

Ao meu companheiro, Alair, pela paciência, carinho, companheirismo, incentivo, compreensão e pela sua presença que se tornou essencial em minha vida.

Aos meus amigos, pelas minhas ausências.

DEDICO.

AGRADECIMENTOS

É chegado o momento mais esperado: finalização de um processo, instante de lembranças, oportunidade para agradecimentos e início de uma saudade.

A DEUS, pai todo poderoso, pelo dom da vida.

À UENF, pela oportunidade.

À FAPERJ, pela bolsa que me possibilitou a realização da pesquisa com tranquilidade.

Ao meu orientador Prof. Mauro, exemplo de dedicação, paciência e trabalho.

Ao Prof. Hugo pela preocupação com o conhecimento, a presteza e o respeito aos teóricos sobre a formação do Estado, o meu especial agradecimento.

À Prof.^a Luciane, pelas suas observações, reflexões, estímulo, compreensão e leveza na condução de suas aulas.

À Prof.^a Denise, pela contribuição constante quanto à elaboração da pesquisa e ao rigor do trabalho acadêmico-científico, além da fantástica discussão teórica sobre cidades.

Ao Prof. Sérgio, pelas orientações quanto à compreensão da complexa realidade política e econômica brasileira e magníficas articulações de todo o conteúdo do curso.

À Prof.^a Lana, pela oportunidade de aprendizado.

A todos os professores do curso, pela paciência, dedicação e carinho.

Vocês contribuíram para aumentar o desejo de continuar estudando e buscando ampliar os conhecimentos sobre a temática da Gestão de Políticas Públicas.

À secretária Neila, da pós-graduação de Sociologia Política, pela sua presteza no atendimento.

Ao Gustavo, secretário do LESCE, pela atenção com os bolsistas.

Aos trabalhadores da UENF/CCH que contribuem com a limpeza e manutenção do prédio em boas condições para que nós pudéssemos estar confortavelmente estudando.

Aos amigos do curso, pela colaboração, pelo companheirismo, pelo acolhimento e pelos singelos momentos de compartilhamento de experiências em que estivemos juntos.

Aos profissionais dos municípios entrevistados, que contribuíram para o enriquecimento dessa pesquisa, dialogando e expondo suas ações e opiniões. Muito Obrigada!

Às pessoas que se apresentam em sofrimento mental e seus familiares, bem como, aos trabalhadores da área de Saúde Mental, para que juntos possamos contribuir com a melhoria dessa assistência em âmbito municipal, além de auxiliar no processo de conscientização da sociedade e oferecer um trabalho mais qualificado e humanizado.

Aos profissionais do Serviço Social, que sempre me impulsionam a continuar os estudos e fortalecer para atuar nas questões oriundas do trabalho e do capital.

A todos vocês que estiveram comigo nesta caminhada enriquecedora, estimulando e compreendendo meus posicionamentos e me incentivando a continuar.

MUITO OBRIGADA!

RESUMO

Esse trabalho apresenta uma análise exploratória sobre a Gestão da Política Pública de Saúde Mental nos municípios da microrregião de Itaperuna, a partir da Lei de Reforma Psiquiátrica nº 10.216/2001. Essa legislação inicia um processo de transformação paradigmática na Assistência em Saúde Mental no Brasil e é efetivada na municipalidade através do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e da coordenação de saúde mental do município, sob a gestão municipal de saúde e a coordenação estadual e nacional de saúde mental. A implantação dessa política em âmbito municipal desencadeia este estudo baseado em pesquisa bibliográfica a autores relacionados ao tema, além de consulta a legislação específica e coleta de informações, através de entrevistas semi-estruturadas, junto aos gestores municipais de saúde, aos coordenadores municipais de saúde mental e aos diretores de CAPS dos municípios da referida microrregião, ao longo do segundo semestre de 2012 e primeiro de 2013. Essas informações contribuem para incrementar os mecanismos de gestão adotados na organização da rede de saúde mental no cotidiano da municipalidade, além de persistir no processo de socialização dos valores propostos pela Reforma Psiquiátrica. Aponta a necessidade de maior interação do gestor de saúde com a área de saúde mental em relação à qualificação, conscientização e humanização da Assistência em Saúde Mental para uma melhor organização da rede e avanço na concretização das propostas dessa política no município.

Palavras-chave: Política de Saúde no Brasil. Política Nacional de Saúde Mental. Gestão Municipal de Saúde Mental.

ABSTRACT

This paper presents an exploratory analysis on the Management of Public Policy on Mental Health in the municipalities of the region of Itaperuna from the Psychiatric Reform Law No. 10.216/2001. This legislation initiates a process of paradigmatic transformation in Mental Health Assistance in Brazil and is effective in the municipality through the Center for Psychosocial Care (CAPS) and the coordination of mental health of the municipality under the Municipal health management and coordination of state and national mental health. The implementation of this policy at the municipal level triggers this study based on the literature related to the theme authors, and query the specific legislation and gathering information through semi-structured interviews, together with local health managers, coordinators municipal health mental and directors CAPS municipalities of said micro, during the second half of 2012 and first of 2013. This information contributes to increase management mechanisms adopted in the organization of mental health services in everyday municipality, and persists in the socialization process of the values proposed by the Psychiatric Reform. Points out the need for greater interaction with health manager mental health in relation to the qualification, awareness and humanization of Mental Health Assistance for better organization of the network and advance in the implementation of this policy proposals in the municipality.

Keywords: Health Policy in Brazil. National Policy on Mental Health. Municipal Management of Mental Health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Recursos para custeio mensal (contrapartida federal) de CAPS cadastrados a partir do ano de 2009	62
Tabela 1 - Sistema de Residência Terapêutica (SRT)	63
Tabela 2 - SRT tipo I	63
Tabela 3 - SRT tipo II	63
Quadro 2 - Constituição das Redes de Atenção Psicossocial (RAPS)	67
Quadro 3 - Inovações legislativas em SM na década de 2010	71
Quadro 4 - Tipos de CAPS	77
Figura 1 - Rede de Atenção à Saúde Mental	76
Figura 2 - Mapa da Região Noroeste Fluminense	87
Quadro 5 - Agente entrevistado por município	89
Tabela 4 - Variação Populacional na microrregião de Itaperuna, 2000-2010	92
Quadro 6 - Síntese de dados da SM dos municípios da microrregião Itaperuna	124
Quadro 7 - Síntese das dificuldades e desafios apontados pelos municípios da microrregião de Itaperuna	126

LISTA DE SIGLAS E ABREVIACOES

APAC - Autorizao de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade
CAPS - Centro de Ateno Psicossocial
CEBRID - Centro Brasileiro de Informaes sobre Drogas
CEEP - Centro de Estatística, Estudos e Pesquisas do CEPERJ
CES - Conselho Estadual de Sade
CF - Constituio Federal
CGR - Colegiado de Gestão Regional
CIB - Comissão Intergestora Bipartite
CIR - Comissão Intergestora Regional
CIT - Comissão Intergestora Tripartite
CMS - Conselho Municipal de Sade
CNS - Conselho Nacional de Sade
CONASEMS - Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Sade
CONASS - Conselho Nacional das Secretarias Estaduais de Sade
COSEMS - Conselho de Secretarias Municipais de Sade
CR - Consultrio na Rua
CRIL - Clinica de Repouso Itabapoana Ltda.
CT - Comunidade Terapêutica
DAPES - Departamento de aes programáticas e Estratégicas
EC - Emenda Constitucional
ESF - Estratégia Sade da Família
FAFITA - Faculdade de Filosofia de Itaperuna
FMI - Fundo Monetário Internacional
IBGE - Instituto Brasileiro Geográfico e Estatístico
IPMF - Imposto Provisrio sobre Movimentao Financeira
LOS - Lei Orgânica da Sade
MARE - Ministério da Administrao Federal e Reforma do Estado
MS - Ministério da sade
NAPES - Ncleo de Assistência Psicossocial
NOAS - Norma Operacional Básica
NOB - Norma Operacional Básica
OMS - Organizao Mundial de sade

PAB - Piso de Atenção Básica
PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PDI - Plano Diretor de Investimento
PDR - Plano Diretor de Regionalização
PES - Plano Estadual de Saúde
PMS - Plano Municipal de Saúde
PNH - Política Nacional de Humanização
PNS - Política Nacional de Saúde
PNSM - Política Nacional de Saúde Mental
PPI - Programação Pactuada e Integrada
PSF - Programa Saúde da Família
PU - Posto de Urgência
RAG - Relatório Anual de Gestão
RAPS - Rede de Atenção Psicossocial
RT - Residência Terapêutica
SES - Secretaria Estadual de Saúde
SM - Saúde Mental
SRT - Sistema de Residência Terapêutica
SUS - Sistema Único de Saúde
UA - Unidade de Acolhimento
UNIG - Universidade Iguazu
UPA - Unidade de Pronto Atendimento
UPHG - Unidade Psiquiátrica em Hospital Geral

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
1 POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL	17
1.1 A Reforma Sanitária e a criação do SUS	17
1.2 Descentralização da Política de Saúde	23
1.2.1 A década de 1990 e as Normas Operacionais Básicas do SUS.....	23
1.2.2 Política Nacional de Humanização: o HumanizaSUS	36
1.2.3 O Pacto pela Saúde	41
1.2.3.1 O Pacto pela Vida	44
1.2.3.2 O Pacto em Defesa do SUS	45
1.2.3.3 O Pacto de Gestão do SUS	46
2 POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL	51
2.1 Loucura e Saúde Mental	51
2.2 Reforma Psiquiátrica	58
2.3 Centro de Atenção Psicossocial – CAPS	73
2.4 Gestão da Saúde Mental nos Municípios	80
3 GESTÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NA MICRORREGIÃO DE ITAPERUNA	85
3.1 Metodologia da pesquisa – trabalho de campo	88
3.1.1 A microrregião de Itaperuna	90
3.1.2 Itaperuna.....	93
3.1.3 Bom Jesus do Itabapoana.....	98
3.1.4 Italva.....	103
3.1.5 Laje do Muriaé.....	109
3.1.6 Natividade.....	112
3.1.7 Porciúncula.....	115
3.1.8 São José de Ubá.....	120
3.1.9 Varre-Sai.....	121
CONSIDERAÇÕES FINAIS	129
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	135
APÊNDICES.....	143

INTRODUÇÃO

Este trabalho é fruto do interesse nos estudos sobre a área da Saúde Mental (SM), que surgiu a partir de inquietações em relação à temática e foi aguçada por questões da loucura, tais como: O que significa ser louco? Qual a relação entre loucura e normalidade? Como a loucura foi enfrentada ao longo do tempo?

A proximidade com o CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) possibilitou a ampliação de conhecimentos empíricos e contribuiu para canalizar o interesse para a Política Pública de SM, atualmente responsável pelo atendimento a todo tipo de sofrimento psíquico, inclusive aqueles envolvendo as questões de transtorno mental provocadas pela utilização abusiva do álcool e outras drogas.

As atividades desenvolvidas nessa instituição apontaram, por um lado, para a necessidade de aprofundar os estudos em uma área tão marcada por preconceitos e estigmas por parte dos integrantes da sociedade e de seus representantes políticos; por outro lado, os problemas relacionados ao cotidiano da instituição dividiram espaço com o interesse pelo ambiente administrativo, o que suscitou questionamentos sobre o profissional que atua na Gestão de SM no município, bem como sobre o desenvolvimento desse processo por seus gestores.

A observação de posicionamentos e ações do gestor de saúde municipal e do diretor do CAPS em relação às suas equipes comandadas, junto à compreensão da importância da articulação da rede de saúde local e de SM nela incluída, tendo em vista o atendimento e melhoria da SM da população, foram delineando novas interrogações que contribuíram para a elaboração desta pesquisa.

A partir da observação do modo como se desencadeou a implantação da Política de SM no município, percebeu-se uma diversidade de procedimentos que envolvem a própria organização da Saúde na localidade, levando à elaboração de algumas questões centrais para o desenvolvimento dessa pesquisa, a saber:

- O que é Gestão de SM municipal?
- Quem exerce as atribuições de gestor de SM no município?
- O que faz um gestor municipal de SM? Qual a finalidade?
- Como os municípios desenvolvem nos seus espaços de saúde, as ações previstas na Política Pública de SM?

Sob esses questionamentos, construiu-se o objetivo geral deste trabalho, que é discutir de modo exploratório a Gestão da Política Pública de Saúde Mental nos municípios da microrregião de Itaperuna, no Noroeste do Rio de Janeiro, a partir dos preceitos definidos pela Lei nº 10.216/2001 e do conceito de Gestão proposto pela Norma Operacional Básica (NOB) de Saúde de 1996, ampliado posteriormente pelo Pacto pela Saúde, que repassa com mais efetividade ao município o compromisso de administrar e gerir sua Política de Saúde e, por consequência, a Política de SM, envolvendo também a Política de álcool e outras drogas.

O objetivo geral dessa análise contribuiu para a definição dos seguintes objetivos específicos:

1. Identificar o perfil dos municípios da microrregião Itaperuna, no que se refere à condução da Política de Saúde Mental.
2. Analisar a implantação da Política de SM nos municípios citados, a partir da Lei de Reforma Psiquiátrica (2001), e do respectivo processo de gestão na municipalidade.
3. Definir o que é gestão da política de saúde mental para os gestores dessa política no município, além de apontar a sua finalidade.

A relevância social deste estudo recaiu sobre a possibilidade de ressocialização dos valores propostos pela Reforma Psiquiátrica, bem como a ampliação do processo reflexivo sobre os procedimentos de Gestão de SM em curso na municipalidade, com observação das dificuldades no cotidiano do município.

Como relevância científica, esta pesquisa ressaltou a reflexão sobre a fragilidade da implementação de uma política pública de SM no município diante de sua capacitação técnica e financeira, da persistência do estigma no interior da comunidade e da forte interferência política sobre os órgãos de gestão e de gerência, além dos questionamentos sobre a eficiência terapêutica da nova proposta.

A pesquisa bibliográfica desta pesquisa foi articulada a procedimentos de metodologia qualitativa para responder às questões formuladas, realizadas com apresentação de um roteiro de questões semi-estruturadas, em entrevistas aos que respondem como gestores de saúde mental no município, com a finalidade de observar e verificar os mecanismos adotados pelos gestores municipais para a implantação da Política de SM na localidade em contraposição à proposta legal, tendo em vista refletir sobre o processo de Gestão da SM na microrregião de Itaperuna e alcançar os objetivos propostos.

Além disso, foi apresentada a legislação pertinente, a fim de apontar alguns dos procedimentos a serem adotados pelos municípios, como norteadores do processo de descentralização da política municipal de saúde, onde se insere a política municipal de SM.

As questões norteadoras da pesquisa e os objetivos elencados levaram à organização de três capítulos para o estudo, além da Introdução e das Considerações Finais.

A necessidade de um capítulo mais detalhado sobre o desenvolvimento e organização da Política de Saúde no Brasil foi percebida em função de ser este o arcabouço legal em que se insere a atual Política de Saúde Mental, sendo basilar para a compreensão da Gestão Municipal da SM.

Sendo assim, o primeiro capítulo, sob o título Política de Saúde no Brasil, foi estruturado com informações sobre a Reforma Sanitária brasileira, a Constituição Federal de 1988 e a criação do SUS, além do programa HumanizaSUS e o Pacto pela Saúde, sob o viés do processo de descentralização da Política de Saúde, apontando para a centralidade da gestão da política de saúde no município, a partir das Normas Operacionais Básicas de Saúde (NOB-SUS).

No segundo capítulo, intitulado Política Nacional de Saúde Mental, apresentou-se um pouco da história da loucura e da SM como área de trabalho ou pesquisa, junto à Reforma Psiquiátrica, o CAPS e a gestão da SM nos municípios.

No terceiro capítulo, sob o título Gestão da Política de Saúde Mental nos municípios da microrregião de Itaperuna, procurou-se caracterizar a microrregião de Itaperuna, com apresentação dos municípios integrantes, no que se refere à condução da Política de SM em cada uma das localidades, as quais são: Itaperuna, Bom Jesus do Itabapoana, Italva, Laje do Muriaé, Natividade, Porciúncula, São José de Ubá e Varre-Sai.

Por fim, foram tecidas algumas considerações, discutindo-se e apontando questões que pudessem contribuir para o avanço na implementação da proposta de Reforma Psiquiátrica, além de sugerir a indicação de novos caminhos para estudo e aprofundamento sobre a área da Saúde Mental e a Gestão da Política de SM no município.

1 POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

1.1 A Reforma Sanitária e a criação do SUS

A década de 1970, inicialmente, foi marcada pela organização de movimentos populares em saúde com questionamentos sobre a qualidade da assistência à saúde e da própria política de saúde. Conforme Bravo (1999):

A saúde nessa década contou com a participação de novos sujeitos na discussão das condições de vida da população brasileira e das propostas governamentais apresentadas para o setor, contribuindo para um amplo debate que permeou a sociedade civil. Saúde deixou de ser interesse apenas de técnicos para assumir uma dimensão política, estando estreitamente vinculada à democracia. Dos personagens que entraram em cena nesta conjuntura, destacam-se: os profissionais de saúde, o movimento sanitário, os partidos políticos de oposição, além dos movimentos sociais urbanos (BRAVO, 1999, p.109).

A partir de 1979, os profissionais de saúde iniciaram um movimento de entrada no aparelho do Estado, com o intuito de fortalecer o setor público, diante dos sinais de esgotamento do modelo médico-assistencial privatista vigente. Alguns representantes desse movimento já se encontravam no Ministério da Saúde e na Previdência Social.

O movimento pela democratização dos serviços públicos de saúde, desenvolvidos a partir dessa década, buscava coletivizar as questões de saúde, questionando sua dimensão individual. Os municípios debatiam saúde pública e reivindicavam melhores serviços de saúde, além de uma reforma mais abrangente na área; relacionavam as questões de saúde a condições melhores de vida, salário, habitação e alimentação, junto a uma atenção preventiva, curativa e de emergência; propunham uma ampliação da noção de saúde ao procurar uma atuação em suas condições determinantes: “A saúde deixa de ser vista apenas como ausência de doença e passa a ser vista como um produto social, resultado das condições e da qualidade de vida existente” (ALMEIDA, 2007, p.20).

Na década de 1980, os movimentos populares em saúde se fortaleceram em todo o país ao se unirem ao movimento dos trabalhadores da saúde. Esses grupos, que apresentavam interesses divergentes, abarcaram o interesse comum de reformulação do sistema de saúde e, unificados, articularam-se a outros atores da sociedade civil, tais como, entidades civis e

acadêmicas, lideranças partidárias e parlamentares, associações profissionais, técnicos e funcionários das instituições de saúde, entre outros. Gradualmente, os movimentos sociais passaram a adotar uma ação mais coletiva e politizada, criticavam o sistema de assistência médico-hospitalar vigente e propunham um modelo de atenção à saúde universal e democrática, solicitando ampla reformulação do setor de saúde, desenvolvendo, assim, o que ficou conhecido como Movimento pela Reforma Sanitária (GERSCHMAN, 2004).

Em meio à grande efervescência social, o movimento cresceu, envolvendo outros movimentos sociais, que lutavam por transformações dos valores da sociedade brasileira e por melhorias nas condições de vida da população, buscando assegurar o direito à saúde de forma universal e como dever do Estado, além de criar uma nova concepção de Saúde Pública, ao procurar descentralizar a política pública de saúde da esfera federal para os níveis regionais e locais, com a participação abrangente de todos os setores do cenário nacional.

Sob a pressão do longo período de ditadura militar, o Movimento pela Reforma Sanitária foi desenvolvendo um modelo de democracia com o ideal igualitário de direito a ter saúde, junto à ideologia de construção de um poder local fortalecido pela gestão social democrática; defendia-se a universalização da cobertura assistencial e o aumento do controle sobre os provedores privados de saúde, o que representava uma contestação da ordem política para além das formas jurídicas, por isso, foi considerado por alguns uma proposta muito ousada para a realidade brasileira, marcada por forte diferenciação e segmentação social (FLEURY, 1997 *apud* OLIVEIRA, 2009, p.52).

Sobre a proposta da Reforma Sanitária, segundo Fleury (1997), a concretização de um sistema igualitário de saúde no Brasil foi minada pelas características de hierarquização e discriminação da sociedade brasileira, junto à inexistência de um projeto nacional de desenvolvimento que tomasse a questão da desigualdade social como central para a instauração de novo processo democrático (FLEURY, 1997 *apud* OLIVEIRA, 2009, p.53).

A década de 1980, marcada pela transição dos governos militares à democracia, inaugurou um novo patamar na relação Estado e Sociedade. A sociedade brasileira vivenciava um processo de democratização política junto a uma crise econômica, cujos efeitos repercutem até a atualidade. Conforme Couto (2004):

Apresentava os resultados trazidos do período anterior: a ampliação do déficit público, o endividamento externo, a crise fiscal, dada à diferença entre o volume despendido pelo governo com a área social e o volume de arrecadação dos recursos, e a crescente mobilização e reivindicação popular

pela democratização da sociedade e pelo atendimento do agravamento da questão social (COUTO, 2004, p.58).

No início desse processo de redemocratização política, surgiram embates e novos canais de participação da sociedade, que pressionavam o Estado a estabelecer outro papel frente às políticas sociais, os quais contribuíram para a construção de importantes concepções nas áreas dos direitos civis, políticos e sociais, amparadas posteriormente pela Constituição Federal de 1988. Mas a participação de novos sujeitos na discussão das condições de vida da população brasileira obrigou o governo a rever o modelo de saúde vigente e elaborar um novo plano de ação em relação a setor saúde.

Observa-se, assim, que o Movimento Sanitário foi um movimento político a impulsionar a Reforma da Saúde no Brasil, que teve como principal característica unir diferentes atores sociais no projeto de mudança do sistema de saúde. Sua identidade foi construída a partir da discordância do modelo vigente na década de 1970 e a idealização de um modelo de saúde com acesso universal, integral e com equidade nas ações de atenção.

Os valores e as propostas de democratização, universalização, participação, descentralização, equidade, entre outros, do Movimento Sanitário adquiriram maior legitimidade à medida que pioravam as condições de vida da população e fracassavam diversas iniciativas ligadas à política de saúde. A ele, se juntaram diversas forças sociais e políticas, provenientes de sindicatos e movimentos sociais que multiplicaram as discussões e os debates sobre a saúde pública, buscando realizar uma ruptura com o sistema de saúde vigente à época, que possuía características curativas, voltadas à atenção individual e ao predomínio da medicina privada (CORDEIRO, 2010).

O Movimento Sanitário cresceu e adquiriu expressão máxima com a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, em Brasília, no ano de 1986, quando acolheu a proposta de ampliação e reorientação do sistema de saúde para um sistema baseado na universalização do direito à saúde descentralizada e democrática.

Essa conferência teve por objetivo discutir a situação da saúde no país de forma a torná-la acessível, democrática, universal e equitativa, constituindo-se em um marco quanto à concepção de direito à saúde e significando a ampliação de saúde, ao relacioná-la às condições de vida, tais como: alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde (BRASIL, 1986).

Além disso, a VIII Conferência contribuiu para legitimar a ideia de uma Reforma Sanitária que criasse uma ação institucional correspondente ao conceito ampliado de saúde, indo além de meras reformas administrativas e aumento de financiamento para o setor. Nela:

[...] houve um consenso de que para o setor da saúde no Brasil não era suficiente uma mera reforma administrativa e financeira, mas sim uma mudança em todo o arcabouço jurídico-institucional vigente, que contemplasse a ampliação do conceito de saúde segundo os preceitos da reforma sanitária. O relatório produzido nessa Conferência serviu de referência para os constituintes que elaboraram a Constituição de 1988 (ANDRADE, 2000 *apud* CORDEIRO, 2010, p.16).

Após embates e diferentes propostas na Assembléia Nacional Constituinte, a CF de 1988 foi aprovada, representando uma profunda transformação no padrão de proteção social brasileiro, consolidando as pressões democratizantes que lutavam há mais de uma década (FLEURY, 2006 *apud* OLIVEIRA, 2009, p.53).

A partir da Constituição de 1988 (BRASIL, 1988), a saúde passou a ser reconhecida como um dos tripés da Seguridade Social, sendo direito de todos, independente de contribuição previdenciária, garantida mediante políticas sociais e econômicas que assumiram o princípio da universalidade, equidade e integralidade dos serviços, idealizados pelo Movimento de Reforma Sanitária.

A CF de 1988 incorporou, em grande parte, os conceitos e as propostas contempladas no Relatório da VIII Conferência de Saúde de 1986, sugeridos pelo Movimento da Reforma Sanitária, e incluiu, pela primeira vez em uma Constituição brasileira, uma seção inteira sobre saúde, inovando na compreensão de saúde como “direito de todos e dever do Estado” (artigo 196, da CF). Sobre os principais aspectos da Reforma Sanitária aprovados na nova Constituição, Fleury (1989) aponta:

- O direito universal à saúde e o dever do Estado, acabando com discriminações existentes entre segurado/não-segurado, rural/urbano;
- As ações e serviços de saúde passaram a ser considerados de relevância pública, cabendo ao poder público sua regulamentação, fiscalização e controle;
- A constituição do Sistema Único de Saúde, integrando todos os serviços públicos em uma rede hierarquizada, regionalizada, descentralizada e de atendimento integral, com participação da comunidade;
- A participação do setor privado no sistema de saúde deverá ser complementar, preferencialmente com as entidades filantrópicas, sendo vedada a destinação de recursos públicos para subvenção às instituições com fins lucrativos. Os contratos com entidades privadas prestadoras de

serviços far-se-ão mediante contrato de direito público, garantindo ao Estado o poder de intervir nas entidades que não estiverem seguindo os termos contratuais;

- Proibição da comercialização de sangue e seus derivados (FLEURY, 1989, p.50-51).

Para Fleury (1989), a análise da política de saúde na década de 1980 apresenta a seguinte centralidade: a politização da questão saúde, a alteração da norma constitucional e a mudança do arcabouço e das práticas institucionais.

Mas, apesar do SUS ter sido definido pela CF em 1988, só foi regulamentado em 19 de setembro de 1990, através da Lei Orgânica da Saúde (LOS), Lei nº 8.080, sendo complementado por mais uma LOS logo em seguida, a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

A LOS nº 8.080/90 “dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes”, iniciando a definição dos papéis institucionais de cada esfera governamental no plano da gestão, da estrutura e financiamento, além das regras de transferência de recursos entre os diferentes níveis de governo entendido como gestores do sistema em suas esferas de competência (BRASIL, 1990a).

A Lei 8.080/90 registra em seu artigo 2º que a “saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”, reforçando o objetivo de garanti-la, conforme determina a CF de 1988, e apresenta, a partir do artigo 4º, um título inteiro sobre o SUS, iniciado com a seguinte definição desse sistema:

Art. 4º - O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde - SUS.

§ 1º - Estão incluídas no disposto neste artigo as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para a saúde.

§ 2º - A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde - SUS, em caráter complementar (BRASIL, 1990a, p.2).

A LOS nº 8.142/90 “dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde”. Sua contribuição maior relaciona-se à criação da Conferência de Saúde e dos Conselhos de Saúde,

em todas as esferas de governo, com o objetivo de garantir a participação popular (BRASIL, 1990b).

Segundo Oliveira (2008), as Leis Orgânicas do SUS esboçam a definição de alguns princípios que passam a gerir o conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, a saber:

- A universalidade, que se define como o acesso às ações e serviços que devem ser garantidos a todos os cidadãos;
- A equidade, que é o princípio de justiça social e visa garantir a igualdade da assistência à saúde;
- A integralidade, significando considerar o ser humano como um todo, ou seja, devendo procurar atender a todas as necessidades na área de saúde (OLIVEIRA, 2008, p.26)

Define-se, ainda, algumas diretrizes constitucionais como:

- Hierarquização, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade;
- Participação popular, ou seja, a democratização em relação às decisões de determinados problemas a serem levantados e, por fim,
- Descentralização político-administrativa, envolvendo não apenas a transferência de recursos, mas também as responsabilidades, poder e recursos da esfera federal para a estadual e municipal (OLIVEIRA, 2008, p.26).

O princípio da universalidade ampliou para todos o direito à saúde, entendida como obrigação do Estado. O princípio da equidade exige dos serviços ofertados cuidados iguais frente a iguais necessidades de saúde. O conceito de equidade aponta para o enfrentamento das desigualdades sociais. O princípio da descentralização rompe com a tradição centralizadora da federação brasileira ao apontar para a municipalização das ações de saúde e, por fim, o princípio da participação social, que apresenta mecanismos de participação popular por meio dos Conselhos de Saúde e das Conferências de Saúde.

Observa-se que, somente a partir da Constituição de 1988, a saúde se tornou um direito universal, sendo posteriormente regulamentada pelas Leis 8.080/90 e 8.142/90, efetivando a criação do SUS, com os princípios básicos da universalidade de acesso, descentralização e participação social.

O SUS e seus princípios fundamentais constituem uma conquista do Movimento Sanitário e dos Movimentos Sociais, mas esse novo sistema de saúde não consegue superar as

contradições existentes entre ser a assistência em saúde um direito ou um favor, diante da precarização dos recursos, bem como da reduzida qualidade e quantidade de oferta dos serviços de saúde, além da burocratização e a ênfase na assistência curativa, possibilitando a mercantilização dos serviços que não sejam básicos de saúde. Ou seja, a lei registra a Saúde como “direito do cidadão e dever do Estado”, mas a fragilidade cotidiana da assistência em saúde evidencia um excesso de racionalização e focalização que coloca a população usuária na condição de pedinte ou de cliente de um plano de saúde (CORDEIRO, 2010, p.19).

A regulamentação do SUS, através de suas Leis Orgânicas de 1990, 8.080 e 8.142, prossegue sem muita clareza na definição das atribuições de cada esfera, das formas de transferência, que vão sendo supridas através das denominadas Normas Operacionais Básicas (NOB) do SUS, afinal, trata-se de organizar uma nova estrutura de atendimento em saúde.

No próximo tópico, avançaremos mais sobre a implantação do SUS a partir da apresentação das normas básicas criadas para a operacionalização desse sistema, seguidas de reflexão sobre o HumanizaSUS e o Pacto pela Saúde, sob o viés do processo de descentralização da Política de Saúde, processos que repercutem sobre o atendimento em Saúde Mental na atualidade.

1.2 Descentralização da Política de Saúde

1.2.1 A década de 1990 e as Normas Operacionais Básicas do SUS

Ainda que os avanços alcançados na saúde sejam inegáveis com a implantação do SUS, a década de 1990 se iniciou com importantes transformações societárias¹ que repercutiriam gravemente sobre as políticas sociais, em especial sobre a política de saúde. A partir deste período, verificou-se uma tendência ao desmonte dos direitos conquistados em Saúde, que passam a ser submetidos à lógica do ajuste fiscal, configurando-se uma lacuna entre o direito e a realidade.

¹ Por transformações societárias, segundo Neto (1996), pode-se compreender as grandes modificações ocorridas nas empresas e instituições em relação ao modo de produção do trabalho que migrado modelo fordista/keynesiano para o modelo de acumulação flexível, repercutindo mundialmente em todas as esferas de governo após as orientações do Consenso de Washington.

Deve-se ressaltar que, em pleno processo de efervescência da promulgação da Constituição de 1988 e das discussões críticas em torno de suas conquistas, o Brasil se tornou signatário do acordo firmado com organismos financeiros internacionais, com o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional (FMI), por meio das orientações do Consenso de Washington. No conjunto das orientações indicadas no Consenso, inspiradas pelo receituário neoliberal, que teve adoção em quase todos os países do mundo, na década de 1980, estão a indicação para a desestruturação dos sistemas de proteção social vinculados às estruturas estatais e a orientação para que os mesmos passassem a ser gestados pela iniciativa privada (COUTO, 2004, p.144-145).

Apesar da conquista obtida com a implantação do SUS e a garantia da saúde enquanto um direito do cidadão e obrigação do Estado, a sua implementação vem sendo marcada pelo enfrentamento de uma série de imposições adotadas, principalmente pelo modelo econômico vigente no país, a partir da década de 1990.

Na esteira dessas ações, a política de saúde seguiu a tendência das demais políticas, dando lugar ao descumprimento dos preceitos constitucionais relacionados ao desrespeito aos princípios básicos do SUS, aos problemas orçamentários e à prioridade da assistência médico-hospitalar, em prejuízo das ações de promoção e proteção. Ou seja, de modo controverso o Estado abriu mão de sua responsabilidade para com as políticas públicas, o que, para Matos (2000), estaria relacionado aos objetivos da Reforma do Estado, ao afirmarem que:

É a condução a um Estado fortalecido, com finanças recuperadas e uma administração gerencial e eficiente, com vistas a superar a chamada administração pública burocrática, tendo como componentes básicos: a delimitação das funções do Estado, a redução do grau de interferência do Estado, o aumento da governança e da governabilidade (MATOS, 2000, p.206).

Segundo Matos (2000), em documento do Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE) – nº 13, de 1998, especificamente no artigo de Bresser-Pereira (1998), consta uma proposta de reforma para o setor da saúde, dirigida para a assistência ambulatorial e hospitalar, apontada no documento como uma das partes fundamentais e mais caras do SUS, com a proposição de três ações, a saber:

- 1ª) Uma descentralização mais rápida e decisiva, com maior definição das atribuições e do poder de decisão das três esferas de governo, mantendo-se os estágios atuais: “centralizado”, “descentralização incipiente”, “descentralização parcial” e “descentralização semiplena”. (aspas do autor).
- 2ª) A montagem de um sistema integrado, hierarquizado e regionalizado, composto por dois subsistemas. O primeiro denominado subsistema de

entrada e controle, em que a porta de entrada seria os postos de saúde e o Programa Saúde da Família (PSF), responsáveis pela integralidade das ações, encaminhamentos para atendimento de casos de maior complexidade e de especialização para a rede ambulatorial e hospitalar, através de Autorização de Internação Hospitalar, que passaria a ser distribuída pelo número de habitantes e não mais por número de leitos. O segundo, intitulado subsistema de referência ambulatorial e especializada, seria formado pelas unidades de maior complexidade e especialização na rede ambulatorial e por hospitais credenciados. As unidades de emergência seriam as únicas a terem atendimento direto; em seguida o usuário deverá ser encaminhado ao distrito sanitário de sua área. Estima-se que 60% a 75% dos casos atualmente atendidos não sejam de emergência.

3^a) Montagem de um sistema de informações em saúde, gerenciado pelo SUS, através do DATASUS, que controlará despesas, avaliará qualidade, irá gerar indicadores para a vigilância epidemiológica e medir os resultados obtidos. Pretende-se que esses dados fiquem disponíveis em rede, possibilitando, assim, o controle da execução dos recursos (MATOS, 2000, p.208-209).

As proposições da Reforma Sanitária, acolhidas pela nova política de saúde instituída a partir da CF de 1988, foram questionadas e revertidas paulatinamente, na segunda metade dos anos 90, em favor do projeto de saúde articulado ao mercado ou privatista, pautado na política de ajuste e contenção de gastos com racionalização da oferta e descentralização com isenção de responsabilidade do poder central (CORDEIRO, 2010).

Segundo Ugá e Marques (2005), no processo de implementação do novo modelo de saúde, na década de 1990, travou-se um embate ideológico constituído pelo modelo focalista, de um lado, com a concentração de recursos públicos nos segmentos mais pobres da população; e pelo modelo universalista, de outro lado, ao defender o acesso aos bens públicos essenciais como um direito ao exercício de cidadania.

Para Bravo (1999), trata-se de dois projetos políticos convivendo sob tensão: o projeto de Reforma Sanitária e o Projeto de saúde articulada ao mercado ou Privatista.

- O projeto de reforma sanitária é fruto de mobilização dos profissionais de saúde e do movimento popular. Sua preocupação é assegurar que o Estado atue em função da sociedade (Estado democrático e de direito, responsável pelas políticas sociais).
- O projeto de saúde articulado ao mercado ou modelo médico-assistencial privatista está pautado na política de ajuste cujas principais tendências é a contenção de gastos com a racionalização da oferta. A tarefa do Estado consiste em garantir um mínimo aos que não podem pagar ficando para o setor privado o atendimento aos que tem acesso ao mercado. (caráter focalizado, ampliação da privatização, estímulo ao seguro privado, descentralização dos serviços em nível local). Tem como premissa concepções individualistas e fragmentadas da realidade, em contraposição às concepções coletivas e universais do projeto contra-

hegemônico. Como estratégias destacam-se a ênfase nas parcerias com a sociedade, responsabilizando a mesma para assumir os custos da crise, como também a refilantropização, ou seja, a desprofissionalização com a utilização de agentes comunitários e cuidadores para realizarem atividades profissionais (BRAVO, 1999, p.113).

O aspecto da universalização do direito, um dos fundamentos centrais do SUS, é o que tem provocado mais tensão e resistência por parte dos formuladores do projeto de saúde voltado para o mercado.

Conforme Bravo (2006) observa-se, na década de 1990, a desconstrução das propostas da Reforma Sanitária acolhidas pela CF e regulamentada pelo SUS:

- A proposta de Política de Saúde construída na década de 80 tem sido desconstruída.
- A Saúde fica vinculada ao mercado, enfatizando-se as parcerias com a sociedade civil, responsabilizando a mesma para assumir os custos da crise. A refilantropização é uma de suas manifestações com a utilização de agentes comunitários e cuidadores para realizarem atividades profissionais, com o objetivo de reduzir os custos.
- Com relação ao Sistema Único de Saúde, apesar das declarações oficiais de adesão a ele, verificou-se o descumprimento dos dispositivos constitucionais e legais e uma omissão do governo federal na regulamentação e fiscalização das ações de saúde em geral (BRAVO, 2006, p.100).

A tendência atual, de acordo com Cordeiro (2010), é de focalização do acesso à Política de Saúde, rompendo com os preceitos constitucionais garantidos na esfera da Seguridade Social como um todo: Assistência Social, Previdência e Saúde, o que contradiz o princípio da universalidade dos direitos. Em contraposição a essa focalização, observa-se uma ampliação da Política de Assistência Social, que auxilia no processo de contenção dos gastos com a saúde, por um lado, mas, por outro, reforça o tradicional clientelismo político.

Embora em um contexto de crise econômica, a democratização dos anos de 1980 favoreceu ao debate político na área da saúde, refletindo em avanços constitucionais em 1988 e em mudanças objetivas no sistema de saúde. Mas, nos anos de 1990, a concretização dos princípios do SUS sofreu contínua pressão do Estado no sentido de minimizar os gastos com políticas sociais, conforme propunha o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional (FMI) (COUTO, 2004).

No cenário da década de 1990, observam-se avanços e grandes dificuldades para a consolidação do SUS, mas resgatamos os princípios, valores e objetivos presentes na CF de

1988 e nas Leis Orgânicas do SUS, para ir adiante e discutir as Normas Operacionais do SUS (NOB-SUS) junto à descentralização da política de saúde, tendo em vista as considerações apresentadas por Matos (2000) sobre a evolução das propostas de Bresser-Pereira (1995), quando se encontrava à frente do MARE.

O processo organizativo do SUS, iniciado a partir da CF de 1988 e das Leis Orgânicas de Saúde nº 8.080/90 e 8.142/90, foi mais bem definido através de suas Normas Operacionais Básicas (NOB) para operacionalização da saúde como uma política de governo: NOB-SUS/91, NOB-SUS/92, NOB-SUS/93, NOB-SUS/96 e NOAS SUS/02.

A NOB-SUS/91 (BRASIL, 1991) criou o Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS), o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS), definiu a forma de repasse de recursos para serviços públicos e privados por produção de serviços, estimulou a municipalização, incentivando o investimento na rede local, além de reforçar a criação de Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde (CES e CMS).

Essa NOB não implantou o caráter automático das transferências intergovernamentais, ferindo o princípio de descentralização do sistema e indo de encontro ao próprio processo da Reforma Sanitária e também da Lei Orgânica da Saúde, que estabelece a regularidade de repasse e transferência automática, condição para o processo de descentralização. Com a NOB/91, a atenção à saúde ficou reduzida a prestação de ações médicos-assistenciais, desconsiderando as ações coletivas (GERSCHMAN, 2004).

A NOB-SUS/91 foi duramente criticada pelo seu caráter centralizador, pois o nível federal mantinha a capacidade de indução e controle das ações. A forma de repasse feria a autonomia gestora dos municípios, que eram impedidos de direcionar o modelo assistencial e se adequar às necessidades locais (COTRIM, 2006).

A NOB-SUS/92 criou o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e normatizou o Fundo Estadual de Saúde.

A NOB-SUS/92 (BRASIL, 1992a), sob a pressão das forças reformistas e frente às denúncias de irregularidades do Ministério da Saúde, foi editada adotando critérios populacionais para repasse de recursos, ou seja, os valores a serem transferidos passaram a ser proporcionais ao quantitativo populacional do município, agregando mais valor ao repasse automático para os municípios que cumprissem as exigências (GERSCHMAN, 2001).

Essa NOB resgatou o processo de descentralização do SUS, mas uma descentralização lenta e gradual. A alteração verificada em relação à anterior foi o estabelecimento de tetos financeiros para cobertura hospitalar que, além de possibilitar a transferência direta fundo a fundo, permitiu maior transparência na distribuição de recursos (UGÁ; MARQUES, 2005).

Nesse momento, os atores que articulavam junto ao governo em favor da iniciativa privada para impedirem a implementação da Reforma Sanitária, impulsionaram as forças de oposição ao governo a deslocar a arena de luta do nível central para o municipal, que se tornaram espaços privilegiados das forças reformistas (GERCHMAN, 2004).

Observa-se, nesse período, uma pressão das forças reformistas sobre o governo para a convocação da IX Conferência Nacional de Saúde (CNS), prevista na Lei Orgânica nº 8.142/1990, que se realizou em 1992. O movimento social em saúde definiu dois eixos como estratégia política para essa conferência: garantir a sua realização e garantir o processo de descentralização da política de saúde.

Durante a IX CNS, a descentralização da política de saúde foi associada à municipalização e amplamente discutida sob o tema: “Municipalização é o caminho”, com ampla participação das autoridades ligadas ao setor saúde. Essa conferência foi realizada em um contexto de indignação que afetou o Brasil diante das transgressões éticas e morais vinculadas ao governo do presidente da república Collor de Mello. No período de organização da IX conferência, o ministro da saúde Alcenir Guerra foi substituído por Adib Jatene, sob acusação de corrupção e o novo ministro se comprometeu a dar continuidade à conferência, onde foi também discutida a questão do financiamento, frente à necessidade de garantia de aumento de recursos destinados à saúde (UGÁ; MARQUES, 2005).

Nessa conferência, os secretários municipais constituíram o grupo de maior estruturação e articulação política, colocando a municipalização como uma temática central nas discussões. O documento elaborado pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais (CONASEMS) ressaltou a questão do financiamento, da gestão do SUS e do pleno exercício do controle social como condicionantes fundamentais para a continuidade do processo de municipalização, além de registrar que a municipalização não se limita à execução de serviços de saúde. Os municípios, portanto, não poderiam ser vistos como meros prestadores de serviços e sim como entes com plena autonomia na definição das ações e formas de operacionalização das mesmas (GERSCHMAN, 2004).

A IX Conferência garantiu a continuidade do processo de municipalização da política de saúde, mas não avançou em relação à operacionalização da reforma no quesito definição de responsabilidades dos estados e da federação na implementação da política. Era necessária uma definição de modalidades de intervenção que garantisse o orçamento para a saúde e uma forma de pagamento e repasse ágil dos recursos para estados e municípios. Mas, segundo Santos e Andrade (2007), em 1992, as condições políticas para uma nova condução do SUS estavam dadas: existia uma expectativa de avanço democrático diante do *impeachment* do presidente Collor e um grupo de especialistas ligados ao Movimento Sanitário estava ocupando cargos de relevância no Ministério da Saúde, inclusive na presidência do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS).

O processo de descentralização na saúde iniciou-se, enfim, sob as pressões exercidas na IX CNS, a saída do governo Collor e a extinção do INAMPS, em abril de 1993 (Decreto Lei nº 808). O Ministério da Saúde passou a ter amplos poderes para a descentralização das ações de saúde e administração dos recursos orçamentário-financeiros, patrimoniais e humanos alocados ao SUS, o que foi motivo de insatisfação para representantes políticos de partidos conservadores e, principalmente, representantes de hospitais privados (GERSCHMAN, 2004).

O esforço de descentralização prosseguiu com a NOB-SUS/93. Essa NOB Foi a primeira a ser editada pelo Ministério da Saúde sem a participação do INAMPS, reforçando a descentralização municipal de forma progressiva e gradual, sendo um referencial da implementação do SUS no país.

A NOB-SUS/93 (BRASIL, 1993) sistematizou o processo de descentralização da gestão do sistema e serviços, assegurando aos Estados e Municípios um período de transição, ao estabelecer diferentes níveis de responsabilidades para os mesmos e para a própria esfera federal. Estabeleceu a Gestão Incipiente, Parcial e Semiplena para os municípios, com a criação de instâncias de negociações: a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), na esfera federal, e a Comissão Intergestores Bipartite (CIB), na esfera estadual, como espaços de gestão colegiada entre os gestores das três esferas de governo.

Com essa Norma, os municípios enquadrados na gestão semiplena tiveram maior governabilidade sobre os recursos e a administração da política de saúde, pois os demais permaneceram sob a gestão do Estado de vinculação, enquadrados na gestão incipiente ou parcial. Sob a gestão semiplena, os municípios assumiram a responsabilidade total sobre a

gestão da prestação de serviços, o gerenciamento sobre toda a rede pública em seu território (exceto da rede estadual e federal), além do recebimento mensal do total de recursos financeiros para custeio de procedimentos ambulatoriais e hospitalares (SOUZA, 2005). Além disso, ficou garantido o repasse direto e automático de recursos fundo a fundo e o controle social sobre o processo.

A NOB-SUS/96 (BRASIL, 1996) introduziu a ideia de SUS municipal, definindo a diferença conceitual entre “gerência” e “gestão” da seguinte forma: gerência é “a administração de uma unidade ou órgão de saúde (ambulatório, hospital, instituto, fundação, etc.), que se caracteriza como prestador de serviços ao sistema”; enquanto gestão é “a atividade e a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde (municipal, estadual ou nacional), mediante o exercício de funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria”.

Além disso, a NOB-SUS/96 modificou as condições de Gestão do SUS para Estados e Municípios, que passaram a poder se habilitar na Gestão Plena da Atenção Básica de Saúde ou na Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde; criou incentivos por programas, especialmente para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF), atualmente Estratégia de Saúde da Família (ESF), além de ações e serviços, com repasse automático de recursos para custeio, de acordo com a renda *per capita* nacional aplicada à população de cada município.

A NOB-SUS/96 criou também a figura dos consórcios intermunicipais, a partir da compreensão de que os sistemas municipais de saúde apresentam níveis diferentes de complexidade, sendo comum estabelecimentos ou órgãos de saúde de um município atenderem usuários encaminhados por outro. As negociações destas referências são efetivadas, exclusivamente, entre os gestores municipais.

Essa NOB definiu a Programação Pactuada Integrada (PPI), como instrumento de gestão para as três esferas de governo. A PPI permite monitorar e avaliar as atividades assistenciais ambulatoriais e hospitalares, as ações da vigilância sanitária e epidemiológica e do controle e erradicação das doenças, apontando para um novo modelo de atenção com ênfase na promoção da saúde e na atenção básica (UGÁ; MARQUES, 2005).

A PPI ampliou a possibilidade de assistência nos níveis de maior complexidade, incentivou gestores a pactuar novos acordos para ampliar o acesso a procedimentos assistenciais, estimulando a reorganização e hierarquização do sistema de serviços de saúde

sob a coordenação do estado e ainda possibilitou o fortalecimento das CIBs como instância de pactuação entre gestores (COTRIM, 2006).

Essa Norma criou um conjunto de instrumentos indutores de modelo assistencial que garantiu mudanças no sistema de transferência intergovernamental, através de duas fontes de recursos: o Piso da Atenção Básica (PAB), que permite repasse para dois fins: a) custeio de procedimentos de atenção básica com valor *per capita* (PABfixo); b) incentivo para implementação de programas e ações específicas (PAB-variável). Porém, o financiamento para procedimentos de média e alta complexidade, medicamentos e insumos seguiu a estrutura tradicional de repasse por produção de serviços, exceto para municípios com opção pela gestão plena do sistema, em que o repasse seria feito fundo a fundo.

É importante ressaltar que a NOB-SUS/96 previu estratégias para a efetivação de uma reorganização do sistema a partir da priorização da atenção básica de saúde. A grande novidade para os municípios foi a introdução do “Piso da Atenção Básica” (PAB), pois este representou um mecanismo de remuneração *per capita* por ano para os serviços de saúde. Com o PAB, os municípios passaram a receber repasse financeiro para executar ou gerenciar as ações da atenção básica.

Para ter direito ao PAB, os municípios teriam que optar entre duas formas de gestão, habilitando-se na gestão plena da atenção básica ou na gestão plena do sistema. Ou seja, os municípios não habilitados em nenhuma das duas condições estariam fora da condição de credenciados do SUS. Nesse caso, o PAB desses municípios seria gerido pelo governo do estado e o Ministério da Saúde efetuaria o pagamento direto aos prestadores estatais e privados, contratados ou conveniados (MENDES, 2005).

As ferramentas instituídas com as NOBs levaram Mendes (2005, p.80) a afirmar que a organização do SUS não foi orientada pelos artigos da CF de 1988 nem pelas leis que o regulamentam (Lei 8.080 e 8.142), mas pela lógica de transferência de recurso da União para estados e municípios, através de Portarias Ministeriais.

Ao optar pela Gestão Plena da Atenção Básica, o município passa a ser responsável pela Atenção Primária à saúde e utilizando-se de suas unidades próprias ou contratadas, responsabiliza-se por ações de caráter coletivo e/ou individuais nas especialidades de clínica médica, ginecologia/obstetrícia, pediatria e pequenas cirurgias ambulatoriais (COTRIM, 2006).

Essa opção exige que o município comprove o seguinte: a) capacidade de desenvolver ações de Vigilância Sanitária e Epidemiológica; b) capacidade administrativa para contratação, pagamento, controle e auditoria dos serviços sob sua gestão; c) a operação do Fundo Municipal de Saúde; d) o funcionamento do Conselho Municipal de Saúde; e) existência do Plano Municipal de Saúde; f) elaboração de relatório de gestão para efeito de auditoria que contenha os balancetes do Fundo de Saúde e dados sobre gastos fiscais próprios destinados à saúde (COTRIM, 2006).

Em relação ao funcionamento do Conselho Municipal de Saúde, ressalta-se que estes representam mecanismo de controle social e a instituição de um sistema de gestão compartilhada. Os conselhos têm a atribuição de aprovar ou não os projetos e os Planos de Saúde Anual em cada esfera de governo e possuem caráter deliberativo, podendo fiscalizar, acompanhar e avaliar a gestão do sistema de saúde em cada âmbito federativo.

O artigo 4º da Lei nº 8.142/90, ao definir os requisitos para o recebimento dos recursos provenientes do Fundo Nacional de Saúde, estabelece que Estados, Municípios e Distrito Federal elaborem um Plano de Saúde, com a participação efetiva do Conselho de Saúde, junto e um Relatório Anual de Gestão (RAG), descrevendo e avaliando as ações de saúde desenvolvidas no período, também aprovadas pela instância de controle social.

A partir do quadro epidemiológico regional e baseando-se em uma análise da situação de saúde na localidade, o município elabora o Plano de Saúde como um instrumento de apresentação das intenções e resultados a serem perseguidos em um período de quatro anos, expressos através de objetivos, diretrizes e metas. Esse Plano de Saúde conterá as prioridades registradas como compromisso de uma determinada esfera de gestão, sendo base para a posterior execução, acompanhamento e avaliação da gestão do sistema.

O Relatório Anual de Gestão apresenta os resultados alcançados na execução das ações planejadas, avaliando o que foi realizado e o que não foi. O relatório de gestão serve de instrumento para avaliação do desenvolvimento do Plano de Saúde, registrando as ações obtidas, os obstáculos que dificultaram o trabalho, bem como as medidas necessárias para a efetivação do trabalho (BRASIL, 2006a).

Esses instrumentos de gestão estão previstos na Lei nº 8.080/90 como condição para o repasse financeiro fundo a fundo, ou seja, a lei que regulamenta o SUS atribui às esferas de gestão a responsabilidade de elaborar o planejamento ao mesmo tempo em que condiciona os instrumentos de gestão ao repasse financeiro.

Observa-se, assim, uma grande consonância entre as propostas de reforma do Estado para o setor saúde e o novo sistema de saúde que vem sendo organizado a partir da CF de 1988, do SUS e das NOBs. A preocupação constante com a descentralização da saúde se reflete em um aprimoramento dos instrumentos de gestão (objetos de grande parte do arcabouço legal do SUS), seja para indicar processos e métodos de formulação, seja como requisito para fins de repasse financeiro, mas sempre atrelado à manutenção do poder central à medida que impõe condições para o repasse. Ou seja, o elevado grau de organização aponta para o desenvolvimento de um processo planejado de descentralização da saúde para os municípios.

Apesar de todas as dificuldades em avançar com a proposta de saúde baseada na Reforma Sanitária, o SUS compreende a mais importante e avançada política social em curso no país. Seu caráter público, universal, igualitário e participativo é exemplo, em tempos de desmonte do setor público, de uma proposta democrática e popular de reforma do Estado (PALMA; GOUVEIA, 2003 *apud* CORDEIRO, 2010, p.10).

Sob muitos embates, no final da década de 1990, a maior parte dos municípios brasileiros encaixava-se em algumas das condições de gestão prevista pela NOB/96, o que significa que os municípios assumiram as funções de gestão da oferta local de serviços de saúde, antes desempenhadas pela União (ARRETCHE, 2002).

Para Arretche (2000), a existência de uma estratégia de indução eficientemente desenhada e implementada foi decisiva para os resultados da descentralização da saúde. O governo federal dispôs de meios para formular e implementar os programas de descentralização, cujo formato atraiu fortemente as administrações locais para assumirem as atribuições de gestão.

Conforme Wagner (2006), houve de fato um movimento real de descentralização no SUS, ainda que incompleto, mas a delegação de responsabilidades, para esse autor, tem sido maior que a de poder. Segundo ele, os “estados e municípios passaram a gerir praticamente toda a rede de serviços do SUS”, principalmente em relação à Atenção Básica. A atenção de média complexidade ficou com os Estados e a de alta complexidade com a União.

Em relação à Atenção Básica, Wagner (2006) afirma que a municipalização é quase total: 97,6% das unidades básicas encontram-se sob o comando municipal. Quanto ao atendimento secundário, o município assumiu boa parte desses serviços: 60% dos ambulatorios, centros de referência e serviço de urgência e de apoio diagnóstico. No que se

refere às unidades de internação, 56,12% encontram-se sob administração das Secretarias de Estado da Saúde. Para esse autor, os dados demonstram, na realidade, a “descentralização da responsabilidade pela execução da Assistência à Saúde, evidenciando uma municipalização quase total da atenção primária e uma divisão de responsabilidades com os Estados no que se trata de atendimento especializado ou hospitalar” (WAGNER, 2006 *apud* OLIVEIRA, 2009, p.66).

Quanto à União, a esta coube, além da atenção de alta complexidade para toda a população brasileira, a normatização e coordenação do SUS, junto ao apoio técnico e financeiro a Estados e municípios (ABRUCIO, 2006).

Até a NOB-SUS/96, observa-se claramente que a descentralização da Política de Saúde brasileira desenvolveu-se com a municipalização da Atenção Básica, mas sem a descentralização da provisão e da gestão dos serviços hospitalares. Para Arretche e Marques (2007), a provisão pública de serviços hospitalares no Brasil, historicamente dependeu da rede privada. Conforme esses autores, não estiveram entre os objetivos da descentralização da Política de Saúde brasileira estatizar a produção de serviços hospitalares.

Assim, a principal questão estratégica da descentralização não se relaciona à municipalização da rede hospitalar ou da provisão de serviços hospitalares, mas a municipalização da autoridade para gerir a rede hospitalar (OLIVEIRA, 2009).

Segundo Abrucio (2006), o sistema de saúde brasileiro adquiriu um desenho muito peculiar. Cada esfera de governo teve sua função de gestão determinada, apresentando diferentes papéis em relação à autoridade sanitária. O governo federal coordena o SUS, além de garantir parte do seu financiamento, com o repasse automático para custeio e novos investimentos. O Ministério da Saúde como representante do governo central coordena e financia o sistema, encarregando-se de algumas ações de apoio a Estados e Municípios, tais como produção de medicamentos e insumos estratégicos, desenvolvimento de recursos humanos, regulação da vigilância sanitária e epidemiológica. Além de auxílio financeiro, oferece apoio técnico a todos os entes federados, definindo as funções e coordenando as ações mais gerais, bem como avaliando as políticas de cunho nacional.

Isso impulsionou Estados e Municípios a investirem em suas estruturas administrativas e em seus mecanismos democráticos (ABRUCIO, 2006). Os gestores estaduais responsabilizaram-se, através das Secretarias Estaduais de Saúde, de coordenarem os sistemas de saúde do estado, assim como o processo de regionalização da atenção, além de garantir o

Fundo Estadual de Saúde. As Secretarias Municipais de Saúde incumbiram-se de coordenar o sistema local em todo o seu território, encarregando-se da gestão da rede de serviços (WAGNER, 2006).

Embora fosse possível constatar as inovações da NOB-SUS/ 96, o financiamento da saúde ainda se apresentava como um dos principais obstáculos para a consolidação e o fortalecimento de uma gestão descentralizada.

Para avançar, o Ministro Adib Jatene elaborou a proposta de criação de um imposto específico voltado para a saúde, o Imposto Provisório sobre Movimentação Financeira (IPMF, posteriormente, CPMF) e a Emenda Constitucional nº 29 (EC 29), de outubro de 2000, com a proposta de repasse de recursos para o setor saúde das três esferas de governo². Num esforço para garantia da CPMF, Adib Jatene manteve aliança no Congresso, juntamente com o Movimento Sanitário; mesmo assim, os ministros da Economia e do Planejamento cortaram os recursos do Ministério da Saúde no Orçamento Federal, ficando o recurso da CPMF, vigorando entre 1997 e 2007, como substituto das receitas orçamentárias anteriores à aprovação da contribuição provisória (UGÁ; MARQUES, 2005).

O Ministério da Saúde editou a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS-SUS) em fevereiro de 2001 (BRASIL, 2001a), com a finalidade de promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações de saúde em todos os níveis de atenção; “regulamentou a estruturação do processo de regionalização e hierarquização do sistema de saúde, ou seja, a distribuição regional da assistência de alta e média complexidade”, conforme esclarece Oliveira (2009, p.68).

A NOAS-SUS/2001 objetivava o preenchimento das lacunas da NOB-SUS/96 no tocante à área assistencial. O processo de regionalização da assistência à saúde tinha como objetivo aprofundar a descentralização, através da distribuição de recursos e de serviços por regiões de saúde e da definição de responsabilidades de cada nível de governo, na garantia de acesso da população referenciada. Com a NOAS, segundo Ugá e Marques (2005), o governo aumentou aos poucos o repasse de recursos para procedimentos de média e alta complexidade, mas não manteve a mesma proporção no repasse destinado à atenção básica.

² A EC 29 foi regulamentada através da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, e reserva à União, a aplicação anual em ações e serviços públicos de saúde do montante empenhado no exercício financeiro anterior, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação do PIB do ano anterior à lei orçamentária anual; os Estados e DF aplicarão, no mínimo, 12% da arrecadação dos impostos a que tem direito previstos na CF; e os municípios aplicarão, no mínimo, 15 % da arrecadação dos impostos previstos na CF (BRASIL, 2012a).

As políticas de saúde implementadas pelos governos estaduais e locais dependem cada vez mais dos recursos federais e de regras definidas pelo Ministério da Saúde. O principal formulador da política nacional de saúde tem sido o poder executivo. E o principal instrumento de coordenação do poder executivo para tal, tem sido a emissão de Portarias Ministeriais. A maior parte dessas portarias condiciona as transferências federais à adesão de estados e municípios aos objetivos da política federal, o que aumenta a capacidade do governo federal de coordenar as ações dos governos nas esferas estaduais e municipais (ARRETCHE, 2004; WAGNER, 2006).

Consequentemente, o governo federal mantém o controle dos recursos e dos processos, transferindo responsabilidades através das funções de gestão, coordenação e gerência, o que Arretche (2000, p. 245) chama de “desenho de programa de descentralização que diz respeito ao conjunto da regulamentação proposta para a transferência de funções”.

A partir dessa explanação básica, é possível compreender não só o processo de implantação do SUS e da assistência em Saúde no município, como também o papel das NOBs e, sobretudo, acompanhar o processo de descentralização da política de saúde, ao tempo em que se observa o aprimoramento da Gestão.

Para avançar com a Política de Saúde, aprimorando a implementação das ações propostas pelas NOBs, foi lançada, em 2003, a Política Nacional de Humanização (PNH) e de Gestão do SUS, o HumanizaSUS, que será apresentada e discutida no próximo subitem como um conjunto de práticas em Saúde e SM, capaz de proporcionar o envolvimento de todos os partícipes no processo de Gestão da Saúde e SM na localidade (BRASIL, 2004a).

1.2.2 Política Nacional de Humanização: o HumanizaSUS

Em um país com profundas desigualdades socioeconômicas, “o acesso aos serviços e aos bens de saúde com consequente responsabilização de acompanhamento das necessidades de cada usuário permanece com graves lacunas” (BRASIL, 2004a, p.7).

O governo federal, através do Ministério da Saúde, criou o SUS, que se constitui em uma política pública de saúde visando à integralidade, à universalidade, ao aumento da equidade e à incorporação de novas tecnologias e especialização dos saberes. Mas, apesar dos avanços acumulados no que se refere aos princípios que o norteiam e à descentralização da

atenção e da gestão, após a implementação das propostas das NOBs, o SUS ainda apresenta, conforme consta do Documento Base do HumanizaSUS:

- Fragmentação do processo de trabalho e das relações entre os diferentes profissionais;
- Fragmentação da rede assistencial dificultando a complementaridade entre a rede básica e o sistema de referência;
- Precária interação nas equipes e despreparo para lidar com a dimensão subjetiva nas práticas de atenção;
- Sistema público de saúde burocratizado e verticalizado;
- Baixo investimento na qualificação dos trabalhadores, especialmente no que se refere à gestão participativa e ao trabalho em equipe;
- Poucos dispositivos de fomento à co-gestão e à valorização e inclusão dos gestores, trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde;
- Desrespeito aos direitos dos usuários;
- Formação dos profissionais de saúde distante do debate e da formulação da política pública de saúde;
- Controle social frágil dos processos de atenção e gestão do SUS;
- Modelo de atenção centrado na relação queixa-conduta (BRASIL, 2004a, p.11-12)

A PNH busca, através do que denomina HumanizaSUS (BRASIL, 2004a), colocar em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, produzindo mudanças nos modos de gerir e de cuidar. Ela estimula a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários para construir processos coletivos de enfrentamento às relações de poder, trabalho e afeto que muitas vezes produzem atitudes e práticas desumanizadoras, inibidoras da autonomia e da co-responsabilidade dos profissionais de saúde e dos usuários no cuidado de si mesmo.

Trata-se de uma política vinculada à Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, no Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas (DAPES), que conta com um núcleo técnico sediado em Brasília – DF e equipes regionais de apoiadores que se articulam às secretarias estaduais e municipais de saúde. A partir desta articulação se constroem, de forma compartilhada, planos de ação para promover e disseminar inovações em saúde.

A partir da concepção de humanização como “a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores” (BRASIL, 2004a, p.8), a humanização é apontada nessa política como a solução para os problemas do SUS em todo o país.

Conforme o referido documento, “os valores que norteiam esta política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a co-responsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão” (BRASIL, 2004a, p. 8). Esses valores convergiram para o processo de humanização, acolhimento e participação como elementos basilares para as mudanças ou melhorias no atendimento em saúde em todas as esferas de governos e nos diversos espaços de trabalho de saúde. Entretanto, o difícil é transformar esses conceitos em prática em um cotidiano de trabalho tão precário.

Por Humanização compreende-se também:

No Campo da saúde, humanização diz respeito a uma aposta ético-estético-política: ética porque implica a atitude de usuários, gestores e trabalhadores de saúde comprometidos e co-responsáveis; estética porque acarreta um processo criativo e sensível de produção da saúde e de subjetividades autônomas e protagonistas; política porque se refere à organização social e institucional das práticas de atenção e gestão na rede SUS. O compromisso ético-estético-político da humanização do SUS se assenta nos valores de autonomia e protagonismo dos sujeitos, de co-responsabilidade entre eles, de solidariedade dos vínculos estabelecidos, dos direitos dos usuários e da participação coletiva no processo de gestão (BRASIL, 2009, p.184).

O conceito de acolhimento destaca a construção de redes de conversação como estratégia de produção de corresponsabilização, vínculo e resolutividade no cuidado.

O acolhimento humanizado corresponde a um conceito que tem sido muito valorizado no trabalho em saúde e SM, principalmente por envolver o respeito a todos os aspectos da vida do ser humano em sociedade. Ele possibilita a criação de vínculo afetivo capaz de produzir uma assistência e atendimento com mais qualidade numa realidade tão sofrida e estigmatizada como a do CAPS. Essas ideias compõem o conceito de Humanização de Deslandes (2004).

Importante lembrar que o processo de humanização, acolhimento, produção de corresponsabilização, vínculo e resolutividade no cuidado em saúde compreendem conceitos e ações muito ressaltadas no Movimento pela Reforma Psiquiátrica, como valores para se avançar e promover as mudanças no modelo de atenção e de gestão em SM, ora em vigor. Representam, assim, respeito aos usuários da saúde e da SM, junto aos seus familiares, além de respeito aos seus trabalhadores, com valorização dos Direitos Humanos, que segue norteando a atual proposta legal, em fase de implementação.

O HumanizaSUS se traduz, assim, em princípios, diretrizes e dispositivos da PNH, a nortear o cotidiano das ações nos espaços de Saúde e SM na municipalidade. Nesse sentido, foi criado para permitir uma maior participação de trabalhadores, usuários e gestores na produção e gestão do cuidado e dos processos de trabalho em saúde. A intenção é de que a comunicação entre esses atores provoque movimentos de perturbação e inquietação, o que é considerado pela PNH como o motor de mudanças que também precisam ser incluídas como recurso para a produção de saúde.

Os princípios norteadores da política de humanização são:

- Valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão no SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito às questões de gênero, etnia, raça, orientação sexual e às populações específicas (índios, quilombolas, ribeirinhos, assentados, etc.);
- Fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, fomentando a transversalidade e a grupalidade;
- Apoio à construção de redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a produção de saúde e com a produção de sujeitos;
- Construção de autonomia e protagonismo dos sujeitos e coletivos implicados na rede do SUS;
- Co-responsabilidade desses sujeitos nos processos de gestão e atenção;
- Fortalecimento do controle social com caráter participativo em todas as instâncias gestoras do SUS;
- Compromisso com a democratização das relações de trabalho e valorização dos profissionais de saúde, estimulando processos de educação permanente (BRASIL, 2004a, p.15).

A transversalidade e a indissociabilidade entre atenção e gestão também estão entre os princípios do HumanizaSUS, que aposta na inclusão de trabalhadores, usuários e gestores na produção e gestão do cuidado e dos processos de trabalho em saúde.

A transversalidade compreende a presença da PNH e inserção de seus valores em todas as políticas e programas do SUS; transforma as relações de trabalho a partir da ampliação do grau de contato e de comunicação entre as pessoas e grupos, tirando-os do isolamento e das relações de poder hierarquizadas; fortalece o trabalho em equipe multiprofissional e o apoio à construção de redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a produção de saúde e com a produção de sujeitos autônomos. Transversalizar é reconhecer que as diferentes especialidades e práticas de saúde podem conversar com a experiência daquele que é assistido e, juntos, esses saberes podem produzir saúde de forma mais co-responsável.

O princípio da indissociabilidade entre atenção e gestão relaciona-se à percepção de que as decisões da gestão interferem diretamente na atenção à saúde. Por isso, trabalhadores e usuários precisam buscar conhecer como funciona a gestão dos serviços e da rede de saúde, assim como participar ativamente do processo de tomada de decisão nas organizações de saúde e nas ações de saúde coletiva. Ao mesmo tempo, o cuidado e a assistência em saúde não se restringem às responsabilidades da equipe de saúde: o usuário e sua rede sócio-familiar também se corresponsabilizam pelo cuidado de si nos tratamentos, assumindo posição protagonista com relação a sua saúde e daqueles que lhes são caros.

Nesse sentido, a PNH atua a partir de orientações clínicas, éticas e políticas que se traduzem em determinados arranjos de trabalho, envolvendo conceitos como: Acolhimento, Gestão Participativa e Co-gestão, Ambiência, Clínica Ampliada e Compartilhada, Valorização do Trabalhador e Defesa dos Direitos dos Usuários (BRASIL, 2004a, p.24-25).

As diretrizes do HumanizaSUS compreendem:

Ampliar o diálogo entre os profissionais, entre profissionais e população, entre profissionais e administração, promovendo a gestão participativa; implantar, estimular e fortalecer Grupos de Trabalho de Humanização com plano de trabalho definido; estimular práticas resolutivas, racionalizar e adequar o uso de medicamentos, eliminando ações intervencionistas desnecessárias; reforçar o conceito de clínica ampliada: compromisso com o sujeito e seu coletivo, estímulo a diferentes práticas terapêuticas e corresponsabilidade de gestores, trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde; sensibilizar as equipes de saúde ao problema da violência intra-familiar (criança, mulher e idoso) e à questão dos preconceitos (sexual, racial, religioso e outros) na hora da recepção e dos encaminhamentos; adequar os serviços ao ambiente e à cultura local, respeitando a privacidade e promovendo a ambiência acolhedora e confortável; viabilizar participação dos trabalhadores nas unidades de saúde através de colegiados gestores; implementar sistema de comunicação e informação que promova o auto-desenvolvimento e amplie o compromisso social dos trabalhadores de saúde; promover ações de incentivo e valorização da jornada integral ao SUS, do trabalho em equipe e da participação em processos de educação permanente que qualifiquem sua ação e sua inserção na rede SUS (BRASIL, 2004a, p.24-25).

Além disso, foram definidos parâmetros para acompanhamento da implementação dessa política na Atenção Básica, na Urgência e Emergência, nos Pronto-Socorros, Pronto-Atendimentos, Assistência Pré-Hospitalar e outros, na Atenção Especializada, na Atenção Hospitalar e incremento de ouvidoria em saúde (BRASIL, 2004a).

Assim, a proposta de operacionalização do processo de humanização do SUS envolve: troca e construção de saberes; trabalho em rede com equipes multiprofissionais; identificação

das necessidades, desejos e interesses dos diferentes sujeitos da área da saúde; um pacto entre os diferentes níveis de gestão do SUS (federal, estadual e municipal), entre as diferentes instâncias de efetivação das políticas públicas de saúde (instâncias da gestão e da atenção), e entre gestores, trabalhadores e usuários desta rede; o resgate dos fundamentos básicos que norteiam as práticas de saúde no SUS, reconhecendo os gestores, trabalhadores e usuários como sujeitos ativos e protagonistas das ações de saúde; a construção de redes solidárias e interativas, participativas e protagonistas do SUS (BRASIL, 2004a, p.13-14).

Mas o HumanizaSUS, com todo o seu aparato, não foi o bastante para empolgar e promover as mudanças efetivas no cotidiano em saúde. A transversalidade, a indissociabilidade entre atenção e gestão e o protagonismo, a co-responsabilidade e autonomia dos sujeitos coletivos que participam de discussões espontâneas entre trabalhadores, gestores e usuários na busca de soluções conjuntas, ainda não contagiaram os profissionais em seus espaços de saúde, que se encontram, em sua maioria, em ambientes sucateados e longe de oferecer condições para a implementação dessa proposta, aumentando a desesperança quanto a inovações.

1.2.3. O Pacto pela Saúde

No decorrer de sua vigência, o SUS tem apresentado muitos desafios a serem superados. Isso vem exigindo de seus gestores, um movimento contínuo de modificações, que tem se efetivado através de normas operacionais. Entretanto, esse modelo está se apresentando esgotado, “pelas dificuldades de se imporem normas gerais a um país tão grande e desigual; e, pela sua fixação em conteúdos normativos de caráter técnico-processual, tratados, em geral, com detalhamento excessivo e enorme complexidade” (BRASIL, 2006b). O próprio Ministério da Saúde reconhece isso.

Na perspectiva de superar as dificuldades quanto ao aprimoramento do SUS e à implementação das ações propostas pelas NOBs e pelo HumanizaSUS e imprimir qualificação às ações executadas no cotidiano dos diversos espaços de saúde, os gestores do SUS estão assumindo um novo compromisso público: o de construção do Pacto pela Saúde, assinado pelos três entes federados e publicado em 22/02/2006.

Com ênfase nas necessidades de saúde da população circunscrita em uma determinada territorialidade e pactuada entre municípios, o Pacto pela Saúde implica a definição de

prioridades articuladas e integradas através de seus três componentes básicos denominados Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS (BRASIL, 2006b).

O Pacto pela Saúde levou municípios e Estados a substituírem suas habilitações anteriores, previstas na NOB-SUS/96 e NOAS-SUS/2001, a qual definia responsabilidades de acordo com o nível de gestão. Com esse Pacto, eles aderiram de forma solidária o Termo de Compromisso de Gestão, passando a ser totalmente responsáveis pela integralidade das ações, ora garantidas em pactuação solidária entre estados e municípios.

No Termo de Compromisso de Gestão, gestores de saúde de municípios e estados definem as ações que realizam e as que não realizam, estipulando prazos para fazê-las, além de também pactuarem recursos para viabilizá-las. Nesse termo, o gestor de saúde do município assume total responsabilidade com a Atenção Básica em Saúde, considerada de baixa ou simples complexidade tecnológica. Se o município apresenta em sua rede de saúde condições tecnológicas para atendimentos de maior complexidade, ele oferta esse serviço à rede local, de modo pactuado. Caso contrário, pactua na própria região os atendimentos de média e alta complexidade. Recorde-se aqui que essa pactuação regional pode envolver também o atendimento de SM.

O Termo de Compromisso de Gestão é, assim, uma declaração pública dos compromissos assumidos pelo gestor perante os outros gestores e sua população responsabilizada. Não deixa de ser um modo forçoso de chamar os gestores municipais a refletirem sobre suas responsabilidades em Saúde e de gestores de um sistema.

O Pacto pela Saúde, que não corresponde a mais uma Norma de Operacionalização do SUS, reafirma os princípios do SUS de universalidade de acesso, equidade na assistência à saúde, integralidade da assistência, controle social e descentralização político-administrativa ao consolidar os processos em andamento, substituir o modelo de habilitação anterior pelo Termo de Compromisso de Gestão solidária, propor a Regionalização solidária e cooperativa como eixo estruturante do processo de Descentralização, além da Integração das várias formas de repasse dos recursos federais, e Unificação dos vários pactos hoje existentes, possibilitando a reorganização da gestão e regulação do sistema (BRASIL, 2006b).

Esse pacto define como diretriz a integração das ações de Promoção da Saúde, Atenção Básica, Média e Alta complexidade, Epidemiologia e Controle de Doenças, Vigilância Sanitária e Ambiental, além de reafirmar as instâncias deliberativas CIT e CIB e fortalecer o Controle Social (BRASIL, 2009).

Trata-se de um conjunto de reformas institucionais do SUS, pactuado entre as três esferas de gestão (União, Estados e Municípios), com os objetivos de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão, visando alcançar maior eficiência e qualidade das respostas do SUS, integrar as várias formas de repasse dos recursos federais, redefinir as responsabilidades de cada gestor em função das necessidades de saúde da população e na busca de equidade social (BRASIL, 2006b).

O Pacto pela Saúde apresenta as seguintes premissas fundamentais: os princípios constitucionais do SUS, a ênfase nas necessidades de saúde da população, revisão a cada dois anos, responder aos desafios atuais da gestão e da organização do SUS, ser resultado de profunda análise e negociação entre Ministério da Saúde, CNS, CONASS e CONASEMS.

Com esse pacto, observa-se um aprofundamento do processo de descentralização, à medida que busca garantir a melhoria da cobertura e da qualidade da Atenção Básica no município, especialmente através do programa Estratégia de Saúde da Família (ESF), com ampliação do acesso à alta e média complexidade, a organização da referência entre os serviços e a assistência farmacêutica.

Segundo o Ministério da Saúde, a implantação do Pacto pela Saúde,

[...] em suas três dimensões, possibilita a efetivação de acordos entre as três esferas de gestão do SUS para a reforma de aspectos institucionais vigentes, promovendo inovações nos processos e instrumentos de gestão que visam alcançar maior efetividade, eficiência e qualidade de suas respostas ao mesmo tempo em que redefine responsabilidades coletivas por resultados sanitários em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social (BRASIL, 2006c, p.7-8).

Esse conjunto de pactos pretendia substituir a estratégia de induzir a tomada de decisões nas esferas estaduais e municipais, através de incentivos financeiros por outra, centrada no compromisso político entre os gestores, os quais discutiriam, articulariam e acordariam suas necessidades territoriais nos espaços das Comissões Intergestores Tripartite (nível nacional), das Comissões Intergestores Bipartites (nível estadual) e, atualmente, também nas Comissões Intergestores Regionalizadas (nível regional).

Nesse sentido, segundo Paim e Teixeira (2006), é possível destacar-se vários nós críticos relativos a esse desenho e ao processo de gestão do SUS, entre eles, “a falta de clareza e a insuficiência de consenso em torno da imagem-objetivo do SUS que faz com que seja mantida a retórica do SUS que queremos”. Para complicar, os autores dão ênfase:

[...] à falta de gestão profissionalizada, da persistência de “amadorismo” na gestão do sistema em todos os níveis, tanto pela escassez de quadros qualificados ao exercício das múltiplas e complexas tarefas relacionadas com a condução, planejamento, programação, auditoria, controle e avaliação, regulação e gestão de recursos e serviços, quanto pela persistência de clientelismo político na indicação dos ocupantes dos cargos e funções de direção em todos os níveis do sistema (PAIM; TEIXEIRA, 2006, p.64).

Dessa forma, embora represente mais um avanço na organização do SUS, o Pacto pela Saúde esbarra em seu quesito basilar: a gestão, que é amadora, e no hábito do clientelismo político para o preenchimento de cargos e funções do sistema público de governo. Esses aspectos, junto à falta de praticidade do Pacto pela Saúde, dificultam acordos, articulações e negociações, que emperram a melhoria do acesso a ações e serviços de saúde e o fortalecimento do planejamento regional, entre outros. Isso talvez venha a ser minimizado com a recente criação, em 2011, das instâncias de negociações regionais, as Comissões Intergestoras Regionalizadas (CIR).

1.2.3.1 O Pacto pela Vida

Como um dos tripés do Pacto pela Saúde, o Pacto pela Vida é integrado:

[...] por um conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos e resultados, derivados da análise da situação de saúde do País e das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais. Significa uma ação prioritária no campo da saúde, a ser executada com foco em resultados e com a explicitação inequívoca dos compromissos orçamentários e financeiros para o alcance desses resultados (BRASIL, 2006c, p.7-8).

As prioridades do Pacto pela Vida foram organizadas em torno de prioridades temáticas, a saber: Saúde do Idoso; o combate ao Câncer de Colo de Útero e de Mama; a Mortalidade Infantil e Materna; o enfrentamento das doenças emergentes e endêmicas, com ênfase na Dengue, Hanseníase, Tuberculose, Malária e Influenza; Promoção da saúde; e a consolidação e qualificação da Estratégia da Saúde da Família no campo da Atenção Básica em Saúde (BRASIL, 2006c).

Atualmente, o Pacto pela Vida/2010-2011, está organizado em torno de onze prioridades definidas como impactantes nas condições de saúde da população, entre elas a Saúde Mental, conforme abaixo relacionadas:

- I – Atenção à Saúde do Idoso;
- II – Controle do câncer de colo de útero e de mama;
- III – Redução da mortalidade infantil e materna;
- IV – Fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária, influenza, hepatite e Aids;
- V – Promoção da saúde;
- VI – Fortalecimento da Atenção Básica;
- VII – Saúde do trabalhador;
- VIII – Saúde Mental;
- IX – Fortalecimento da capacidade de resposta do sistema de saúde às pessoas com deficiência;
- XI – Saúde do homem (BRASIL, 2006c).

Observa-se, assim, a adoção clara de mecanismos empresariais de gestão, como a definição de prioridades (metas) para o alcance de resultados. Mas isso não chega a ser um problema, a questão é como gerenciar desse modo enquanto não se qualifica o gestor. O Pacto pela Saúde é mais um detalhamento excessivo do que se pretende. É mais um documento em que se busca direcionar o trabalho, a fim de garantir o objetivo pretendido, mas que está mais relacionado à racionalização da aplicação dos recursos financeiros.

1.2.3.2 O Pacto em Defesa do SUS

Como outro tripé do Pacto pela Saúde, o Pacto em Defesa do SUS compreende “ações concretas e articuladas entre as três instâncias federativas no sentido de reforçar o SUS como política pública, e de defender, vigorosamente, os princípios basilares dessa política, inscritos na CF” (BRASIL, 2006c).

Essas ações envolvem a repolitização da Saúde como um movimento que retoma a Reforma Sanitária Brasileira e a promoção da Cidadania como estratégia de mobilização social, ou seja, propõe a construção de uma agenda positiva do SUS no imaginário popular, a partir da valorização dos Conselhos de Saúde, como espaço estratégico para construção e monitoramento do Pacto pela Saúde e da busca incessante de Garantia de financiamento de acordo com as necessidades do sistema (BRASIL, 2006c).

Para tanto, são prioridades de ações para implementação do Pacto em Defesa do SUS:

- Articulação e apoio à mobilização social pela promoção e desenvolvimento da cidadania, tendo a questão da saúde como um direito;
- Estabelecimento de diálogo com a sociedade, além dos limites institucionais do SUS;
- Ampliação e fortalecimento das relações com os movimentos sociais, em especial os que lutam pelos direitos da saúde e cidadania;
- Elaboração e publicação da Carta dos Direitos dos Usuários do SUS;
- Regulamentação da EC nº 29 pelo Congresso Nacional, com aprovação do PL nº 01/2003;
- Aprovação do orçamento do SUS, composto pelos orçamentos das três esferas de gestão, explicitando o compromisso de cada uma delas em ações e serviços de saúde de acordo com a CF (BRASIL, 2006c).

Com essas ações, pretende-se obter maior envolvimento dos cidadãos em defesa das propostas de universalidade, equidade e integralidade do SUS, mesmo reconhecendo a complexidade de sua efetivação na prática.

1.2.3.3 O Pacto de Gestão do SUS

O terceiro tripé do Pacto pela Saúde, o Pacto de Gestão do SUS, busca estabelecer responsabilidades claras para cada ente federado, “de forma a diminuir as competências concorrentes e a tornar mais claro quem deve fazer o quê, contribuindo, assim, para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS” (BRASIL, 2006c).

A partir da constatação de que o Brasil é um país continental, com muitas diferenças e iniquidades regionais, esse pacto busca avançar no processo de regionalização e descentralização do SUS, adotando uma unidade de princípios e uma diversidade operativa que respeite as singularidades regionais (BRASIL, 2006c).

Segundo a Portaria do Ministério da Saúde:

O Pacto de Gestão do SUS radicaliza a descentralização de atribuições do Ministério da Saúde para os Estados e Municípios, promovendo um choque de descentralização, acompanhado de relativa desburocratização dos processos normativos. Reforça a territorialização da saúde como base para a organização dos sistemas, estruturando as regiões sanitárias e instituindo colegiados de gestão regional; reitera a importância da participação e do controle social, com o compromisso de apoio à sua qualificação; explicita as diretrizes para o sistema de financiamento público tripartite, ao buscar critérios de alocação equitativa de recursos diferentemente para custeio e investimento; reforça os mecanismos de transferência fundo a fundo entre gestores; integra em grandes blocos o financiamento de custeio com recursos

federal e estabelece relações contratuais entre os entes federativos (BRASIL, 2006c).

Assim, esse pacto estabelece diretrizes para a gestão do sistema quanto aos aspectos da Descentralização e Regionalização, Financiamento, Planejamento, Programação Pactuada e Integrada (PPI), Regulação, Participação e Controle Social, Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, as quais se constituem as suas prioridades, junto à definição inequívoca da responsabilidade sanitária de cada instância gestora do SUS: federal, estadual e municipal, a fim de superar o atual processo de habilitação (BRASIL, 2006c).

Sobre a regionalização, é importante conhecer alguns conceitos:

- As Regiões de Saúde são recortes territoriais inseridos em um espaço geográfico contínuo, identificadas pelos gestores municipais e estaduais a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados do território;
- A Região de Saúde deve organizar a rede de ações e serviços de saúde a fim de assegurar o cumprimento dos princípios constitucionais de universalidade do acesso, equidade e integralidade do cuidado;
- A organização da Região de Saúde deve favorecer a ação cooperativa e solidária entre os gestores e o fortalecimento do controle social;
- Para a constituição de uma rede de atenção à saúde regionalizada em uma determinada região, é necessário a pactuação entre todos os gestores envolvidos, do conjunto de responsabilidades não compartilhadas e das ações complementares;
- O conjunto de responsabilidades não compartilhadas se refere à atenção básica e às ações básicas de vigilância em saúde, que deverão ser assumidas por cada município (BRASIL, 2006c).

Quanto ao aspecto do planejamento da regionalização, as principais ferramentas são o Plano Diretor de Regionalização – PDR, o Plano Diretor de Investimento – PDI e a Programação Pactuada e Integrada da Atenção em Saúde – PPI, esclarecidos em subitem anterior (BRASIL, 2006c). Ferramentas complexas para serem dominadas pelos gestores municipais, que ainda se utilizam do clientelismo político para a ocupação de muitos cargos públicos.

O financiamento do SUS é responsabilidade das três esferas de gestão (União, Estados e Municípios) e compreende recursos financeiros repassados fundo a fundo, conforme a modalidade de gestão para Estados e Municípios, sendo o custeio federal organizado e transferido em blocos (bloco da Assistência Farmacêutica, bloco da Atenção Básica, bloco da Atenção de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, bloco de Gestão do SUS e bloco de Vigilância em Saúde), com especificidade prevista em regulamentação específica.

A partir de uma recente alteração na composição desses blocos de financiamento, foi inserido o bloco de Investimento na Rede de Serviços de Saúde, como reconhecimento à importância da organização e articulação dessa rede, o que, além de favorecer o processo de municipalização da saúde, fortalece a regionalização.

No bloco da Atenção de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, encontra-se o CAPS, como mecanismo municipal de atenção às questões de Saúde Mental.

Em relação ao bloco de Gestão do SUS, o recurso para esse bloco financia políticas voltadas à regulação, controle, avaliação, auditoria e monitoramento, visando o fortalecimento e o melhor gerenciamento do SUS.

O avanço da descentralização em direção à municipalização da saúde repassa aos municípios as funções de coordenar e gerir a política de saúde em um território que historicamente esteve vinculado à esfera federal, levando ao desafio de observar o modo como o governo local vem desenvolvendo sua capacidade técnico-administrativa no exercício da gestão descentralizada, bem como sobre a implantação e Gestão da Política Pública de Saúde Mental.

Se a gestão, em geral, é amadora e cercada de clientelismo político, observar esse processo especificamente sobre a Política de Saúde Mental no município é um desafio. Envolve, além das marcas elencadas, a marca do estigma e do preconceito. Estigma sobre o usuário do CAPS ou de pessoas com transtorno mental, e preconceitos contra os mesmos e até com os trabalhadores da instituição.

Essas marcas fazem parte da presente pesquisa, em que se propôs uma discussão exploratória sobre a Gestão da Política Pública de Saúde Mental nos municípios da microrregião de Itaperuna, no Noroeste do Rio de Janeiro, a partir da Lei de Reforma Psiquiátrica nº 10.216/2001 (BRASIL, 2001b) e do conceito de Gestão contido na Norma Operacional Básica (NOB) de Saúde de 1996, ampliado posteriormente pelo Pacto pela Saúde, que repassa com mais efetividade ao município o compromisso de administrar e gerir sua Política de Saúde e, por consequência, a Política de SM, envolvendo também a Política de álcool e outras drogas.

Observa-se um entrelaçamento constante das orientações para que as ações possam alcançar efetividade no cotidiano dos espaços de saúde, revertendo-se em maior organização, mais qualidade e melhor aproveitamento dos recursos disponibilizados para a Saúde, de modo a ampliar o acesso ao maior número de cidadãos que procuram por soluções para as suas

queixas de saúde. E isso requer mais envolvimento e compromisso com a saúde por parte dos gestores de saúde municipais, afinal, responsabilidade é item que faz parte da lista de atribuições do gestor quando este assume o cargo.

A complexidade do Sistema de Saúde, ainda em processo de descentralização e organização, amplia-se quando se acrescenta a esse contexto as necessidades emergentes de Saúde Mental, diante de uma população que deprime e surta cada vez mais sob as pressões da vida em sociedade e, em especial, das exigências do mercado de trabalho. Esse quadro converge para o interesse em observar como o governo local vem desenvolvendo sua capacidade técnico-administrativa no exercício da gestão descentralizada e, principalmente, como vem implementando a Gestão da Política de SM.

O avanço da descentralização em direção à municipalização da saúde repassa aos municípios as funções de coordenar e gerir a política de Saúde e de SM, em um território que historicamente esteve vinculado à esfera federal (SOUZA, 2005).

A descentralização da política de saúde responsabiliza o município na constituição de uma rede de serviços em seu próprio território, com possibilidade de inovações nas diversas áreas de saúde. Ressalte-se que “o modelo de rede de cuidado de base territorial exige articulação com outras políticas a fim de favorecer a formação de vínculo e acolhimento do sujeito” (OLIVEIRA, 2009, p.75), necessitando do envolvimento de diversas áreas: saúde, educação, assistência social, cultura, esporte e lazer, jurídica, ultrapassando o que se denomina serviço de saúde.

Em relação à Saúde Mental, a radicalização da descentralização, ocorrida com o Pacto pela Saúde, associa-se à proposta da Reforma Psiquiátrica de substituição dos serviços, antes centrados no hospital, por serviços abertos e de natureza comunitária. Rompe-se com a lógica de transformar o modelo anterior de assistência ao propor a radicalização do novo modelo, estabelecendo-se assim, um novo horizonte de ação, não só com novas instituições psiquiátricas, mas com novas formas de compreender e cuidar da loucura, adotando-se práticas que reconheçam o direito das pessoas que sofrem com um transtorno mental de terem um tratamento efetivo e terapêutico, não um cativeiro (AMARANTE, 1998).

Embora o Ministério da Saúde venha apoiando técnica e financeiramente a implementação do novo modelo, este apoio depende também da vontade política dos dirigentes municipais, da capacidade de pressão da sociedade civil local, do grau de clientelismo e degradação dos costumes políticos de cada região, entre outros (WAGNER,

2006). No caso da Saúde Mental, pode-se incluir no rol apresentado, o estigma observado sobre os usuários do CAPS, o que determina fortemente a implementação da Política de Saúde Mental em âmbito municipal.

Em geral, os municípios são responsabilizados pelo atendimento integral dos casos individuais ou coletivos em saúde, seja qual for a necessidade apresentada. Esse é o processo de regionalização da saúde, que propõe a solução dos problemas locais na localidade ou em seu entorno. Isso leva a maioria dos municípios brasileiros a buscar parceria na própria região, a fim de assegurar o acesso e a atenção às necessidades de sua população, principalmente em relação aos casos mais complexos (de média e alta complexidade), impulsionando-os a efetivar pactuação para a regionalização da saúde e constituir uma rede de assistência integral em saúde. Nesse processo de pactuação regional, é possível a inclusão da assistência em SM.

Sob esse contexto é que foi pensada a Gestão Municipal da SM no cotidiano das cidades da microrregião de Itaperuna, observando suas implicações e desafios, bem como a implementação, concretização e efetividade da Política de SM em âmbito municipal.

Nesse sentido, a preocupação recai sobre os procedimentos de gestão desses serviços de saúde oferecidos às pessoas em sofrimento mental, buscando compreender como se organiza a dinâmica da área de Saúde Mental no município. Trata-se de um recorte efetuado por um profissional de SM da microrregião escolhida, ao se deparar com as dificuldades do cotidiano de um CAPS e uma administração amadora, em um espaço sob gerência e gestão definidas politicamente, comprometendo a resposta satisfatória do serviço no território, em um momento em que a sociedade questiona a Política de Álcool e Drogas e busca caminhos para o enfrentamento do crack na municipalidade.

Reconhecemos a profundidade do tratamento dado às pessoas com transtorno mental ao longo do tempo, mas lembramos que a discussão é sobre Gestão de Saúde Mental Municipal, na década de 2010, atribuição que recai, a partir da Reforma Psiquiátrica, e mais fortemente a partir do Pacto pela Gestão do SUS, sobre o gestor de saúde municipal ou o coordenador de SM municipal, em relação à Política Nacional de SM.

Assim, baseando-se na organização do sistema de saúde ora apresentado, avançamos com nossa proposta de analisar e discutir a Política Nacional de SM a partir das sugestões legais para a sua implantação no município, definidas pela Reforma Psiquiátrica, verificando o papel do gestor nesse processo. Antes, porém, será necessário esboçar um pouco da história da loucura no tempo, por se constituir o objeto de amparo da saúde mental na atualidade.

2 POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL

2.1 Loucura e Saúde Mental

Na Antiguidade, no início da Era Cristã, além de prevalecer a aparência observada, não se distinguia deficiência mental de doença mental. Tampouco se falava em transtorno mental ou saúde mental. Nessa época, havia diferentes formas de se lidar com os deficientes em geral. Em alguns lugares eram mortos, em outros considerados possuídos pelo demônio, necessitando de purificação. Nesse sentido, os sentimentos em relação a essas pessoas se tornaram, muitas vezes, ambivalentes, misturando piedade e rejeição, cuidados e abandono, perseguição e proteção (CORREA, 2004).

A crença em magias e feitiços, o fato de se atribuírem a existência de doenças e deformidades físicas à ira de Deus ou presença do demônio, tornou a benzedura e os ritos misteriosos de exorcismo uma prática constante na vida das pessoas de camadas mais pobres da população. Tudo isso, acrescido da utilização de medicamentos naturais, favorecia ao misticismo e dificultava a compreensão do que hoje se denomina transtorno mental³. Já no fim da Antiguidade, essa visão começou a mudar. A rejeição da Antiguidade se transformou, na Idade Média, na ambígua proteção-segregação aos deficientes de todo tipo (CORREA, 2004).

Entre a Idade Média e início da Idade Moderna, segundo o mesmo autor, a Inquisição Católica sacrificou milhares de pessoas entre loucos, adivinhos, deficientes mentais ou quem fosse considerado endemoniado. A visão supersticiosa do louco foi a marca desse período.

Ao fim do século XV, a Europa viu selar a sorte do louco e elevar a loucura à categoria de problema social. O início da manufatura desencadeou o processo de divisão social do trabalho, quando se constatou que a liberdade individual era incompatível com a subordinação a um processo de trabalho estritamente vigiado e racionalizado. O fim do campesinato e o declínio das profissões artesanais abarrotaram as cidades de “desocupados,

³ No Brasil, transtorno mental padroniza a denominação de enfermidade psíquica geral, a partir da aprovação da Lei 6.013/2001, em substituição aos termos alienação mental e outros equivalentes. Em Psiquiatria e em Psicologia prefere-se falar em transtornos ou perturbações ou disfunções ou distúrbios psíquicos e não em doença porque apenas poucos quadros clínicos mentais apresentam todas as características de uma doença no sentido tradicional do termo (BRASIL, 2001c).

mendigos e vagabundos”, enquanto a nova indústria manufatureira necessitava de mão de obra (RESENDE, 1987, p.23).

No século XVI, os médicos Paracelso e Cardano começaram a defender a ideia de que “os portadores de deficiência mental eram um problema médico e não teológico e moral, que deficiência mental acontecia por uma fatalidade hereditária ou congênita, chamando-os de cretinos, idiotas ou amentes”, não acreditando que pudessem receber educação ou serem recuperados. Segundo eles, caberia aos médicos, e não ao clero, a decisão sobre a vida e o destino dessas pessoas (CORREA, 2004, p.18).

O contexto econômico e social da Europa dos séculos XVII e XVIII contribuiu para que se observasse, nesse período, todo tipo de “repressão à mendicância, vagabundagem e à ociosidade”. A indústria em expansão exigia esforços que culminaram com a criação de instituições, casas de correção e de trabalho, além de hospitais gerais que não tinham qualquer função curativa senão limpar as cidades dos mendigos e antissociais em geral, prover trabalho aos desocupados, punir a ociosidade e reeducar para a moralidade, através de instrução religiosa e moral. Esse período ficou conhecido como o de “Grande Enclausuramento” (RESENDE, 1987, p.24).

O período de o “Grande Enclausuramento” foi descrito por Foucault, em História da Loucura (1979), compreendendo um período onde todos que promoviam a desordem eram encaminhados aos chamados hospitais gerais: depósitos de doentes, loucos, mendigos, desempregados, vagabundos, prostitutas, órfãos, ladrões e sem teto. Foi uma das respostas à desorganização social e à crise econômica, então provocada na Europa pela mudança no modo de produção. Um enclausuramento, na intenção absolutista de ocultar a miséria, cuja magnitude é atestada pelo número de pessoas hospitalizadas: oito mil na Salpêtrière, uma das instituições que compunham o hospital geral de Paris, reservada a mulheres pobres, mendigas, aleijadas e doentes incuráveis, velhas e meninas idiotas e loucas - poucos anos depois de sua inauguração, na época em que aquela cidade contava com 500 mil habitantes (RESENDE, 1987; DESVIAT, 1999).

Sendo assim, entre os séculos XV e XVIII, a Europa passou do tratamento inspirado nos princípios da medicina galênica, segundo os quais os doentes mentais deveriam ser tratados sangrando ou purgando até que de seus intestinos nada mais saísse senão água e muco, ao tratamento moral, em que os loucos seriam separados de seus colegas de infortúnio e receberiam cuidado psiquiátrico sistemático (RESENDE, 1987, p.25).

Resende cita Amarante para sintetizar o referido tratamento: “a grosso modo, o tratamento moral é a utilização conveniente da disciplina, onde todos os aspectos que compõem a instituição asilar concorrem para este fim” (RESENDE, 1987, p.26).

No fim do século XVIII, a loucura passou a ter uma nova concepção, fundamentada por Philippe Pinel, médico francês do século XVIII, que se notabilizou por ter considerado os seres humanos que sofriam de perturbações mentais como doentes mentais, resultado de uma exposição excessiva aos estresses sociais e psicológicos e, em certa medida, a danos hereditários, sendo tais enfermidades decorrentes de alterações patológicas no cérebro e, ao contrário do que acontecia na época, não deveriam ser tratadas de forma violenta (MACHADO, 2005 *apud* GUEDES, 2007).

Com isso, Pinel banuiu tratamentos antigos, tais como sangrias, vômitos, purgações e ventosas, preferindo terapias que incluíssem a aproximação e o contato amigável com o paciente, proporcionando-lhes, ainda, um programa de atividades ocupacionais, onde o tratamento digno e respeitoso deveria ser a tônica. Embora tenha descartado as lesões cerebrais como causa principal dos transtornos psíquicos, defendeu o asilamento e a camisa de força, entre outros. Essas modificações, segundo alguns historiadores, são tão importantes que podem ser consideradas uma primeira reforma psiquiátrica, falando-se em período pré e pós-pineliano (MACHADO, 2005 *apud* GUEDES, 2007).

Além de desenvolver o conceito de alienismo, Pinel definiu a loucura como um distúrbio do sistema nervoso central, dando à mesma o status de doença mental. Para esse médico, “a loucura era uma conseqüência das paixões exacerbadas”, por isso o louco precisava ser isolado, retirado do convívio de tudo que o atormentava e confundia. Isso permitia uma classificação da doença, que era hierarquizada em famílias, gêneros e espécies, o que direcionava toda a organização do espaço asilar. Foi com Pinel que o louco passou a receber o mencionado tratamento moral (MACHADO, 2005 *apud* GUEDES, 2007).

Importante distinção foi efetuada por Esquirol, discípulo de Pinel, em 1818, quando diferenciou a demência (doença mental) de amência (deficiência mental). Para Esquirol, o doente mental é louco e o deficiente mental é idiota; a loucura é uma afecção cerebral comumente crônica, sem febre, caracterizada por distúrbios da sensibilidade, da inteligência e da vontade, devido a causas físicas e morais. Esse médico se dedicou mais detalhadamente a observar as causas físicas, em particular a hereditariedade, que considerava a causa mais comum da loucura (CORREA, 2004).

Segundo Correa (2004), com Esquirol a idiotia deixou de ser considerada uma doença e o critério para avaliá-la passou a ser o rendimento educacional; o louco continua a ter cura através de internação e tratamento psiquiátrico, com a persistência do tratamento moral associado à higienização do espaço, entre outros, podendo vir a fazer parte da grande massa de trabalhadores em expansão.

Sobre o conceito de alienismo, de práticas hospitalares alienistas, seus princípios de tratamento e cura podem ser resumidos da seguinte forma, segundo Castel (1978, p.82-89):

- Isolamento do mundo exterior, condição de qualquer terapêutica da loucura;
- Constituição de uma ordem asilar, para reapropriação da racionalidade pelo louco;
- Implantação de uma relação de autoridade, a partir de um único centro de autoridade presente na imaginação do asilado, a fim de que aprendessem a se reprimir e a domar o arrebatamento impetuoso.

Para Castel (1978, p.90-95), o sequestro realizado pelos médicos tornava-se muito mais eficaz do que aquele efetuado, até então, pela polícia, pois era fundamentado na ciência e apresentava uma proposta de cura. Além disso, ao colocar a questão do isolamento em novas bases, justificando-o cientificamente, marcou também o nascimento da medicina social.

Dessa forma, pode-se afirmar que, a partir do Iluminismo e da Revolução Francesa, mudanças importantes contribuíram para alterar a concepção de deficiência e de loucura na Europa. Com a expansão do conhecimento médico e científico, sobretudo com a valorização da razão proveniente do pensamento Cartesiano, a figura do médico conquistou o lugar do sacerdote e ele passou a assumir a tutela dos valores sociais e dos processos de cura das doenças. Os médicos passaram a ser percebidos como detentores de um conhecimento sobre a loucura, que vinha se desenvolvendo desde meados do século XVIII, ao mesmo tempo em que conquistaram o direito de intervir nas questões sociais, colocadas pela loucura, passando a exercer a função de perito.

Diante das ideias de Liberdade, Igualdade e Fraternidade da Revolução Francesa, sobretudo da nova ordem social liberal, o “Grande Enclausuramento” tinha que ser abolido.

Segundo Resende (1987, p.26-28), “o regime moral parece ter sido eficiente durante algum tempo”. Esse autor questiona por que teria tal tratamento perdido substância por volta do meado do século XIX, até ser totalmente abandonado na segunda metade do século. A resposta pode estar associada ao advento da ciência moderna, ao progresso da bacteriologia e

da anatomia patológica, à introdução do microscópio nas instituições psiquiátricas, ao crescimento da “prestigiosa neurologia que questiona as bases pouco científicas do tratamento moral” e ao crescimento da população urbana. Tudo isso esclarece e transforma a visão acerca da deficiência, da doença mental e do louco, contribuindo para que, aos poucos, as diferenças fossem sendo tratadas separadamente (RESENDE, 1987).

O louco, agora doente alienado, desprovido de razão, foi segregado pelo Estado e curado pelo psiquiatra, compreendendo à expressão de Delgado “psiquiatrização do crime e criminalização da loucura” (DELGADO, 1992, p.58). Esse pensamento aponta a incoerência do asilamento, que ocorreria de fato para resgatar a razão, já que a cura poderia se efetivar com o tratamento psiquiátrico.

O alienado representava um risco para a sociedade e seu internamento a possibilidade de ser curado através de um tratamento psiquiátrico que lhe resgataria a razão. O alienismo instaurou uma nova relação da sociedade com o louco:

A relação de tutela, que se constitui numa dominação/subordinação regulamentada, cuja violência é legitimada com base na competência do tutor versus a incapacidade do tutelado, categorizado como ser incapaz de intercâmbios racionais, isento de responsabilidade e, portanto, digno de assistência (RESENDE, 1987, p.91).

Além de doente, o louco agora era tutelado pelo psiquiatra, que respondia legalmente pela administração e controle da loucura na sociedade liberal. De certa forma, esse é o mesmo posicionamento adotado na atualidade (2013), quando se observa, através dos meios de comunicação televisivos, a parceria da justiça com a psiquiatria, na busca por aceitação da população para a internação obrigatória no tratamento aos usuários do crack em situação de vulnerabilidade social.

Atitudes de responsabilidade pública frente às necessidades de indivíduos com transtorno mental só começaram a acontecer no século XIX, após a Segunda Guerra Mundial, quando o mundo se viu horrorizado com as atrocidades físicas e psíquicas causadas pelas duas grandes guerras mundiais. Acrescente-se a isso o fato de que os hospitais psiquiátricos da época não conseguiram recuperar os seus pacientes (RESENDE, 1987).

Após a Segunda Grande Guerra, surgiram, em diversas partes do mundo (Inglaterra, Itália, França, Estados Unidos e outras), experiências socioterápicas⁴ no tratamento de transtornos mentais, que levaram a psiquiatria à construção de um novo objeto: a “saúde mental” e não mais doença mental (SILVA, 2007, p.16), processo conhecido como desinstitucionalização da Psiquiatria, que foi desenvolvido em Gorizia e em Trieste, na Itália, por Franco Baságli, nos anos 60⁵.

A loucura no Brasil, ignorada por séculos, no final do século XVIII “acorda e engrossa as levadas de vadios e desordeiros nas cidades, sendo arrastada na rede comum da repressão à ordem, à mendicância e à ociosidade”, desembocando junto aos demais doentes carentes atendidos nos porões das Santas Casas de Misericórdia (RESENDE, 1987, p.35).

O tratamento diferenciado oferecido pelas Santas Casas levava os doentes mentais ou loucos à morte, devido aos maus tratos físicos, a desnutrição e doenças infecciosas.

Assim, no início do século XIX, as condições sociais das cidades brasileiras eram as mesmas da Europa do século XVI, fazendo emergir a figura do louco como problema social:

Desordem franca e ociosidade, perturbação da paz social e obstáculo ao crescimento econômico, estão aí as mesmas circunstâncias sociais que, alguns séculos antes, determinaram na Europa, o que Foucault qualificou de “o grande enclausuramento”; as diferenças residem apenas nas causas estruturais, aqui e lá, e que não foram poucas (RESENDE, 1987, p.35).

Nas primeiras décadas do século XX, a saúde brasileira foi organizada dando ênfase a campanhas sanitárias, dentre outros serviços, só incorporando a atenção psiquiátrica na década de 1950, quando a Organização Mundial de Saúde (OMS) “recomenda o investimento em saúde mental como forma de evitar os desajustes que acompanham o processo de industrialização e manter uma mão de obra apta para o trabalho” (ALMEIDA, 2007, p.18).

⁴A Comunidade Terapêutica Inglesa tinha como objetivo a transformação do ambiente e do tratamento dos hospitais psiquiátricos pela terapia ativa ou ocupacional. Essa terapia foi criada na década de 1920, diante da necessidade de mão de obra para a construção de um hospital.

- A Psiquiatria de Setor, incorporada como política de SM em 1960, na França, procurou romper com a estrutura alienante dos hospitais psiquiátricos, evitando a segregação e o isolamento do doente.

- A Psiquiatria Comunitária, que aparece nos Estados Unidos na década de 1970, é proveniente do cruzamento da psiquiatria de setor com a comunidade terapêutica. Deslocou o olhar da doença para a saúde mental no sentido de se combater tudo o que na sociedade, pudesse interferir no bem estar dos cidadãos. Junto a isso, buscava-se identificar pessoas potencialmente suspeitas de desenvolverem a doença mental (AMARANTE, 1995; RIBEIRO, 2004 *apud* SILVA, 2007, p.16-17).

⁵No texto Uma Aventura no manicômio: A Trajetória de Franco Baságli, Amarante (1994) apresenta algumas premissas do pensamento e da ação prática de Baságli, presentes na trajetória de vida e de trabalho desse importante psiquiatra, que contagiaram os profissionais da Saúde Mental brasileira na propositura de nossa Reforma Psiquiátrica.

Na esteira dos procedimentos alienistas, a SM foi implantada no Brasil, alcançando novo rumo diante das pressões do movimento pela reforma psiquiátrica e das orientações da OMS (2001), ao registrar que Saúde Mental é essencial para o bem-estar geral das pessoas, das sociedades e dos países e sugerir que os países avançassem sobre essas questões, apresentando dez recomendações importantes para a ação em SM, as quais se observam serem norteadoras da atual política nacional de SM:

1. Proporcionar tratamento em cuidados primários;
2. Disponibilizar medicamentos psicotrópicos;
3. Proporcionar cuidados na comunidade;
4. Educar o público;
5. Envolver as comunidades e as famílias dos usuários;
6. Estabelecer políticas, programas e legislações nacionais;
7. Preparar recursos humanos;
8. Estabelecer vínculos com outros setores;
9. Monitorar a saúde mental na comunidade; e,
10. Apoiar a pesquisa.

Importante acrescentar que, independentemente das diversas denominações atribuídas às pessoas com transtorno mental ao longo do tempo, SM envolve saúde física, psíquica e mental e contém também certo aspecto de normalidade comportamental em relação aos padrões de vida em sociedade.

A dificuldade dos seres humanos considerados normais em conviverem com os cidadãos em sofrimento mental levou a população a adotar atitudes de reserva diante dos mesmos, a desdenharem suas falas, necessidades e sentimentos, criando em seu entorno uma barreira que dificulta a sua aceitação nos circuitos cotidianos da cidade. Trata-se de um preconceito profundo, denominado por Goffman (1975) de “estigma”.

Embora o estigma e o preconceito sofridos pelas pessoas que se apresentam em situação de sofrimento mental não estejam no centro das atenções deste trabalho, observa-se a presença dessas marcas no processo de implantação e gestão da política de SM em âmbito municipal.

Goffman (1975) afirma que, no convívio social existem algumas pré-concepções por parte das pessoas, que acabam por se transformar em expectativas normativas e passam a regular a forma em que se dá a interação social. Essas expectativas se transformam em uma caracterização que dá o “modelo de normalidade” esperado pela maioria, e é constituída pelos atributos que efetivamente a pessoa possui.

Segundo Goffman (1975), o termo estigma é utilizado em referência a um atributo profundamente depreciativo e isso é tão forte que um atributo que estigmatiza alguém pode confirmar a normalidade de outrem. A identidade do estigmatizado pode informar a identidade de seu acompanhante e ninguém quer ser como um estigmatizado do tipo louco ou doente mental, nem mesmo a pessoa que tem o transtorno mental instalado, que faz o que pode para se mostrar normal.

A marca de louco é o estigma que faz parte da história de vida dos usuários do CAPS ou outro mecanismo municipal de SM e que dificulta a sua inclusão no cotidiano das relações da sociedade, diante da proposta legal de tratamento em meio aberto, tendo o CAPS como suporte a partir da Lei de Reforma Psiquiátrica nº 10.216/2001. As pessoas, em geral, têm medo de quem frequenta o CAPS, porque não sabem o que esperar delas: boa parte não tem controle sobre suas emoções e comportamentos, desconfiam de si e de suas reações. Esses fatores, associados aos diferentes modos de a sociedade anteriormente vê-los e cuidar, aprofundam o temor das pessoas, que adotam atitudes de reservas ao se relacionar com elas.

No próximo tópico aprofundaremos nosso estudo, discutindo a Reforma Psiquiátrica brasileira para, em seguida, apresentar o CAPS e outros mecanismos de implementação do novo paradigma de Assistência em SM no município.

2.2 Reforma Psiquiátrica

Imbuídos da concepção alienista para tratamento de transtorno mental, de Pinel, implementou-se, no Brasil, inicialmente o modelo hospitalocêntrico, preponderantemente privado, de assistência à loucura, até a modificação do paradigma com a instituição da Reforma Psiquiátrica, conforme relatado a seguir.

Em 1903, o Presidente da República, Rodrigues Alves, adotou como meta o saneamento das cidades, retirando das ruas todo tipo de imundície: os “cortiços”,

considerados focos de infecção e os “sem-trabalho”, considerados desordeiros. Com o objetivo comum de sanear as cidades, a Saúde Mental complementou o trabalho da Saúde Pública, recolhendo as sobras humanas do processo de saneamento, encerrando-as em asilos e tentando recuperá-las de algum modo. Sob a denominação de asilo, enfermaria, colônia, hospício, hospital, instituto ou sanatório, esses espaços se proliferaram até a década de 1950 (RESENDE, 1987, p.45-50).

A passagem do Brasil do modelo agroexportador ao urbano-industrial promoveu a migração da população do campo para a cidade que, sem preparo para acolher esse grande contingente populacional, cresceu desordenadamente, sem saneamento básico e sem condições apropriadas para a moradia, acarretando muitas doenças. Surgiu o movimento sanitário, organizado em torno das políticas de saúde e de saneamento, que contribuiu para o estabelecimento da Reforma Sanitária brasileira (ALMEIDA, 2007, p.18).

Esse quadro, agravado pelo movimento militar de 1964, manteve-se até a década de 1970, favorecendo a indústria da loucura, contribuindo para o aumento no número de internações e na permanência dos hospitais psiquiátricos.

O movimento pela democratização dos serviços públicos de saúde, desenvolvidos a partir da década de 1970, possibilitou a formulação de um Projeto de Reforma Sanitária Brasileira, buscando coletivizar as questões de saúde, questionando sua dimensão individual. A saúde passou a ser vista não somente como ausência de doença e sim como um produto social, resultado das condições e qualidade de vida existente em uma população. A Reforma Sanitária ampliou a noção de saúde e buscou uma atuação em suas condições determinantes (ALMEIDA, 2007, p.20).

Em 1978, iniciou-se no Brasil o movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos, denominado Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), integrado por participantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas (BRASIL, 2005a, p.07).

A conjuntura social, política e econômica do Brasil das décadas de 1970 e 1980 culminaram na Constituição de 1988, com a criação do SUS, a ser articulado entre as esferas de poder federal, estadual e municipal, e controlado pela sociedade civil, através dos “Conselhos Comunitários de Saúde” (BRASIL, 2005a, p.07).

Em 1987, realizou-se o II Congresso Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental, na cidade de Bauru (SP), sob o lema “Por uma sociedade sem manicômios”, momento em que surgiu o primeiro CAPS e NAPS (Núcleo de Assistência Psicossocial) em São Paulo e, no Rio de Janeiro, foi realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental. Tudo isso marcado pela VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida no ano anterior (BRASIL, 2005a, p.7).

Em 1989, iniciaram-se as lutas do movimento da Reforma Psiquiátrica no campo legislativo e normativo. O deputado Paulo Delgado deu entrada no Congresso Nacional a um Projeto de Lei propondo “a regulamentação dos direitos da pessoa com transtorno mental e a extinção progressiva dos manicômios no país” (BRASIL, 2005a, p.7).

Com a crescente insatisfação dos trabalhadores em relação à estrutura e organização do poder, das políticas sociais e econômicas e das condições de vida e trabalho, os valores defendidos pela Reforma Psiquiátrica ganharam impulso e ritmo ao “aprovar em vários estados brasileiros as primeiras leis que determinam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental”, ganhando contornos mais definidos (BRASIL, 2005a, p.8).

Na década de 1990, sob o compromisso assinado pelo Brasil na Declaração de Caracas e a realização da II Conferência Nacional de SM, passaram a vigorar no país as primeiras normas federais, regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, baseados nas experiências dos primeiros CAPS, NAPS e hospitais-dia já existentes, junto às primeiras normas de fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos. Ainda assim, o processo de expansão dos CAPS foi descontínuo, pois as novas normas do Ministério da Saúde regulamentavam, mas não instituíam linha de financiamento para este fim (BRASIL, 2005a).

Segundo Amarante (1995, p.76), essa fase pode ser definida como “um processo que ocorre, a um só tempo e articuladamente, nos campos técnico-científico, político, jurídico, teórico-conceitual e sociocultural”.

Todos esses fatores viabilizaram a Lei de Reforma Psiquiátrica, também conhecida como Lei Paulo Delgado nº 10.216, de 06 de abril de 2001. Essa lei tramitou pelo Congresso Nacional por doze anos e foi sancionada com um texto normativo que redirecionava a assistência em saúde mental, privilegiando o tratamento em serviços de base comunitária e dispondo sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, mas ainda sem instituir mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios (BRASIL, 2005a, p.8).

Sob o impulso da promulgação da Lei 10.216, foi realizada, ao final de 2001, em Brasília, a III Conferência Nacional de SM, que consolidou a Reforma Psiquiátrica como política de governo e conferiu ao CAPS um valor estratégico na mudança do modelo de assistência, defendendo também a elaboração de uma política de SM para os usuários de substâncias psicoativas como o álcool e outras drogas, além de garantir o avanço da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Nesse sentido, o Ministério da Saúde criou linhas de financiamento para suprir os serviços abertos e substituir os serviços do hospital psiquiátrico, bem como novos mecanismos para fiscalização, gestão e redução dos leitos psiquiátricos no Brasil (BRASIL, 2005a, p.7-8).

Assim, em consonância com o Ministério da Saúde, a Reforma Psiquiátrica visa:

[...] reduzir progressivamente os leitos psiquiátricos; qualificar, expandir e fortalecer a rede extra-hospitalar – Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) e Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais (UPHG) e incluir as ações da Saúde Mental na atenção básica e Saúde da Família (BRASIL, 2004a).

Em relação ao financiamento, os procedimentos do CAPS foram remunerados desde o ano de 2002, através do sistema APAC (Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo), sendo incluídos na relação de procedimentos estratégicos do SUS e financiados com recursos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (BRASIL, 2004a).

Para a implantação do CAPS, após o cumprimento de formalidades burocráticas, os municípios receberiam um incentivo inicial⁶e, posteriormente, um repasse mensal de recursos fixos destinados a manutenção da instituição. Mas, a partir de 2008, sob o processo coletivo de construção do Pacto de Gestão no SUS, os recursos foram realocados diretamente da esfera federal para o teto financeiro de saúde municipal, ou seja, os recursos da SM passaram a ser depositados na conta de saúde do município, junto a outros valores que integram o fundo de saúde, conforme o Relatório de Gestão da SM 2007-2010 (BRASIL, 2011 a), e corresponde a:

⁶Portaria nº 1.455/GM, de 31 de julho de 2003: R\$ 20.000,00 para cada CAPS I, R\$ 30.000,00 para cada CAPS II, R\$ 50.000,00 para cada CAPS III e R\$ 30.000,00 para cada CAPS I cujos municípios se habilitassem a arcar com internações de SM no SIH-SUS (BRASIL, 2003a).

Quadro 1: Recursos para custeio mensal (contrapartida federal) de CAPS cadastrados a partir do ano de 2009.

Tipo de CAPS	Recursos mensais em Reais
CAPS I	21.804,00
CAPS II	32.000,00
CAPS III	50.000,00
CAPSi	32.000,00
CAPSad	32.000,00
CAPSad III	60.000,00

Fonte: Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas – MS, 2009.

A mudança no modelo de assistência em SM apontou para a necessidade de criação de um Sistema de Residências Terapêuticas (SRT), com o propósito de acolher em meio aberto as pessoas egressas de internação de longa permanência (dois anos ou mais ininterruptos), provenientes de hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia, devido ao abandono dos familiares ou impossibilidade familiar de acolhimento, diante do grave quadro geral de saúde do egresso.

As Residências Terapêuticas (RT) podem ser do tipo I ou II, conforme a gravidade da saúde dos usuários egressos que acolhem. O tipo I comporta até oito moradores com questões menos graves e mais desinstitucionalizadoras, e o tipo II até dez moradores com acentuado nível de dependência, especialmente física (BRASIL, 2011b).

Para a implantação de uma RT, o município recebe incentivo financeiro em parcela única de R\$ 10.000,00 ou R\$ 20.000,00, respectivamente para RT I e RT II; e custeio mensal variando entre R\$ 5.000,00 e R\$ 10.000,00, para RT I; e entre R\$ 8.000,00 e R\$ 20.000,00 para RT II, conforme o número de moradores em situação de desinstitucionalização, que não pode ser inferior a quatro, possuindo ou não vínculo familiar, mas sem condições de acolhimento desse egresso em seu convívio, além de uma sequência burocrática de papéis para essa formalização. Cada residência é acompanhada pela equipe técnica do CAPS e integralmente assistida por cuidadores que trabalham na casa, supervisionados por enfermeiros⁷.

⁷ Portaria nº 106, de 11 de fevereiro de 2000, alterada pela Portaria nº 3.090, de 23 de dezembro de 2011.

Tabela 1: Sistema de Residência Terapêutica (SRT)

Nº de Moradores	SRT tipo I			SRT tipo II		
	Serviço (R\$)	Profissional (R\$)	Total (R\$)	Serviço (R\$)	Profissional (R\$)	Total (R\$)
8	8.000,00	2.000,00	10.000,00	12.000,00	8.000,00	20.000,00

Fonte: BRASIL, 2011b

O custeio mensal é repassado, conforme as seguintes tabelas.

Tabela 2: SRT tipo I

Nº de moradores	SRT tipo I		
	Serviço	Profissional	Total
4	4.000,00	1.000,00	5.000,00
5	4.625,00	1.625,00	6.250,00
6	5.250,00	2.250,00	7.500,00
7	5.875,00	2.875,00	8.750,00
8	8.000,00	2.000,00	10.000,00

Fonte: BRASIL, 2011b

Tabela 3: SRT tipo II

Nº de moradores	SRT tipo II		
	Serviço	Profissional	Total
4	5.000,00	3.000,00	8.000,00
5	6.000,00	4.000,00	10.000,00
6	7.000,00	5.000,00	12.000,00
7	8.000,00	6.000,00	14.000,00
8	9.000,00	7.000,00	16.000,00
9	10.000,00	8.000,00	18.000,00
10	12.000,00	8.000,00	20.000,00

Fonte: BRASIL, 2011b

Além dos CAPS, das RTs e a garantia do atendimento em casos de crise nos postos de urgências e hospitais das cidades, era preciso conceder alguma condição financeira de vida no retorno dos internos de longa duração à vida em coletividade. No ano de 2003, foi criado o programa “De Volta para Casa”⁸, com o objetivo de acolher, em meio aberto, as pessoas egressas de internação de longa duração, que tivessem perdido contato com seus familiares ou

⁸ Lei nº 10.708 de 31.07.2003 (BRASIL, 2003c).

não, com necessidade de um auxílio reabilitação para sua inclusão no cotidiano da vida (BRASIL, 2005b, p.9).

Mas, tanto a implantação dos CAPS quanto das RTs e a inclusão da SM na atenção básica municipal, além de solução para o atendimento aos usuários em crise na rede hospitalar local, dependem de procedimentos formais que envolvem o interesse do gestor municipal de saúde na articulação, pactuação e organização da rede de SM, objeto específico deste estudo.

As últimas modificações impostas pelo Pacto pela Saúde induziram uma espécie de organização da rede de saúde, através da obrigatoriedade de pactuação de compromissos sanitários, assumidos com a assinatura do Termo de Compromisso de Gestão, para a composição de uma rede regionalizada de saúde, sem os quais o município não acessa diretamente ao repasse financeiro pretendido. Essa assinatura implica uma pactuação abrangente que envolve, entre outros aspectos, os relacionados à assistência em SM, aprovados nos conselhos de saúde municipal e estadual, e nas instâncias de pactuação (CIB e CIT).

Retomando a sequência, ainda no ano de 2003, foi criada a política de recursos humanos para a reforma psiquiátrica e traçada uma política para a questão do álcool e outras drogas, incorporando a estratégia de redução de danos e reforçando o CAPS como lugar para tratamento dessa demanda (BRASIL, 2005b, p.9).

Sobre a estratégia de redução de danos indicada pela Política Nacional de Álcool e outras Drogas, trata-se da adoção, pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2004b) de posicionamentos e ações junto aos alcoolistas ou usuários de outras drogas no sentido de reduzir, até parar, a utilização do álcool ou outras drogas, caso não consigam se abster completamente, além de reduzir os danos à vida familiar, à vida social, ao trabalho, ao trânsito, seguido de recomendação para a não utilização coletiva de seringas, o uso de camisinhas e outras medidas protetivas à saúde, com acompanhamento psicoterápico e psiquiátrico, entre outros, para melhoria da autoestima.

Diante do reconhecimento da lacuna da Política de Saúde verificada até o momento quanto ao enfrentamento da utilização excessiva de álcool pelo homem ao longo do tempo, o então ministro da saúde, Humberto Costa, registrou, na abertura do seminário sobre Alcoolismo e Violência, algumas estatísticas e constatações relevantes:

[...] 11% da população, no Brasil, bebem abusivamente, o que é um percentual muito elevado, [...] além dos elevados custos que a bebida

acarreta para o Sistema Único de Saúde, além do custo social e familiar, pois hoje os jovens começam a beber cada dia mais cedo e bebem um volume cada vez maior (BRASIL, 2003b, p.5).

No mesmo seminário, Pedro Gabriel Delgado, Coordenador do Programa de Saúde Mental do Ministério da Saúde, declarou:

Em relação à magnitude, à extensão desse problema, dados do CEBRID⁹ mostram que 11% da população é dependente do álcool. Outras estimativas apontam que 4% das mulheres e 8% dos homens, uma média de 6% da população geral, pertencem ao quadro de dependência. Independentemente de usarmos os 6% ou 11%, os dados são muitos elevados. As internações em hospitais psiquiátricos por alcoolismo são de 20% a 25% dos casos, provavelmente subestimados, pois a qualidade do diagnóstico de entrada é muito comprometida, porque, muitas vezes, o diagnóstico de alcoolismo é substituído, de uma maneira indevida e incorreta, por outras patologias, até porque a posição do Ministério da Saúde prevê que paciente alcoolista não seja internado em hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2003b, p.30).

Nesse seminário, o coordenador nacional de SM relatou uma visão geral sobre a SM:

[...] de uma forma geral, há um grupo de transtornos muito alto e de crescente prevalência não só na questão do álcool e drogas, mas também da SM. Temos do ponto de vista do atendimento, uma transição de um modelo que é extremamente centrado no hospital e ineficiente, para um modelo mais aberto e comunitário.

A principal referência é que se trata de uma política que ou será intersetorial e integrada ou ela não terá qualquer eficiência.

Só para terem uma idéia, vamos fazer uma comparação para mostrar o contexto da situação de transtornos mentais e também do problema relacionado com o álcool. Em termos de transtornos mentais, 3% da população no Brasil — os dados são semelhantes em outros países — precisam de atendimento contínuo em SM; 6% têm transtornos psiquiátricos graves por conta de álcool e outras drogas e 12% da população precisa de alguma forma de atendimento em SM.

A questão importante neste contexto é que em geral a demanda na situação do álcool se configura quando aparecem as doenças clínicas, como a hepatite, cirrose hepática, transtornos cardiovasculares; quando existem transtornos psiquiátricos, como a demência, a psicose alcoólica, transtornos de comportamento; quando ocorre a síndrome de abstinência. É importante lembrar que uma causa importante de morte em hospitais psiquiátricos e hospitais gerais é a síndrome de abstinência do álcool ou delírio *tremens*. Quando ocorre a intoxicação aguda e os acidentes de trânsito, o paciente pode ser atendido nas emergências (BRASIL, 2003b).

O então Ministro da Saúde e o Coordenador Nacional de SM reconheceram a lacuna da política de saúde para endossar as discussões relatadas, as quais culminaram, em 2004,

⁹ CEBRID: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas.

com a adoção da proposta de Redução de Danos pela Política Nacional de Álcool e outras drogas. Mas a disseminação dessa prática nos espaços de saúde, excluído o CAPS, ainda ocorriam sem grande expressividade.

Além disso, em relação aos alcoolistas, é necessário registrar, conforme consta do documento “Álcool e Redução de Danos”, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004b):

[...] na população dos hospitais psiquiátricos brasileiros, quase um quarto dos pacientes foram internados por transtornos ligados ao consumo do álcool, e em torno de 40% apresentam o consumo prejudicial de álcool como parte do quadro clínico. Sabemos que a internação nos hospitais psiquiátricos apresenta inúmeras desvantagens para a recuperação destes pacientes, contribuindo para sua estigmatização e isolamento social. Entretanto, nossos hospitais gerais têm absoluta resistência a atenderem pacientes com este tipo de problema, resultando em um impasse assistencial grave, que só agora começa a ser energeticamente enfrentado pelo SUS. Outro exemplo, este ainda mais trágico: no Brasil, os acidentes automobilísticos com vítimas, em mais de metade dos casos, apresentam a concomitância do uso de álcool pelo motorista. No caso dos atropelamentos, também as vítimas, em metade dos casos, usaram álcool. Poderiam ser mencionados também os acidentes de trabalho e acidentes domésticos relacionados ao álcool, e várias outras situações (BRASIL, 2004b, p.5).

Sob a concepção de política intersetorial para o enfrentamento das questões de álcool e outras drogas, a Portaria GM nº 154/2008 recomendou a inclusão de profissionais de saúde mental nas equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF I), sendo este o principal avanço da política de SM no período compreendido entre 2007-2010, no sentido de incluí-la na Atenção Básica de Saúde (BRASIL, 2008).

Além do NASF I, foi criado posteriormente o NASF II E O NASF III, todos para reforçar a atenção especializada junto às Equipes de Saúde da Família (ESF) e/ou Equipes de Atenção Básicas para populações específicas (BRASIL, 2011a). Os diversos tipos de NASF implicaram uma associação a um maior número de ESF e receberam o mesmo incentivo para criação e para manutenção mensal: R\$ 20.000,00 (NASF I), R\$ 12.000,00 (NASF II) e R\$ 8.000,00 (NASF III).

A criação do NASF 3 representou um avanço real no enfrentamento das questões de álcool e outras drogas, ao apresentar efetividade em municípios de pequeno porte, mas ainda é pouco implementado no cotidiano, talvez por ser bastante recente. Esse avanço relaciona-se especialmente à relevância da IV Conferência Nacional de Saúde Mental que possui significação histórica, por ressaltar a necessidade da participação de outros setores governamentais nesse enfrentamento:

[...] porque foi realizada de forma intersetorial, diferentemente das Conferências de Saúde anteriores, e porque pôde avaliar um período de 8 anos e meio (desde a III Conferência/2001) de construção e consolidação da Política Nacional de Saúde Mental no SUS, tendo como fundamento seus avanços e desafios para a próxima década (BRASIL, 2011a, p.12).

Pode-se observar a participação intersetorial através da lista de participantes presentes à IV Conferência Nacional de Saúde Mental, a saber:

[...] dos Coordenadores Estaduais e de Capitais, Coordenadores dos municípios acima de 250.000 habitantes e de municípios com mais de 300 leitos de hospital psiquiátrico e/ou em processo de desinstitucionalização, as instâncias do SUS: CONASS, CONASEMS (e COSEMS estaduais), CNS; e do Ministério da Saúde: Atenção Básica, Regulação, Saúde da Criança, do Adolescente, da Mulher, da Pessoa com Deficiência, do Idoso, no Sistema Penitenciário, HumanizaSUS, PNDST, Aids e outras, [...] passaram a participar também os representantes intersetoriais, que antes eram somente convidados: Secretaria de Direitos Humanos, Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Economia Solidária, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Ministérios da Cultura e da Educação. Esta nova composição do Colegiado (BRASIL, 2011a, p.9).

Com a intenção de reforçar essas ações, sobretudo em relação ao crack, foi proposta a criação de uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS, com disponibilização de verba específica para o enfrentamento da utilização do crack, através da Portaria nº 3.088/GM/MS/2011, com uma rede ampliada e intersetorializada de SM, que no cotidiano do município, é articulada pelo gestor de saúde municipal (BRASIL, 2011c).

Essa Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no município é constituída por:

Quadro 2: Constituição das Redes de Atenção Psicossocial (RAPS)

Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)	
I - Atenção Básica em saúde, formada pela atenção oferecida nas:	<p>a) Unidade Básica de Saúde;</p> <p>b) Equipes de Atenção Básica para populações específicas;</p> <p>c) Centros de Convivência.</p> <p>1. Equipes de Consultório na Rua</p> <p>2. Equipes de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório</p>

Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (cont.)

II - Atenção psicossocial especializada, constituída pelos CAPS, nas suas diferentes modalidades;

III - Atenção de urgência e emergência, integrada pelos seguintes pontos de atenção:

- a) SAMU 192;
- b) Sala de Estabilização;
- c) UPA 24 horas;
- d) Portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro;
- e) Unidades Básicas de Saúde, entre outros.

IV – Atenção residencial de caráter transitório, formada pelos seguintes pontos de atenção:

- a) Unidade de Recolhimento e
- b) Serviços de Atenção em Regime Residencial.

V - Atenção hospitalar, formada pelos seguintes pontos de atenção:

- a) Enfermaria especializada em Hospital Geral e
- b) Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

VI - Estratégias de desinstitucionalização, constituída pelo seguinte ponto de atenção:

- a) Serviços Residenciais Terapêuticos.

VII – Reabilitação Psicossocial.

Fonte: BRASIL, 2011c

A reboque da problemática do álcool e outras drogas, especialmente do crack, foi instituída, também em janeiro de 2012, como ampliação dos Serviços Residenciais Terapêuticos já ofertados aos egressos de internações de longa duração em hospitais psiquiátricos ou hospitais de custódia, as Unidades de Acolhimento (UA) e as Comunidades Terapêuticas.

As Unidades de Acolhimento destinam-se às pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, outras drogas e o crack, no componente de atenção residencial de caráter transitório da RAPS, com funcionamento durante toda a semana e por 24 horas ininterruptas.

Essas Unidades de Acolhimento têm como objetivo oferecer acolhimento voluntário e cuidados contínuos às pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em situação de vulnerabilidade social e familiar, que demandem acompanhamento terapêutico, protetivo e transitório com permanência de até seis meses na casa/unidade, conforme consta da Portaria nº 132/2012, e serão acompanhados pelo CAPS de vinculação daquele novo mecanismo (BRASIL, 2012b).

Segundo o mesmo documento, as UAs poderão ser ofertadas em duas modalidades, observando, respectivamente, a quantidade populacional de 200 mil habitantes e 100 mil habitantes:

I - Unidade de Acolhimento Adulto - para maiores de 18 anos, de ambos os sexos, comportando de 10 a 15 vagas; e

II - Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil - para crianças e adolescentes, entre 10 e 18 anos incompletos, de ambos os sexos, com disponibilidade para 10 vagas.

Semelhantes às Unidades de Acolhimentos, as Comunidades Terapêuticas são um “serviço de saúde destinado a oferecer cuidados contínuos de saúde, de caráter residencial transitório por até nove meses para adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas” (BRASIL, 2012b).

Na região definida como local para o desenvolvimento dessa pesquisa, somente Itaperuna pode criar uma UA Infanto-Juvenil e uma Comunidade Terapêutica. A criação de mais esse espaço representa um avanço para o atendimento às drogas no município, à medida que possibilita a permanência do indivíduo nas Unidades de Acolhimento e nas Comunidades Terapêuticas, cuja necessidade e tratamento são atestados pela equipe técnica do CAPS de referência, através da elaboração de um projeto terapêutico singular para esse usuário, mas vai levar tempo para ser concretizada e atenderá somente a Itaperuna.

Porém, os demais municípios da microrregião vão continuar encaminhando para a CRIL em Bom Jesus do Itabapoana, diante das poucas e distantes Comunidades Terapêuticas ofertadas pelo Estado para acolhimento e desintoxicação e da insistência dos familiares em internação, seja porque estão exaustos com o processo de adoecimento de seu ente querido ou porque, às vezes, a família se encontra, de fato, em situação de risco de vida.

Outro passo importante foi definido pelo Ministério da Saúde ao instituir o Serviço Hospitalar de Referência, para garantir atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas em leitos hospitalares da municipalidade (BRASIL, 2012c).

Os Serviços Hospitalares de Referência serão acompanhados por equipe técnica multiprofissional responsável por essa atenção especificamente e será constituída conforme o quantitativo de leitos definidos para o município, o que varia entre 4 leitos, 5 a 10 leitos, 11 a 20 leitos e de 21 a 30 leitos (BRASIL, 2012c), sendo 1 leito para cada 23 mil habitantes (BRASIL, 2012c).

Além disso, esse Serviço Hospitalar de Referência representa a utilização dos leitos na seguinte proporção: a) 60% (sessenta por cento) das diárias de até 7 (sete) dias; b) 30% (trinta por cento) das diárias entre 8 e 15 (quinze) dias; e c) 10% (dez por cento) das diárias superiores a 15 (quinze) dias (BRASIL, 2012c).

Como incentivo ao esforço para a menor permanência hospitalar, esses parâmetros foram associados aos seguintes valores de diárias: I - R\$ 300,00 por dia até o 7º dia de internação; II - R\$ 100,00 por dia do 8º ao 15º dia de internação; e III - R\$ 57,00 por dia a partir do 16º dia de internação (BRASIL, 2012c).

Acrescente-se ao conjunto das últimas criações, as denominadas Equipes de Consultório de Rua – CR:

As ECR desempenharão suas atividades in loco, de forma itinerante, desenvolvendo ações compartilhadas e integradas às Unidades Básicas de Saúde (UBS) e, quando necessário, também com as equipes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dos serviços de Urgência e Emergência e de outros pontos de atenção, de acordo com a necessidade do usuário (BRASIL, 2012d).

Segundo a mesma portaria (BRASIL, 2012d), “o parâmetro adotado será de um CR a cada 80 mil pessoas em situação de rua”.

Observa-se, assim, todo um reforço legislativo no sentido de ofertar recursos federais aos municípios para o enfrentamento das questões do transtorno mental, especialmente o provocado pelo uso abusivo do álcool, outras drogas ou o crack, onde os processos se apresentam entrelaçados, de modo bem relacionado, induzindo a organização da rede de SM na municipalidade, o que impulsiona o gestor a refletir e agir nessa direção.

O que se observa é que, em termos normativos, os procedimentos são bem orientados, mas é de difícil formalização e efetividade no município, onde todos os mecanismos devem ser criados e administrados financeira e politicamente.

As recentes normatizações do Ministério da Saúde refletem as iniciativas dos governos em regular e enfrentar os problemas que estão sendo colocados pelos profissionais da rede e podem ser vistas no painel comparativo a seguir, apresentado a partir da matriz diagnóstica da Rede de Atenção Psicossocial:

Quadro 3: Inovações legislativas em SM na década de 2010

Aparelhos públicos ou Pontos de Atenção.	Legislação
RAPS	Portaria MS nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011
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, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial.	Portaria MS nº 148 de 31 de janeiro de 2012
Altera a Portaria nº 106/GM/MS, de 11 de fevereiro =e 2000, e dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o repasse de recursos de incentivo de custeio e custeio mensal para implantação e/ou implementação e funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT).	Portaria MS nº 3.090 de 23 de dezembro de 2011
Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial.	Portaria MS nº 121 de 25 de janeiro de 2012
Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua.	Portaria MS nº 122 de 25 de janeiro de 2012
Aprova a Política Nacional de Atenção Básica estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).	Portaria MS nº 2.488 de 21 de outubro de 2011
Redefine o NASF I e II e cria o NASF III	Portaria MS nº 3.124 de 28 de dezembro de 2012
Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS).	Portaria MS nº 1.600 de 07 de julho de 2011

Esse pequeno esboço sobre os problemas do alcoolismo e outras drogas foram aqui apresentados, junto aos esforços mais recentes do Ministério da Saúde, para avançar com a implementação de mecanismos no enfrentamento das questões da área da SM e ressaltar a sua complexidade, bem como a responsabilidade do CAPS e da gestão de SM no município, os quais lidam no cotidiano com todo tipo de transtorno mental, provocados ou não pela utilização abusiva do álcool e outras drogas, para acolhimento a uma grande demanda de transtorno mental com equipes mínimas de trabalho.

Nesse sentido, a Reforma Psiquiátrica brasileira avança ao prever um novo modelo para o tratamento aos detentores de distúrbios mentais, segundo o Ministério da Saúde, baseando-se em critérios racionais e tecnicamente adequados, propiciando a permanência do cidadão com transtorno mental em seu meio comunitário, mas esbarra nas dificuldades do município para a implantação qualificada de todo o conjunto de dispositivos antigos e novos, conforme será possível observar com as entrevistas.

A questão que ora se enfatiza, refere-se ao quantitativo mínimo da equipe técnica do CAPS para o enfrentamento de demanda tão amplamente reforçada pela presença das questões do álcool e outras drogas no interior da instituição e pelo aprofundamento da desigualdade e da injustiça social, que impulsionam ao alcoolismo e às drogas, junto às dificuldades técnicas para a articulação e organização da rede.

A Reforma Psiquiátrica brasileira adotou o conceito de desinstitucionalização italiano, que embasou todo o movimento de questionamento do saber e das práticas psiquiátricas, em direção a uma nova construção paradigmática, ou seja, a nossa Reforma Psiquiátrica pauta-se mais na desconstrução da rede de instituições totais em SM, ensejando a políticas públicas solidárias, em equilíbrio sustentável e de não abandono ao usuário (BASÁGLIA, 1981; AMARANTE, 1998; FIGUEIREDO, 2007).

O principal objetivo do projeto brasileiro é a transformação das relações de poder entre as novas instituições e os pacientes, entendidos como cidadãos-atores deste processo de transformação (FIGUEIREDO, 2007, p.38-39).

Esse é o grande desafio posto aos profissionais da área de saúde persistentes até a atualidade, quando buscam qualificar e humanizar os atendimentos aos usuários de saúde e em especial os da SM, diante das complexas relações envolvidas no mundo psicossocial.

Dos muros institucionais privados, verificam-se, na atualidade, o Estado trazendo para si a proposta de política de SM desinstitucionalizadora, preocupado com a questão dos

Direitos Humanos, a Inclusão Social pelo Trabalho e a Cultura, com o objetivo de construir um novo lugar social para o chamado louco.

Observa-se, assim, a partir do ano de 2005, o surgimento de Centros de Convivência e Cultura, com o propósito de divulgar a “Memória da Loucura”, levantar questionamentos sobre a causa desospitalocêntrica e obter apoio ao tratamento humanitário, contando na atualidade, por exemplo, com exposições permanentes no Museu de Imagens do Inconsciente Nise da Silveira: Caminhos de uma Psiquiatria Rebelde. O que um dia esteve retido ou reprimido entre muros, agora se expõe até em museu para reflexões.

2.3 Centro de Atenção Psicossocial – CAPS

A partir da Lei de Reforma Psiquiátrica nº 10.216/2001, em seu artigo 4º, ficou definido que “a internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes”.

Nesse sentido, quando uma pessoa em crise necessita de internação, esta poderá ser:

- I – Voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;
- II – Involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e
- III – Compulsória: aquela determinada pela justiça (BRASIL, 2001b).

Com a criação do CAPS, pretendeu-se construir um serviço extra-hospitalar de assistência pública aos problemas de SM, caracterizando-o principalmente pela multiplicidade crítica de funções e técnicas, pelas práticas interdisciplinares e acessibilidade local, sugeridos por Baságua (1981).

Segundo Vasconcelos (2002), tais práticas compreendem o trabalho com relações de poder horizontalizadas, valorizando a especificidade de cada área e sua contribuição para atuação nas questões de SM e, diferente do modelo de reclusão afastado dos grandes centros, os novos espaços devem estar inseridos na malha urbana. São Paulo foi o primeiro Estado a instalar um CAPS na capital e um Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) em Santos, reformulando completamente a atenção dos doentes mentais nessas cidades (BRASIL, 2004c).

O CAPS pode ser definido como:

Um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) ou Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) é um serviço de atenção aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS). Ele é um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida (BRASIL, 2004c, p.13).

Conforme Amarante (1998), os objetivos do CAPS são:

[...] criar mais um filtro de atendimento entre o hospital e a Comunidade com vistas à construção de uma rede de prestação de serviços preferencialmente comunitária; [...] se pretende garantir tratamento de intensidade máxima no que diz respeito ao tempo reservado ao acolhimento de pessoas com graves dificuldades de relacionamento e inserção social, através de programas de atividades psicoterapêuticas, socioterapêuticas de artes e de terapia ocupacional, em regime de funcionamento de oito horas diárias, em cinco dias da semana, sujeito a expansões, caso se mostre necessário [...] (AMARANTE, 1998, p.82).

Observa-se que este novo espaço de criação, produção e convivência tem por objetivo o resgate da cidadania, a promoção da autoestima e a ressocialização do seu usuário, atendendo aos requisitos básicos da Reforma Psiquiátrica.

Segundo o Manual de Saúde Mental, a missão do CAPS é:

[...] dar um atendimento diuturno às pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, num dado território, oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, com o objetivo de substituir o modelo hospitalocêntrico, evitando as internações e favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e de suas famílias (BRASIL, 2004c, p.12).

O CAPS surgiu como uma proposta de atendimento diferenciado e como início de uma rede de espaços intermediários entre a hospitalização e o pleno exercício da cidadania. Conforme o Manual de Saúde Mental, com o trabalho desenvolvido pela equipe técnica, o CAPS visa (BRASIL, 2004c):

- Atender em regime de atenção diária;
- Gerenciar os projetos terapêuticos, oferecendo cuidado clínico eficiente e personalizado;
- Promover a inserção social dos usuários, através de ações intersetoriais que envolvam educação, trabalho, esporte, cultura e lazer;
- Atuar junto a familiares dando-lhes apoio e orientação necessários para que possam fortalecer o indivíduo no seu processo de reinserção social;

- Assegurar à pessoa melhores condições de vida, evitando as crises constantes responsáveis pelo seu afastamento do convívio familiar;
- Adotar a Terapia Ocupacional para estimular e desenvolver a capacidade de expressão do usuário através das artes e do artesanato em oficinas terapêuticas;
- Propiciar ao usuário e seus responsáveis um tratamento mais humanizado, com conforto e segurança;
- Organizar a rede de serviços de saúde mental de seu território;
- Supervisionar a atenção em SM na rede básica, ESF (Programa Estratégia de Saúde da Família), PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde);
- Regular a porta de entrada da rede de assistência em SM de sua área;
- Coordenar junto com o gestor local as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que atuem no seu território;
- Manter atualizada a listagem dos pacientes de sua região que utilizam medicamentos para a saúde mental.

A Portaria GM 224/1992 regulamentou o funcionamento dos serviços de SM no contexto do SUS, definindo o CAPS como unidades de saúde local e regionalizada, que conta com uma população circunscrita e oferece atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe técnica (BRASIL, 1992b).

O modelo assistencial definido como política oficial do Ministério da Saúde, de acordo com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica, fundamenta-se na noção de rede de atenção, tendo como principal articulador os CAPS (BRASIL, 2004c, p.11).

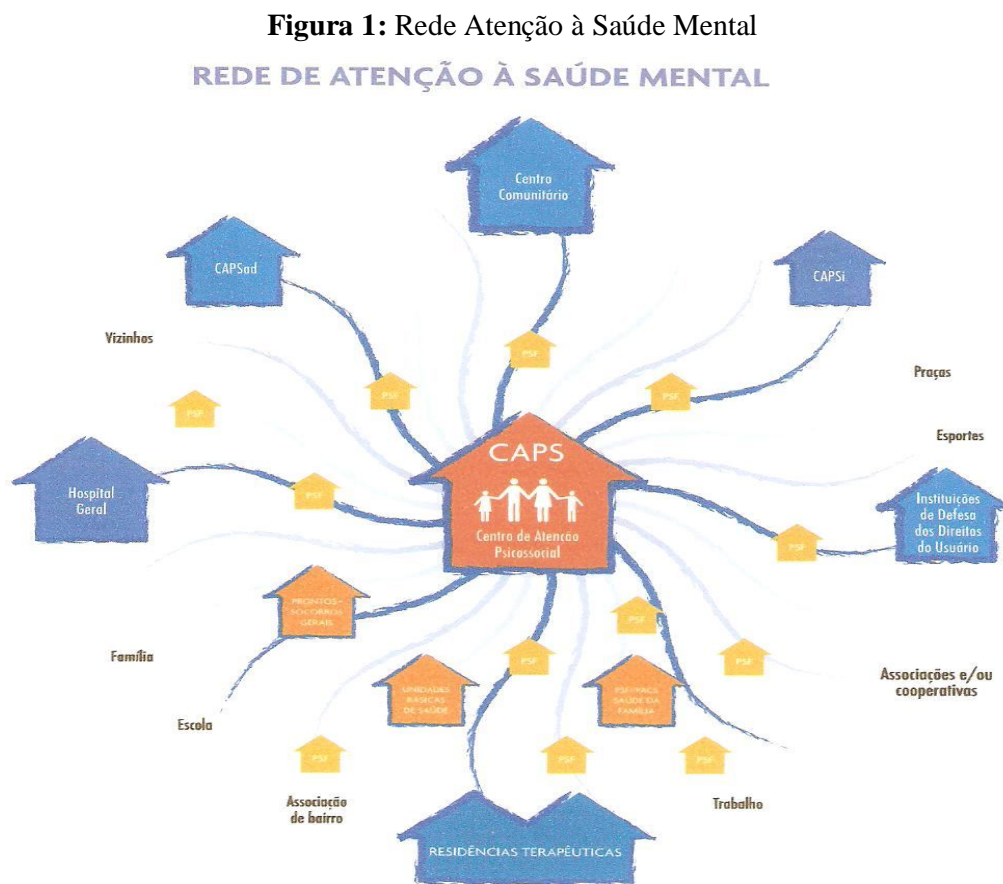
Conforme o Manual do CAPS, a rede de atenção envolve a noção de território não somente como área geográfica, mas sendo constituída fundamentalmente pelas pessoas que habitam nesse espaço, com seus conflitos, interesses, amigos, vizinhos, família, instituições, cenários (igreja, cultos, escola, trabalho etc.). Essa noção de território abrangente, que abarca as relações humanas que participam do contexto das pessoas que sofrem com transtorno mental é que integra a rede de atenção em SM (BRASIL, 2004c, p.11).

Nesse sentido, a rede de atenção em SM é potencializada por todos os recursos afetivos, sociais, econômicos, pelos serviços de saúde, culturais, religiosos e de lazer encontrados na vida em comunidade. Os CAPS situam-se articulados na rede de serviços de saúde, necessitando permanentemente de outras redes sociais (BRASIL, 2004c, p.11-12).

Os CAPS assumem esse papel estratégico na articulação e no tecimento dessas redes, seja cumprindo suas funções na assistência direta e na regulação da rede de serviços de saúde, trabalhando em conjunto com as equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de

Saúde, seja promovendo a participação de seus usuários na vida da comunidade, através de cooperativas de trabalho, escolas, empresas etc. (BRASIL, 2004c, p.12).

Assim, fazem parte dessa rede complexa: hospital geral, residências terapêuticas, hospital-dia, escolas, famílias, associações de bairro, Programa de Saúde da Família, cooperativas de trabalho, entre outros, conforme mostra a figura abaixo.



Fonte: BRASIL, 2004c, p.11

Essa localização do CAPS na rede municipal, possibilita a implementação dos Programas e Políticas de SM à medida que desenvolve projetos terapêuticos e comunitários, “dispensando medicamentos, encaminhando e acompanhando usuários que moram nas RTs, assessorando e sendo retaguarda para o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde e Equipes de Saúde da Família no cuidado domiciliar” (BRASIL, 2004c, p.12).

Conforme orientação de Portarias do Ministério da Saúde, os CAPS podem ser dos seguintes tipos:

Quadro 4: Tipos de CAPS

Classificação dos CAPS	Habitantes por Região ou Município	Funcionamento do CAPS	Amplitude do atendimento
CAPS I	Entre 20.000 e 70.000 habitantes	De 8 as 18 h de segunda a sexta-feira.	Pessoas, em sua população de abrangência, com transtornos mentais severos e persistentes, e também com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas de todas as faixas etárias.
CAPS II	Entre 70.000 e 200.000 habitantes	De 8 as 18 h de segunda à sexta-feira, podendo se estender até as 21 h.	Pessoas, em sua população de abrangência, com transtornos mentais severos e persistentes, podendo atender a pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, conforme a organização da rede de saúde local.
CAPS III	Acima de 200.000 habitantes	Funcionam 24 h, inclusive feriados e fins de semana.	Pessoas, em sua população de abrangência, com transtornos mentais severos e persistentes, ofertando de modo contínuo retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de SM, inclusive CAPS Ad.
CAPSi	Acima de 200.000 habitantes	De 8 as 18 h de segunda à sexta-feira, podendo se estender até as 21 h.	Crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas.
CAPSad	Acima de 70.000 habitantes	De 8 as 18 h de segunda à sexta-feira, podendo se estender até as 21 h.	Adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.
CAPS AD III	Acima de 200.000 habitantes	Funcionam 24 h, inclusive feriados e fins de semana.	Adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades de cuidados clínicos contínuos. Serviço com no máximo doze leitos para observação e monitoramento.

Fonte: BRASIL, 2011c

A frequência dos usuários ao CAPS depende de seus projetos terapêuticos, sendo determinada pela facilidade de acesso à instituição e pelo apoio e/ou acompanhamento familiar, acrescido da possibilidade de envolvimento nas atividades comunitárias, organizativas, de geração de trabalho e renda.

Todos os procedimentos adotados no CAPS dão à instituição um aspecto de “meio terapêutico, tanto as sessões individuais ou grupais como a convivência no serviço tem finalidade terapêutica”, e um CAPS com ambiente acolhedor facilita o desenvolvimento desse meio terapêutico (BRASIL, 2004c, p.16).

“Quando a pessoa chega ao CAPS, acompanhada ou não, deverá ser acolhida e escutada em seu sofrimento” (BRASIL, 2004c, p.15). O profissional que a acolhe passa a ser uma referência para essa pessoa, sendo reconhecida como o Terapeuta de Referência (TR), considerando-se o vínculo que o usuário normalmente estabelece com esse profissional.

A partir desse momento, o projeto terapêutico individual deverá ser monitorado junto com o usuário pelo Terapeuta de Referência, mas não necessariamente pelo TR inicial. De acordo com o Manual de Saúde Mental (BRASIL, 2004c), o TR é responsável pelo contato com a família e avaliação periódica das metas traçadas no projeto terapêutico, dialogando com o usuário e com a equipe técnica dos CAPS. Dessa forma, de acordo com a Portaria nº 336/02 (BRASIL, 2002) e com o projeto terapêutico individual, o CAPS poderá oferecer aos seus usuários atendimento Intensivo, Semi-Intensivo e Não-intensivo.

O atendimento Intensivo é oferecido diariamente quando a pessoa se encontra em grave sofrimento psíquico, em situação de crise ou dificuldades intensas no convívio social e familiar, precisando de atenção contínua.

O Semi-Intensivo é oferecido à pessoa que, após um período de tratamento, apresentou alguma melhora, permitindo uma reavaliação de seu projeto terapêutico quando ainda apontar a necessidade de atenção direta da equipe para estruturar e recuperar sua autonomia. Nesse caso, o usuário pode ser atendido em até 12 dias no decorrer do mês, não precisando ir diariamente ao CAPS.

Quanto ao Não-Intensivo, trata-se de um atendimento que é oferecido por até três dias durante o mês à pessoa que não precisa de suporte contínuo da equipe para viver e realizar suas atividades em geral.

Quando uma pessoa é atendida em um CAPS, ela tem acesso a recursos terapêuticos, como consta no Manual de SM (2004c), a saber:

- Atendimento individual: prescrição de medicamentos, psicoterapia, acolhimento e orientações em geral;
- Atendimento em grupo: oficinas terapêuticas, oficinas expressivas, geradoras de renda, oficinas de alfabetização, oficinas culturais; grupos terapêuticos, atividades esportivas, atividades de suporte social, grupos de leitura e debate e grupos de confecção de jornal;
- Atendimento para a família: atendimento nuclear e a grupo de familiares, atendimento individualizado a familiares, visitas domiciliares, atividades de ensino, atividades de lazer com familiares;
- Atividades comunitárias: desenvolvidas em conjunto com associações de bairro e outras instituições existentes na comunidade, que tem como

objetivo as trocas sociais, a integração do serviço e do usuário com a família, a comunidade e a sociedade em geral. Essas atividades podem ser festas comunitárias, caminhadas com grupos da comunidade, participação em eventos e grupos dos centros comunitários.

- **Assembléias e Reuniões de Organização do Serviço:** a Assembléia é um instrumento importante para o efetivo funcionamento dos CAPS como um lugar de convivência. É uma atividade, preferencialmente semanal, que reúne técnicos, usuários, familiares e outros convidados, que juntos discutem, avaliam e propõem encaminhamentos para o serviço. Discutem-se os problemas e sugestões sobre a convivência, as atividades e a organização do CAPS, ajudando a melhorar o atendimento oferecido (BRASIL, 2004c, p.17).

Esses recursos representam mais que o uso de consultas e medicamentos, caracterizando a denominada clínica ampliada, que vem sendo reconstruída nos espaços das práticas de atenção psicossocial.

Observa-se, assim, que o processo de reconstrução dos serviços de atenção psicossocial tem revelado outras realidades; as teorias e os modelos prontos de atendimento estão se tornando insuficientes frente às demandas diárias do sofrimento e da singularidade desse tipo de atenção. É preciso estar atento à complexidade da vida dessas pessoas, que é maior que a doença ou o transtorno mental (BRASIL, 2004c).

Por isso, são necessários extremos cuidados ao se redefinir atividades como estratégias terapêuticas nos CAPS, não perdendo de vista a promoção da saúde de todas as pessoas envolvidas neste processo (usuários, família, equipe, comunidade). O sucesso do acolhimento na crise é essencial para o cumprimento dos objetivos de um CAPS, que é evitar as internações, mantendo o indivíduo com transtorno mental fora da crise e em meio aberto.

Muitas são as propostas previstas no Manual, que ressaltam a necessidade de cada CAPS ter seu próprio projeto terapêutico de serviço, levando em consideração as diferentes contribuições técnicas dos profissionais daquela equipe especificamente, bem como as iniciativas dos familiares e usuários e o território em que se situa a instituição com suas marcas culturais próprias, mas as práticas do cotidiano não facilitam o trabalho em equipe.

O novo modelo de atenção à SM propõe uma rede complexa organizada, além da preocupação constante com os direitos humanos e de cidadania, apontando para a Saúde o desafio de tecer uma maior articulação entre a denominada atenção básica, compreendendo os diversos espaços de saúde na municipalidade e os mecanismos de Assistência Social, Educação e justiça na localidade, sendo esse um dos papéis do gestor de saúde.

Com todas as dificuldades, reconhece-se a possibilidade de se realizar no CAPS: acolhimento, reabilitação psicossocial, cuidados, oficinas, luta antimanicomial, lazer, rede social, moradias assistidas, atenção integralizada e outros, o que envolveria uma equipe maior.

Isso ressalta a importância do entrosamento da equipe do CAPS, que tem por princípio fundamental o trabalho interdisciplinar para garantir a acessibilidade e a equidade dos usuários com transtorno mental nos serviços da rede, além de promover o debate cultural sobre o estigma, inclusão social, superação do valor atribuído ao modelo hospitalocêntrico, ressaltando a interlocução com os meios de comunicação e o debate científico sobre a nova proposta em construção.

A compreensão do que é um CAPS e seu contexto auxilia na apreensão do que se denomina articulação do serviço assistencial em SM, pois o CAPS demanda contatos internos e externos no atendimento às necessidades de usuários e da própria equipe técnica, ou seja, um trabalho interdisciplinar e intersectorializado que seja orientado e estimulado pelo gestor de SM no município.

A gestão e o papel do gestor de SM municipal na articulação e envolvimento da rede de saúde local é, assim, de suma importância para a implementação da Política de SM nos municípios; pode representar mais qualificação do serviço, que se reverterá em uma população usuária mais satisfeita e com mais assistência em SM em tempos de dificuldades. Esse é o tema discutido no próximo tópico.

2.4 Gestão da Saúde Mental nos municípios

A partir da criação do SUS e suas NOBs, dos esforços para a implementação dos conceitos do HumanizaSUS, como importantes práticas de acolhimento humanizado e participativo a serem efetivadas nos espaços cotidianos de saúde, a definição de gestão que vem sendo desenvolvida desde a NOB-SUS/1996 tem apresentado mais relevância para a qualificação do sistema de saúde, desde a implementação do Pacto pela Saúde e sua proposta de gestão participativa, observa-se que o município vem buscando organizar sua rede de atenção básica para o enfrentamento das necessidades de saúde e de SM de sua população.

Segundo legislação do Ministério de Saúde, a rede de atenção básica municipal:

[...] caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2007a, p.12).

Nesse sentido, a gestão de saúde compreende a valorização de investimento junto às equipes de trabalho, a pactuação e organização da rede local, a fim de orientar o fluxo do atendimento e as relações entre as unidades de saúde, a compra de serviços, caso ocorra, fortalecendo a função de regulação do sistema, incluindo neste rol a organização da rede de saúde mental.

Além disso, busca a estruturação e manutenção de uma sistemática permanente de avaliação de desempenho que contribua para uma redefinição de estratégias, se necessária, possibilitando ao gestor verificar se está alcançando os resultados propostos no que se refere à melhoria das condições de saúde dos seus municípios, sem perder o foco da gestão transparente para a população e trabalhadores, junto ao controle social efetuado pelo Conselho Municipal de Saúde qualificado, autônomo e representativo.

As atribuições do gestor foram definidas na Constituição Federal e na Lei Orgânica da Saúde, nº 8.080, e mais bem detalhadas no Pacto pela Saúde e nas portarias GM/MS nº 399 (BRASIL, 2006b) e GM/MS nº 699 (BRASIL, 2006d), em âmbito municipal, estadual e federal. Essas atribuições carecem de maior qualificação, à medida que se aprofunda o processo de municipalização e regionalização da assistência em saúde.

As informações apresentadas remetem à percepção de que a assistência em SM nos municípios de pequeno porte, com ou sem CAPS, é um dos grandes desafios da gestão de saúde municipal descentralizada, a começar pelas dificuldades financeiras na manutenção da própria rede de saúde, que na atualidade é agravada pelas exigências do álcool, outras drogas e do crack, que avançam da cidade grande para os municípios pequenos, onde não existe a possibilidade financeira de instalação de um CAPS I, sendo essa a realidade da maior parte

dos municípios brasileiros definidos como municípios de Pequeno Porte I¹⁰, com até 20.000 habitantes. Lacuna que, na atualidade, vem sendo suprida com a criação dos NASFs, onde poderia existir um profissional de SM, mas, na prática, quando existe, é um profissional de psiquiatria e ou de psicologia no ambulatório ou posto de saúde da cidade.

Para avançar, somente com a inclusão da SM na Atenção Básica do SUS, em 2006, intensificou-se o esforço de garantir o acesso da população, em especial nos pequenos municípios brasileiros, à atenção em SM (BRASIL, 2007a, p.22).

Essa inclusão compreende os atendimentos a casos de transtorno mental mais simples e de menor complexidade e representa nos municípios de Pequeno Porte I, onde não existe CAPS, o acesso a atendimento psiquiátrico e psicológico ofertado, geralmente, em Postos de Saúde ou mesmo em ambulatórios de SM. Além disso, comporta o atendimento nos ESFs e agentes comunitários de saúde, que cientes da organização da rede, fazem o primeiro contato, registram e, se for o caso, direcionam para um atendimento de maior complexidade na rede pactuada.

A Política de SM, como política integrante da Política de Saúde, prevê que os municípios disponham de mecanismos para a assistência, proteção e atenção às pessoas em sofrimento mental em todos os níveis de complexidade. Trata-se da chamada Assistência em SM, abarcada por uma legislação que tem sido implantada, desenvolvida, articulada, pactuada e acompanhada, enfim, gerida pelo Ministério da Saúde, através do SUS e pelas secretarias de saúde estaduais e municipais em parceria com os coordenadores de SM nacional, estadual e municipal. Para implementá-la, o município deve criar os CAPS conforme os tipos constantes do quadro 4 ou a coordenação municipal de SM.

Observa-se a ampliação do conceito de gestão contido na NOB-SUS 96, que após o Pacto pela Saúde compreende o que Nogueira (1998, p.13) define como:

[...] mediação entre a intencionalidade declarada pelo desenho político e seus produtos, resultados e impactos, através da condução do ciclo de ações, mobilizando e combinando os recursos requeridos pelo processo de

¹⁰ Para o IBGE, porte de município é uma classificação imposta aos mesmos baseando-se no número de habitantes, com o objetivo de subsidiá-los em seus processos de gestão, planejamento e avaliação de políticas públicas, dimensionando a população alvo de suas ações e serviços e orientando a alocação de recursos públicos. Nesse sentido, os municípios são classificados conforme a seguir:

- Municípios de Pequeno Porte 1 – população até 20.000 hab.
- Municípios de Pequeno Porte 2 – população de 20.001 a 50.000 hab.
- Municípios de Médio Porte – população de 50.001 a 100.000 hab.
- Municípios de Grande Porte – população de 100.001 mil a 900.000 hab.
- Metrôpoles – população de mais de 900.000 hab.(IBGE, 2013).

mudança. Sua função central é identificar e resolver situações que perturbem a marcha dos projetos com a maior eficiência possível.

Nesse sentido, junto à gestão de saúde municipal, recai o compromisso de articular a Saúde à SM, além de envolver a comunidade e demais secretarias neste processo e apresentar soluções para as questões de SM, que na atualidade alcança a ordem de 12% da população brasileira com algum tipo de necessidade de atendimento em SM, conforme dados do MS apresentados anteriormente. Existe uma dicotomia entre saúde e saúde mental que necessita ser superada, mais que isso, no cotidiano da saúde os profissionais estigmatizam os usuários da saúde mental, às vezes por pura falta de orientação técnica.

O compromisso do gestor de saúde de articular a rede de SM aos demais mecanismos de Saúde pode ser repassado ao coordenador de SM municipal, mas talvez seja exatamente isso que mantenha a separação. Para isso, o gestor deve encaminhar, caso o município não o possua, uma proposta à Câmara Municipal requerendo a criação oficial do cargo, após aprovação no Conselho Municipal de Saúde, o que normalmente não acontece na municipalidade, onde se observa a direção do CAPS exercendo essa função externa à instituição, devido à necessidade percebida pelo mesmo de aumentar a qualificação do trabalho e da assistência no CAPS, diante a demanda que aumenta cada dia mais.

O diretor vai além de suas atribuições e se envolve com as funções de coordenação e gestão para promover a articulação externa, ampliação e divulgação dos valores pleiteados pela Reforma Psiquiátrica e minimizar os impactos do preconceito e do estigma, além de buscar envolver a todos os participantes da rede, tendo em vista um só resultado: promover SM à população demandada. Neste sentido, pode-se perceber uma inversão de prioridades no que tange as questões da SM por parte do gestor de saúde, porque existe uma dificuldade da equipe técnica em atender a toda essa necessidade.

Os municípios com até 20.000 habitantes necessitam ao menos do coordenador de SM para organizar o fluxo do atendimento em SM na localidade e conta atualmente com os NASFs para a mesma empreitada. Caso o município não possua NASF nem o cargo de coordenador, esse encargo recai sobre o gestor de saúde. Se o gestor não assume essa função, a política de saúde mental não se estabelece no município nem flui o atendimento na rede de atenção básica de saúde. Isso evidencia a importância de um gestor de saúde qualificado e comprometido com o desenvolvimento de suas atribuições internas (além das externas) de gerenciar a equipe técnica e de apoio e qualificá-las para primar pela qualidade dos serviços ofertados.

Esse quadro é agravado quando se observa o estabelecimento de uma equipe mínima de saúde mental, embora seja importante ressaltar que a sua existência é mal remunerada e contratada temporariamente para constituir a porta de entrada de SM no município.

O atual compromisso de gestão de saúde municipal, que é efetivado através do Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006c), mais especificamente, do Pacto pela Vida e de Gestão do SUS, representa o envolvimento do gestor de saúde municipal com a Saúde, no sentido de pactuar no seu entorno a assistência em saúde e em SM. No caso de município sem CAPS, esse atendimento pode ser pactuado com outro da localidade para alcançar o populacional mínimo de 20.000 habitantes e ofertar esse serviço em conjunto.

Esse é um processo que vem sendo apontado como aprofundamento da proposta de regionalização para o fortalecimento do SUS e compreende a pactuação regional ou formação de consórcio regional ou pactuação de região de saúde, a partir de experiências bem sucedidas em Alagoas, Minas Gerais e São Paulo, e que foi adotado no Rio de Janeiro a partir do Decreto Presidencial nº 7.508/11 (BRASIL, 2011d), com a criação dos Colegiados de Gestão Regional (CGRs) (PINHEIRO, 2013).

Seja através do coordenador de SM ou do gestor de saúde municipal ou do diretor do CAPS, as soluções para as questões de SM apresentadas ao município devem constar de alguns documentos básicos de intenções governamentais, além de serem definidas, como já informado, com a participação da comunidade, através de aprovação no conselho municipal de saúde e pactuação na CIB e CIT.

A partir do Pacto pela Saúde, os procedimentos relacionados à gestão da saúde e, conseqüentemente, da SM, compreendem instrumentos de planejamento, tais como, o Plano Municipal de Saúde (PMS), o Plano Diretor de Regionalização (PDR), o Plano Diretor de Investimento (PDI), a Programação Pactuada e Integrada da Atenção em Saúde (PPI) e os Relatórios Anuais de Gestão (RAG).

O desdobramento da pesquisa poderia buscar um aprofundamento sobre esse planejamento e verificar se nele consta a previsão de ações relacionadas à SM ou de álcool e outras drogas, mas optou-se neste trabalho por questionar, através de entrevistas a quem se apresenta como gestor de SM nos municípios da microrregião Itaperuna, a implantação e organização da política de SM de cada município que a integra, observando a sua construção no cotidiano, certa de que esse processo compreende o processo de gestão de SM na municipalidade, baseado no que já foi apresentado. É o que será feito no próximo capítulo.

3 GESTÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NOS MUNICÍPIOS DA MICRORREGIÃO ITAPERUNA.

O Brasil ampliou sua divisão territorial inicial de macrorregiões homogêneas (IBGE, 1968), adotando oficialmente, a partir de 01/01/1990, após definição do IBGE, a divisão em mesorregiões e microrregiões geográficas. A partir dessa definição, o Rio de Janeiro se configura geograficamente com seis mesorregiões, a saber: Metropolitana do Rio de Janeiro, Noroeste Fluminense, Norte Fluminense, Sul Fluminense, Centro Fluminense e das Baixadas Litorâneas, conforme dados obtidos através do Centro de Estatísticas, Estudos e Pesquisas (CEPERJ, 2011).

Após o Plano de Desenvolvimento Econômico e Social (realizado entre 1988/1991), o Estado do Rio de Janeiro passou por novas divisões chegando a oito Regiões de Governo: Metropolitana, Noroeste Fluminense, Norte Fluminense, Baixadas Litorâneas, Serrana, Centro-Sul Fluminense, Médio Paraíba e Costa Verde (CEPERJ, 2011).

Em 2009, a Secretaria Estadual de Saúde (SES) do RJ acatou a Deliberação nº 1.452 de sua CIB e redefiniu as regiões de saúde do Estado, além de criar os Colegiados de Gestão Regional (CGRs), atualmente denominado de Comissões Intergestores Regionais (CIRs). Tudo isso, tendo em vista, alcançar maior efetividade no processo de regionalização em curso proposto pela NOB/96 e aprofundado com o Pacto de Gestão do SUS, em 2006.

Dessa forma, atualmente, o Estado do Rio de Janeiro possui nove regiões de saúde: Baía de Ilha Grande, Centro-Sul, Metropolitana I, Metropolitana II, Médio Paraíba, Serrana, Baixada Litorânea, Noroeste e Norte.

Embora possa se observar diferentes arranjos e denominações, a mesorregião Noroeste Fluminense continua com a mesma denominação e divisão, sendo integrada por 14 municípios: Aperibé, Bom Jesus do Itabapoana, Cambuci, Cardoso Moreira, Italva, Itaocara, Itaperuna, Laje de Muriaé, Miracema, Natividade, Porciúncula, Santo Antônio de Pádua, São José de Ubá e Varre-Sai, sendo subdividida em duas microrregiões: a microrregião de Itaperuna e a de Santo Antonio de Pádua (CEPERJ, 2011) e corresponde a segunda maior região de saúde em número de municípios.

Sobre tais aspectos, é interessante acrescentar a percepção e informações de Fazzi (2013) a respeito da região Noroeste Fluminense:

Segunda maior região de saúde fluminense em número de municípios, a Noroeste abrange 14 municípios e soma cerca de 350 mil habitantes, dos quais a maioria – 100 mil - está concentrada em um município-polo – Itaperuna. Dessa forma, a falta de recursos financeiros e humanos próprios nos outros 13 municípios menores – Aperibé, Bom Jesus do Itabapoana, Cambuci, Cardoso Moreira, Italva, Itaocara, Laje de Muriaé, Miracema, Natividade, Porciúncula, Santo Antônio de Pádua, São José de Ubá e Varre-Sai -, somada à grande distância entre a região e a capital fluminense, configura uma situação desfavorável ao processo de regionalização. Contudo, as iniciativas que vêm sendo praticadas na região mostram que a regionalização é o melhor caminho para o crescimento e aperfeiçoamento da saúde pública na região, que tem como uma das metas distribuir melhor a grande demanda que é absorvida pelo município-polo (FAZZI, 2013, p.22-23).

Fazzi (2013) se reporta às questões de saúde, e não se pode esquecer que a saúde mental está incluída nesse contexto, sofrendo as repercussões das dificuldades da atenção básica de saúde, tanto em relação à distância da capital, quanto aos recursos financeiros insuficientes e à mão de obra escassa, com reduzida qualificação e condições de capacitação técnica, sendo agravada pelo estigma que recai sobre a área. Nos momentos de crise no sistema de saúde, é ainda mais difícil para os representantes dos municípios de pequeno porte encontrarem uma solução para esse tipo de assistência. Isso é o que se verá com as entrevistas que começam a ser apresentadas neste capítulo.

Importante registrar que, desde o Plano Estadual de Saúde (PES-2001), elaborado para o período 2001-2004, a política de recursos humanos era considerada inadequada e a microrregião Itaperuna apresentava dificuldades para garantir ações integrais em saúde mental. Tais fatores figuravam entre os principais problemas a serem superados na região.

Mas o atual PES do RJ, de 2011, para o período 2012-2015, aponta como primeiro passo para a operacionalização das Redes de Atenção Psicossocial (RAPS) do estado, a realização de uma análise de situação da saúde das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Ou seja, a Secretaria Estadual de Saúde (SES) do RJ está começando a pensar em um assunto que era enfatizado pelos coordenadores de SM em todos os níveis, desde o início da Reforma Psiquiátrica (2001) e consolidado na IV Conferência Nacional de SM – Intersetorial, em 2011 (RIO DE JANEIRO, 2011).

A proposta do PES/RJ para o período 2012-2015, em relação à Saúde Mental, é:

- Apoiar a ampliação dos serviços substitutivos da Rede de Atenção Psicossocial - ampliar em 50% o número de CAPS, ampliar em 31,5%

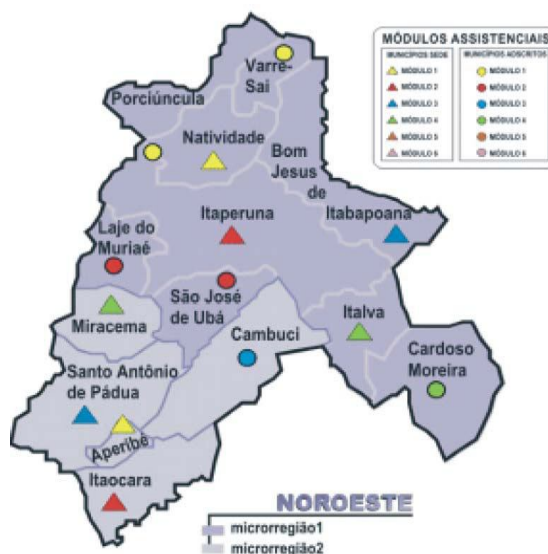
SRT, e credenciar 3 Centros (atualmente há 110 CAPS, 105 SRT e não há nenhum Centros de Convivência, Cultura e Trabalho).

- Apoiar o processo de desinstitucionalização reduzindo em 50% o número de pacientes psiquiátricos com internação de longa permanência (mais de 01 ano).
- Organizar a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, para as 09 regiões de saúde (RIO DE JANEIRO, 2011, p.3-4).

A intenção é aperfeiçoar e fortalecer a gestão descentralizada e regionalizada do SUS, ampliando a articulação regional, a participação popular e o controle social, contribuindo para a adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações de trabalho dos profissionais e trabalhadores da saúde, entre outros, sempre com foco na gestão da saúde, a qual engloba assistência em Saúde Mental (RIO DE JANEIRO, 2011).

Retornemos para informar que seguiremos utilizando as denominações e divisões geográficas do IBGE, conforme planejado inicialmente, por não implicar em modificações internas na composição da microrregião Itaperuna. Para melhor contextualização, apresenta-se o mapa com os municípios da Mesorregião Noroeste, em que se observam as duas microrregiões.

Figura 2: Mapa da Região Noroeste Fluminense



Fonte: BRASIL, 2007b

Além disso, registra-se mais uma vez que, para esta pesquisa, a opção de analisar a gestão da política de SM recaiu sobre a microrregião de Itaperuna, por comportar uma clínica psiquiátrica em funcionamento nos padrões anteriores aos da Reforma Psiquiátrica (2001), a

Clínica de Repouso de Bom Jesus do Itabapoana (CRIL), e por ser Itaperuna o centro econômico e de saúde de todo o Noroeste Fluminense (CEPERJ, 2011; PINHEIRO, 2013).

3.1. Metodologia da Pesquisa – Trabalho de Campo

Desde a elaboração do projeto, planejava-se uma pesquisa qualitativa, utilizando-se o instrumento da entrevista aberta sobre a temática da Gestão de Saúde Mental nos municípios da Região Noroeste do Estado do RJ. Todavia, o aspecto relacionado ao quantitativo de municípios chamou a atenção da banca examinadora no momento de sua apresentação, em abril de 2012, quando foi sugerida uma redução desse número, evidentemente, a partir de um novo parâmetro.

Nos desdobramentos do trabalho de campo, observou-se que a Região Noroeste possui duas microrregiões, tanto para o IBGE quanto para a Secretaria de Saúde do Estado do RJ, as quais são a microrregião de Santo Antônio de Pádua e a de Itaperuna. Como Itaperuna é o município onde é centralizada a saúde de toda a mesorregião noroeste e dela também faz parte o município de Bom Jesus do Itabapoana, que possui um dos desafios da Reforma Psiquiátrica no RJ, a Clínica (psiquiátrica) de Repouso Itabapoana Ltda (CRIL), a opção recaiu sobre a microrregião Itaperuna.

A microrregião definida é integrada por Bom Jesus do Itabapoana, Italva, Itaperuna, Laje do Muriaé, Natividade, Porciúncula e Varre-Sai (IBGE, 2010).

Essa opção mostrou uma rica possibilidade de pesquisa, junto à agravante de que ela é distante dos centros de estudos em Saúde Mental no RJ: Fiocruz, UERJ, UFRJ. Isso é relevante porque a estruturação da rede de SM nos municípios ocorre sob a supervisão de profissionais especializados (com mestrado e doutorado) em SM, que se localizam, com raríssimas exceções, na capital. Para realizar tal supervisão, esse profissional deve vir e permanecer no município pelo tempo contratado.

Inicialmente, também se previu para todos os municípios a possibilidade de se entrevistar os gestores de saúde, os coordenadores de SM e os diretores de CAPS, sendo os últimos somente onde houvesse CAPS. E assim ocorreu até as primeiras entrevistas.

A importância dos dois primeiros encontros deve-se, por um lado, à riqueza de informações coletadas junto ao diretor do CAPS e coordenador municipal de SM de Bom

Jesus do Itabapoana e, por outro lado, ao gestor de saúde de Bom Jesus do Itabapoana, que não autorizou a gravação da entrevista.

Os desdobramentos das inserções no campo de pesquisa foram apontando alguns aspectos relevantes, como a “delegação”, por parte de gestores, das informações a outras pessoas envolvidas na área: *“talvez fosse melhor falar diretamente com a pessoa que designei por confiança a exercer o cargo de coordenador de saúde mental no município. Afinal, ele não conhece o assunto e ou não se interessa, pois são questões estigmatizadas, com pouca relevância política no sentido eleitoral.*

Portanto, as duas primeiras entrevistas mostraram-se basilares para as que se realizariam nos demais municípios. Levaram à organização de novo roteiro de questões, agora fechadas, facilitando a rápida marcação e com a opção de somente entrevistar o gestor de saúde nos próximos municípios, quando não houvesse coordenador de SM e na ausência do coordenador, o diretor do CAPS, caso existisse CAPS. Iríamos ao gestor quando não existisse nenhum dos dois cargos, tendo em vista compreender a inserção dessa assistência na Atenção Básica de Saúde do município, sem coordenador e sem CAPS. Nesse sentido, os agentes da pesquisa foram os seguintes:

Quadro 5: Agente entrevistado por município

Municípios	Agente entrevistado	Período de realização
Itaperuna	Coordenador de SM	Dezembro/2012 (6 ^a)
Bom Jesus do Itabapoana	O Gestor de saúde e o diretor do CAPS I	Julho/2012 (1 ^a)
Italva	Coordenador de SM	Julho/2013 (7 ^a)
Laje do Muriaé	Gestor de Saúde (cumulativamente coordenador)	Dezembro/2012 (5 ^a)
Natividade	Coordenação de SM	Novembro/2012 (3 ^a)
Porciúncula	Diretor do CAPS (cumulativamente coordenador)	Novembro/2012 (2 ^a)
São José de Ubá	Funcionário designado	Julho/2012
Varre-Sai	Subsecretário de Saúde (cumulativamente coordenador)	Novembro/2012 (4 ^a)

Após as entrevistas de Bom Jesus do Itabapoana, os roteiros dos questionários foram revistos e passaram a apresentar itens com possíveis respostas aos próximos entrevistados, definidos com base nas informações elencadas por esse primeiro grupo (BJI), ficando mais estruturadas, mais diretivas que abertas.

Diante do exposto, a seguir serão apresentadas a microrregião de Itaperuna e seus municípios, junto das entrevistas que foram realizadas em torno dos seguintes eixos:

- Identificação;
- Política de Saúde Mental;
- Rede de Saúde Mental;
- Organização, articulação e qualificação da rede de SM;
- Gestão de Saúde Mental;
- Dificuldades e desafios para a implantação e avanço da política na municipalidade.

3.1.1 A microrregião de Itaperuna

Esta microrregião teve seu apogeu com a cultura do café, cujo declínio não foi superado pelas atividades agropecuárias que se seguiram devido, sobretudo, à estrutura fundiária arcaica, baseada na má utilização das terras e na pecuária extensiva, responsável pelo esvaziamento da zona rural. Tais fatores, associados à reduzida expansão das atividades industriais e terciárias, comprometem a geração de emprego e renda na região. É constituída pelo próprio município de Itaperuna, junto aos de Bom Jesus do Itabapoana, Italva, Laje do Muriaé, Natividade, Porciúncula e Varre-Sai (CEPERJ, 2011).

Observa-se, porém, que essa distribuição e organização dos municípios não correspondem à microrregião de saúde no cotidiano dos estabelecimentos de saúde da microrregião de Itaperuna (IBGE), pois na prática e para a SES/RJ, São José de Ubá faz parte da rede de saúde de Itaperuna. Além disso, Cardoso Moreira, que pertence à mesorregião norte, também faz parte da microrregião de saúde de Itaperuna.

Essa divergência foi verificada no documento “1º Seminário de Gestão Participativa em Saúde da Região Noroeste do Rio de Janeiro” (BRASIL, 2007b), que denomina de microrregião Noroeste I (NO I) a microrregião de Itaperuna, conforme Plano Diretor de

Regionalização 2001-2004. Isso suscitou a inclusão ao menos do município de São José de Ubá entre os demais da microrregião de Itaperuna. Cardoso Moreira ficou excluído, mas será referenciado ao caracterizar-se o município de Italva, cidade limítrofe, com quem tal município mantém parceria para os atendimentos em saúde e saúde mental.

Itaperuna é referência para assistência de média e alta complexidade na microrregião e está organizada em quatro módulos assistenciais para resolver suas questões de saúde:

- Módulo Assistencial Natividade, integrado por Natividade, Porciúncula e Varre-Sai;
- Módulo Assistencial Itaperuna, com a sede, Laje do Muriaé e São José de Ubá;
- Módulo Assistencial Bom Jesus do Itabapoana, integrado somente ele próprio; e
- Módulo Assistencial Italva, com Italva e Cardoso Moreira (região norte).

Esses módulos não terão sua dinâmica esclarecida, por se tratar de um detalhamento desnecessário à nossa discussão. Foram trazidos para que se percebam as possíveis associações, articulações e negociações quanto à formação de consórcios que viabilizem a assistência em saúde mental na própria localidade, diante do quantitativo populacional abaixo do previsto em lei para criação de CAPS ou instituição de outro mecanismo de saúde mental, uma vez que a maioria dos municípios da microrregião não chega a 20.000 habitantes, a exceção de Bom Jesus do Itabapoana e Itaperuna.

Sobre o aspecto populacional, a microrregião de Itaperuna apresenta o maior contingente de população do Noroeste Fluminense: 202.102 habitantes, uma vez que a microrregião de Santo Antonio de Pádua possui 115.371 habitantes. O somatório (317.473 habitantes) corresponde à mesorregião noroeste, com cerca de 2 % da população total do Estado do RJ (IBGE, 2010).

Embora com reduzido quantitativo de habitantes em relação às demais mesorregiões do RJ, observaremos a seguir, através da variação populacional nesta microrregião, entre 2000 e 2010 (IBGE, 2010), o contingente de habitantes de cada município que a integra, carente de sistematização de política pública de saúde mental, uma vez que somente dois municípios apresentam o quantitativo mínimo exigido para instituição de sua própria política de saúde mental: Bom Jesus do Itabapoana, para CAPS I, e Itaperuna, para mais mecanismos de saúde mental (RT, CAPS II, CAPSi, CAPSad, CAPS III, UC).

Tabela 4: Variação Populacional na microrregião de Itaperuna, 2000-2010

Microrregião	Município	2000	2010	Taxa de Crescimento
Itaperuna	Bom Jesus do Itabapoana	33.655	35.411	0,51
	Italva	12.621	14.043	1,09
	Itaperuna	86.720	95.841	1,01
	Laje do Muriaé	7.909	7.487	-0,55
	Natividade	15.125	15.082	-0,03
	Porciúncula	15.952	17.760	1,08
	São José de Ubá	6.413	7.003	0,88
	Varre-Sai	7.854	9.475	1,89

Fonte: IBGE, 2010

Diante da possibilidade de os municípios se consorciarem para o atendimento à demanda de saúde mental, dinâmica que vem sendo defendida e indicada pelo COSEMS-RJ, no sentido de ofertar maior resolubilidade às ações em saúde, Italva se consorciou a Cardoso Moreira, município com 12.600 habitantes, da mesorregião norte do RJ, Natividade a Varre-Sai e Porciúncula a Antonio Prado de Minas, município do Estado de Minas Gerais, com 1.671 habitantes. A intenção é de ofertar a assistência em saúde mental na própria “região” do cidadão que procura a rede local para o atendimento de suas necessidades (IBGE, 2010).

Mas, no cotidiano dos municípios, existe resistência a essa dinâmica. Os cidadãos não se contentam com essa oferta um pouco mais distante de seu município porque é uma questão que perpassa suas vidas todos os dias, não sendo fácil esse deslocamento, que às vezes é oferecido pelas prefeituras apenas uma vez por semana. Isso foi registrado pela coordenadora de saúde mental de Italva, município que fez consórcio com Cardoso Moreira para alcançar o patamar de 20.000 habitantes e montar o seu CAPS I. Ela afirma que os moradores de Cardoso Moreira cadastrados no CAPS de Italva só o frequentam uma vez por semana, quando a prefeitura os conduz até a instituição.

Soma-se à questão do deslocamento, a necessidade de controle às crises por surto, abstinência de medicamento ou de álcool e outras drogas, o que deixa a família em situação de pânico e vulnerabilidade total para prosseguir com suas rotinas de vida. A demora para

encontrar uma solução na rede de saúde municipal os leva a procurar a CRIL, em Bom Jesus do Itabapoana, fato registrado por integrantes da rede de Italva (coordenadora de SM) e São José de Ubá (assistente social designada para acompanhar as questões de SM) em visita a essas cidades para conhecimento da assistência em SM e compreensão sobre a gestão de SM nos municípios.

Oportunamente, recorda-se que é necessária a organização da RAPS no município com ou sem CAPS, exatamente para que a assistência se efetive na localidade, fato que ficou mais evidente para os integrantes das equipes de saúde somente a partir da Portaria nº 3.088/2011. Mas a organização da rede de saúde mental na municipalidade vem sendo esclarecida por Amarante (1995) e Delgado (2001) desde o início da Reforma Psiquiátrica, com maior reforço na IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial (2011).

Contudo, a organização dessa rede, quando ocorre, é muito precária, talvez porque “não seja obrigatória”, conforme o coordenador de saúde mental de Italva e Porciúncula afirmaram, ao serem entrevistados para esta pesquisa.

Em seguida, apresentaremos os municípios e a composição de suas redes de saúde mental a partir das informações coletadas nas entrevistas, para buscar responder o que compreende a gestão de saúde mental nos municípios, bem como identificar, no cotidiano, quem se encarrega da função de gestor de saúde mental.

3.1.2 Itaperuna

Itaperuna é o centro de toda a região Noroeste Fluminense, em função de sua evolução histórica e da rede viária implantada, que possibilitou a aproximação com os municípios do seu entorno, bem como a municípios mineiros. Além do cultivo do café, o município contou com outros cultivos junto à pecuária de corte, que viabilizaram o desenvolvimento de atividades comerciais e de prestação de serviços a toda a região (CEPERJ, 2011).

O município, que possui sete distritos, vem apresentando acentuado desenvolvimento do setor agroalimentar, junto à maior vocação industrial da região, com atividades de metalurgia, mecânica leve e material elétrico leve e ao ramo da indústria de confecção, com grande número de pessoas empregadas nessa atividade. Além disso, vem se desenvolvendo

como polo universitário, devido à instalação de faculdades e universidades, tais como UNIG, REDENTOR, IFF e UFF, além da antiga FAFITA, com cursos de graduação e pós-graduação.

Como polo regional de saúde, Itaperuna enfrenta dificuldades financeiras e de pessoal técnico qualificado para o trabalho em saúde (FAZZI, 2013). As dificuldades técnicas e políticas dos municípios do seu entorno sobrecarregam a rede municipal itaperunense. Ainda assim, em Itaperuna localiza-se a Central de Regulação de referências e contra-referências em saúde de todo o noroeste e sua rede atua como polo de cirurgia cardíaca e Terapia Renal Substitutiva (TRS), atendendo, inclusive, a municípios de Minas Gerais e Espírito Santo, junto aos seus munícipes e demais cidadãos fluminenses vizinhos (BRASIL, 2007b).

No momento da entrevista¹¹ à coordenação de SM desse município, foi possível observar as dificuldades financeiras e políticas por que passavam, ao encontrar o quadro funcional de saúde paralisado, oferecendo apenas atendimento emergencial, devido ao não pagamento dos salários há quatro meses, falta de material de uso contínuo e medicamentos. No CAPS, o atendimento era efetuado por um integrante da equipe técnica que estava de plantão, em regime de rodízio com os demais, além da coordenação que se mantinha presente.

A coordenação de SM do município iniciou a entrevista comentando que “*a rede em geral se encontra bastante prejudicada pelo momento político em que se encontra*”. Trata-se de profissional da enfermagem, com especialização em saúde mental, pois além de muitos cursos na área, um inclusive no IPUB/ UFRJ, trabalha há cerca de 30 anos (1979) com essas questões, seja em clínicas psiquiátricas, seja em CAPS, na função de diretor, ou na rede, como coordenador de SM, em Itaperuna. É profissional do quadro efetivo dessa prefeitura, que conhece a realidade anterior e posterior à Reforma Psiquiátrica, fez e faz parte da luta por essa transformação no sistema assistencial em SM.

O profissional dispensou bastante atenção às questões que lhe foram apresentadas, respondendo cautelosamente às mesmas.

Em relação à Política de SM no município, informou conhecer as propostas, apoiando a afirmação de que, no município, compreende:

O acompanhamento e tratamento aos portadores de transtorno mental leve, médio, grave ou severo, inclusive, usuários de álcool e outras drogas, em meio aberto, com o acolhimento humanizado no ambulatório ou através do CAPS, que devem promover a participação dos mesmos na vida em sociedade, conforme os parâmetros da Reforma Psiquiátrica.

¹¹ Itaperuna foi o sexto município a ser entrevistado e essa entrevista ocorreu em 11/12/2012.

Mas ressaltou as particularidades de Itaperuna por ser município de médio porte, informando que Itaperuna possui: 01 ambulatório ampliado de SM, 01 CAPS II, 01 CAPSad, 01 CAPSi e 02 RTs (01 masculina e 01 feminina), o que respondeu automaticamente outra questão sobre os mecanismos adotados pelo município para implantar a Política Nacional de SM, acrescentando a criação do cargo de coordenador de SM desde a implantação do CAPS II (agosto/2001), a criação de dois cargos de diretor (um para o CAPSi e outro para o CAPSad) e muitas tentativas para oficializar as reservas de leitos no hospital da cidade.

A coordenação, devido ao estado de paralisação daquele momento, só informou o quantitativo de usuários cadastrados: 45 Intensivos (I), 75 Semi-Intensivos (SI) e 100 Não-Intensivos (NI), no CAPS II; 190, no CAPSad e 155, no CAPSi, sendo que existem cerca de 600 prontuários no CAPS II e cerca de 350 no CAPSad e CAPSi.

Além disso, acrescentou que o município possui 02 NASFs, 16 PSFs, 01 Posto de Urgência (PU), 01 Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e 03 hospitais filantrópicos (Hospital das Clínicas, São José do Havaí e Santo Antonio dos Pobres).

Sobre as reservas de leitos hospitalares, a coordenação registrou que, em momentos de crise, há necessidade de internação para tratamento, o que pode ser resolvido entre o PU ou a UPA e o CAPS e, se necessário, com a internação em leitos hospitalares previamente negociados para um tempo reduzido (cerca de uma semana, mais um pouco ou menos um pouco), mas trata-se de uma negociação difícil no município. Esclareceu que o hospital já possui grande demanda em geral e não se interessa por essa particularidade que envolveria uma equipe de SM no atendimento, mas foi cauteloso com essa afirmação.

Ao ser questionado em relação aos procedimentos definidos pela Reforma Psiquiátrica e, conseqüentemente, pela Política de Saúde Mental no Brasil, disse que “*concorda com os mesmos, mas ainda precisamos de ajustes*”. E aponta as legislações mais recentes, neste sentido: “*a Portaria nº 3.088/2011, sobre a Rede de Atenção Psicossocial-RAPS, que considera um avanço para a SM no município, mas na prática ainda vai levar tempo*”. Além disso, afirmou que:

É preciso rever o tratamento quando a questão envolve o crack; temos as dificuldades com o PU e os hospitais gerais e são pouquíssimas as instituições ofertadas para esse cuidado, sendo esse um complicador junto à concepção que as pessoas têm de que a internação vai resolver o problema.

Sobre o fato de ser a implantação da PSM a mesma coisa que criar esses mecanismos, cargos e constituir equipes de trabalhadores esclareceu:

Não, além disso, é preciso organizar a rede de SM dentro da rede de saúde local, é preciso estabelecer uma rotina de assistência em SM, qualificar todo o serviço, envolvendo o NASF, os PSFs, os Postos de Saúde e de Urgência, além de recursos financeiros, mas esses não são administrados pela coordenação.

Dessa forma, respondeu a pergunta seguinte quanto ao que seria organizar a rede de SM. Em relação ao bloco de questões sobre a coordenação municipal de SM, foi questionado sobre qual seria o órgão municipal responsável pela execução das funções de gestão da PSM, ao que respondeu: “a coordenação municipal de SM, através de seu coordenador, incluindo a equipe técnica”.

Em seguida, sobre o que é gestão municipal de SM, afirmou serem “todas as ações executadas pelo coordenador de SM, junto à equipe técnica, para que a assistência em SM ocorra. Envolve negociação, articulação e interesse político pela área”. Fez questão de acrescentar que “faz parte da gestão de SM municipal toda a equipe administrativa e de apoio”.

Quanto às funções ou atribuições do coordenador de SM no município, registrou os seguintes tópicos elencados:

- *Exercer as funções de gestão municipal de SM;*
- *Promover o suprimento do CAPS quanto aos aspectos: material de escritório, alimentação, medicamentos etc.;*
- *Promover a Intersetorialidade entre as Secretarias Municipais para a assistência em SM;*
- *Promover o trabalho interdisciplinar na Equipe Técnica do CAPS;*
- *Promover o Acolhimento Humanizado na rede de Saúde e de SM;*
- *Promover a articulação política com representantes de instituições locais, tendo em vista dar visibilidade à proposta da Reforma Psiquiátrica e promover a inclusão das pessoas com transtorno mental na vida da comunidade;*
- *Organizar a rede de SM;*
- *Favorecer e contratar a supervisão clínico-institucional para qualificar o trabalho em SM.*

Não concordou em registrar o item que afirmava ser função do gestor “promover a assistência em SM em conformidade à proposta da Reforma Psiquiátrica e da Política

Nacional de SM”, porque, segundo a coordenação, “*o município promove essa assistência como pode, nem sempre em conformidade à RP, pois sem leitos hospitalares os familiares acabam procurando a CRIL em Bom Jesus do Itabapoana; só ficamos sabendo depois*”.

Ao ser questionado sobre as dificuldades para coordenar a PSM no município, apontou:

- *Escassez de verba;*
- *A interferência política;*
- *Reduzir o estigma social;*
- *Sensibilizar os profissionais de saúde para as questões de SM;*
- *Incluir o atendimento às crises de transtorno mental ou de abuso na utilização do álcool e outras drogas no Posto de Urgência;*
- *Reservar leitos hospitalares para esse tipo de atendimento, no caso de internação por crise;*
- *Controlar a utilização das verbas encaminhadas pela União e Estado para SM, que chega diretamente no fundo municipal de saúde;*
- *Conscientizar a população para a importância do tratamento em meio aberto;*
- *Promover o trabalho intersetorializado para o enfrentamento das questões de SM;*
- *Promover a assistência aos usuários de álcool e outras drogas ilícitas.*

Quanto ao maior desafio a ser enfrentado pela coordenação de SM de Itaperuna, considera a redução do estigma social da população e a sensibilização dos profissionais de saúde para a assistência em SM, conforme preconiza a Política Nacional de SM, principalmente secretários (gestores) e prefeito.

A respeito da supervisão clínico-institucional, como um forte instrumento de qualificação da rede de SM, a coordenação concorda com a importância desse mecanismo, mas afirma que no município existem muitos fatores que a dificultam, entre eles:

A exigência de doutorado em SM, feita ao profissional a ser contratado para supervisão, dificulta a negociação com profissionais da região, exigindo que o mesmo venha dos grandes centros, o que inviabiliza a supervisão ou a desqualifica devido a pouca frequência (quinzenal ou mensal) do profissional na localidade de modo que seja possível perceber e discutir as falhas.

Por fim, o coordenador acrescentou que o município necessita ainda de mais RT, porque tem pacientes no Hospital Heitor Carrilho¹² a serem acolhidos pelo município e crê na necessidade de outros mecanismos para o atendimento às questões de álcool e droga, que foram sugeridas recentemente para municípios com mais de 200.000 habitantes (BRASIL, 2011c).

Além disso, informou que foi apresentado projeto para implantação de CAPS III (uma vez que não foi possível a negociação de leitos hospitalares na rede local), como mecanismo facilitador para internação nas crises por uso excessivo de álcool e outras drogas ou de abstinência, o que poderia evitar as internações na CRIL de Bom Jesus do Itabapoana ou outra da central de acolhimento estadual para reabilitação.

3.1.3 Bom Jesus do Itabapoana

O município de Bom Jesus do Itabapoana foi criado em 1938 (Decreto nº 633/38) e possui cinco distritos, além da sede, representando um dos municípios que despontam na microrregião de Itaperuna.

É o município que ocupa uma localização privilegiada, ao ser atravessado pela Br-186, por onde circula grande tráfego de caminhões e veículos, locomovendo-se entre o Rio de Janeiro, Minas Gerais, Espírito Santo e em direção a todo o Nordeste do Brasil. Essa movimentação permite a expansão de serviços de apoio logístico ao transporte, tais como mecânica, peças, postos de abastecimento, etc., permitindo um crescimento de empresas neste setor, além de pequenos negócios e um incremento no centro comercial da cidade, que exerce influência sob o sul do Espírito Santo e a zona rural do norte de Campos dos Goytacazes. Além disso, ocorre um crescimento das atividades rurais de criação de ovinos e caprinos, pecuária leiteira e cultivo de café (CEPERJ, 2011).

Especificamente como mecanismo de SM, Bom Jesus do Itabapoana possui 01 CAPS do tipo I e 02 RTs, uma masculina e outra feminina. Além disso, a rede de saúde local possui um hospital, 01 PU, 01 Posto de Saúde, 01 NASF, 01 Ambulatório de Saúde e 11 PSFs. O CAPS tem cerca de 630 prontuários, sendo 335 com atendimentos efetivamente registrados,

¹² Heitor Carrilho é nome de Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, localizado no RJ, para onde são encaminhadas as pessoas com transtorno mental que cometeram crimes.

como procedimento ambulatorial de Alta Complexidade: cerca de 50 Intensivos, 100 Semi-Intensivos e 185 Não Intensivos, conforme informou a direção da instituição.

Esse município já foi polo de Terapia Renal Substitutiva (TRS), mas perdeu essa capacidade diante das dificuldades financeiras do hospital, que é filantrópico, para manter esse serviço.

Embora os municípios estejam aqui apresentados em ordem alfabética, o município de Bom Jesus do Itabapoana foi o primeiro a ser entrevistado (julho/2012) e a primeira entrevista foi com o gestor municipal de saúde, que como já foi registrado, não autorizou sua gravação, e foi breve em suas informações, posicionando-se contrário aos valores da Reforma Psiquiátrica, embora tenha afirmado que não os conhece, sempre dizendo que a SM do município está bem representada na figura do profissional que a “coordena”. Trata-se de Médico aposentado, com segunda formação em Direito, que já esteve outras vezes à frente da secretaria municipal de saúde.

Inicialmente, foi questionado sobre a gestão da política de saúde mental e afirmou que *“cabe a ele teoricamente, mas na prática, é desenvolvida pelo diretor do CAPS, que é um profissional mais habilitado, com conhecimento em saúde mental”*. Sua fala aparenta repasse de autonomia ao diretor, o que não se confirma na entrevista à direção.

Questionado sobre como ocorre o preenchimento da vaga de diretor do CAPS, afirmou ser *“este um cargo político, mas que se procura preenchê-lo com profissional que detenha esse conhecimento especificamente”*.

Sobre o preenchimento do quadro de pessoal do CAPS, registrou que *“a lei manda concurso público, mas na prática é por processo seletivo”*.

Questionado se acredita que esse aspecto de contratação faz diferença no atendimento em SM, respondeu que não, diferentemente do outro profissional entrevistado. O gestor afirmou que *“o rodízio de profissionais vai existir sempre por causa dos salários”*, sem atentar para a questão que lhe foi apresentada efetivamente.

Quanto as suas considerações sobre a qualificação em gestão de equipamentos, recursos financeiros e recursos humanos na área de saúde e SM informou serem *“extremamente importantes; fundamentais”*, mas não avançou com esclarecimentos.

Ao ser questionado sobre seu conhecimento quanto às orientações da Lei 10.216/2001, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica brasileira, afirmou que *“não conhece, mas se*

fosse boa funcionava: o que se observa é um aumento na incidência de problemas relacionados ao uso de drogas”, fazendo alusão apenas ao aspecto de outras drogas.

Sobre o atendimento de SM no município, o secretário informou que:

[...] o atendimento de saúde mental no município se inicia no CAPS e que os casos mais graves são internados na clínica psiquiátrica local, a CRIL, mas não por muito tempo, no máximo por uns dois meses; eu não sou favorável à internação de longa duração como dez anos, vinte anos, mas acho que temos que trabalhar com a clínica.

Esse posicionamento levanta a seguinte questão: Que contribuição um secretário de saúde com esse pensamento pode dar para o avanço da PSM no município?

Questionado sobre a função do coordenador, apontou o mesmo profissional diretor, sem distinção entre as atribuições e a importância pertinentes a cada um, o que foi muito ressaltado pelo outro profissional, como relevante e impactante na qualidade do atendimento em saúde mental e no avanço da implementação dessa política na localidade.

O secretário de saúde ressaltou que o maior desafio em sua gestão é “*manter o hospital da cidade aberto e em saúde mental é trabalhar com álcool e droga*”. Nesse instante, acrescentou que “*o município, através da secretaria de saúde, está trabalhando num projeto para que a clínica psiquiátrica da cidade, a CRIL, se transforme em espaço para tratamento de álcool e droga*”.

A direção do CAPS foi esclarecedora em relação à realidade bonjesuense, registrando a dificuldade em atuar na direção do CAPS, tendo que desenvolver o papel de coordenador de SM, que não existe no município, e a dificuldade em trabalhar os valores propostos pela Reforma Psiquiátrica numa comunidade internante como a de Bom Jesus do Itabapoana.

Essa função é ocupada por profissional do Serviço Social, do quadro funcional efetivo da prefeitura como Assistente Social. Encontra-se nesse cargo há três anos e seis meses e anteriormente era integrante da equipe técnica do CAPS, na função de Assistente Social. Afirma que, por forças circunstanciais, exerce também o papel de coordenador de SM do município, pois a criação desse cargo não foi solicitada para aprovação na câmara de vereadores. Esse profissional acredita que:

[...] para se trabalhar com saúde mental é necessário ter afinidade com a área e que um curso de capacitação logo no início poderia facilitar essa percepção: não dá pra trabalhar com saúde mental sem conhecer os

processos suscitados pela Reforma Psiquiátrica propostos pela lei 10.216/2001, é preciso conhecer a legislação vigente sobre saúde mental e SUS, ser sensibilizado para esse trabalho, mas infelizmente não é assim; às vezes, recebe-se até funcionário com dificuldade de relacionamento ou mesmo transtorno mental pra trabalhar aqui, o que só tumultua nosso atendimento... não sou consultada... não me perguntam se concordo... não posso devolver.

Segundo o diretor do CAPS, “o gestor, além de conhecimentos de gestão, também deve conhecer toda a legislação e o movimento da reforma psiquiátrica. Ele não pode ficar em cima do muro, ele precisa ter sensibilidade sobre as questões de internação psiquiátrica”.

Sobre a função de diretor, o mesmo afirmou que:

É função mais administrativa do CAPS, relacionada com a parte de pessoal, da equipe técnica e organização interna do serviço de acolhimento humanizado; o diretor deve articular a PSM dentro do CAPS de modo interdisciplinar e isso não é fácil.

Para o mesmo,

[...] a função de coordenador está mais voltada à articulação da rede municipal e por isso não deveria ser exercido pelo mesmo profissional. É uma atividade mais externa, de trabalho intersetorializado. O coordenador deve elaborar projetos, trabalhar a rede assistencial do município por inteiro, fazer pesquisa para apresentar propostas, propiciar curso de capacitação para qualificar a rede, a equipe NASF, os PSFs, escolas, propor mudanças para melhor fluir a assistência em saúde mental no município, promovendo e ampliando a aceitação das pessoas que apresentam transtorno mental e que utilizam os serviços do CAPS pela comunidade, uma vez que ainda são muito estigmatizados.

Ao ser questionado quanto às dificuldades do diretor para a implementação da Política de SM no município, embora não sejam suas atribuições, respondeu que “o exercício da função de coordenador junto da de diretor é um problema sério: sobrecarrega o diretor, porque não dá pra cuidar do CAPS sem trabalhar a rede. Esse é um esforço que tem que ser conjunto”.

O diretor ressaltou que,

[...] a porta de entrada do serviço de saúde mental do município é o CAPS ou o Posto de Urgência (PU), mas o PU encaminha para a clínica psiquiátrica... A existência da clínica dificulta a mudança da cultura internante da comunidade, mas a equipe técnica do CAPS é pequena, principalmente porque não atende somente aos tradicionais casos de

transtorno mental, atende hoje álcool e outras drogas, com o crack se destacando. São assistências diferentes, são demandas diferentes.

E complementou:

A equipe técnica do CAPS é mínima e rotativa. Como não são contratados por concurso público, eles vão passando em outros concursos e saem. Isso dificulta a capacitação, sensibilização e o domínio da legislação; compromete o atendimento, pois os usuários perdem os seus referenciais e sofrem com essa perda, além de estarmos sempre começando o entrosamento da equipe.

Sobre a Equipe Técnica do CAPS, de acordo com a Portaria nº 336/02, ela deve conter “profissionais de psiquiatria, psicologia, serviço social, enfermagem, farmácia, terapia ocupacional e técnicos de enfermagem”.

O diretor afirmou que “*realiza semanalmente uma reunião com a equipe técnica na tentativa de qualificar a assistência e melhorar as relações interpessoais*”. Quanto a essa afirmação, observa-se uma contradição ao relacionar essa resposta à informação apresentada por um integrante da equipe que queria ser entrevistado. Ele diz que são “*reuniões administrativas, onde não se discutem os casos nem se acrescenta conhecimento técnico; são reuniões marcadas pelo desgaste dos relacionamentos difíceis entre direção e integrantes da equipe técnica*”.

Quanto à necessidade de qualificação da equipe técnica e todo o quadro de trabalhadores do CAPS, o diretor informou que:

Poderia ser suprida pela supervisão técnico-administrativa, mas as dificuldades para a contratação desse profissional são muitas; começam pela discussão da verba, complicam com a exigência de doutorado na área da SM e emperram na distância entre a cidade e o Rio de Janeiro (380 km).

Sobre o encaminhamento de verba para SM, o diretor acrescentou:

[...] vem sendo pleiteado pelos diretores e coordenadores da área o encaminhamento rubricado dessa verba; hoje ela vem diretamente para a saúde, através do fundo municipal de saúde; não vem separado, então o secretário, juntamente com o prefeito, pode direcionar, priorizando a saúde mental ou não.

Questionado sobre o maior desafio do município em relação à política de saúde mental, respondeu que “*é a existência da CRIL junto à cultura internante da comunidade*”.

Conforme afirmou o diretor,

Bom Jesus do Itabapoana tem um CAPS I com a proposta de passar para CAPS III por causa do hospital psiquiátrico descredenciado, mas que continua internando. Nosso município é internante; a clientela da clínica é “de álcool”; eles internam e ficam internados dois ou três meses desnecessariamente; se passarmos para CAPS III, estaremos pensando em qualidade e desonerando o Estado à medida que as internações cairiam para no máximo uma semana. De qualquer forma o nosso CAPS I já recebe recurso superior ao de CAPS I, é conhecido como CAPS extrateto.

Ao finalizar o diretor registrou que “a população bonjesuense interna para resolver conflitos violentos, entre familiares ou não, em situação com possibilidade de ocasionar prisão ou morte de um dos envolvidos, tenha a pessoa transtorno mental ou não. A SM é atravessada por problemas sociais”.

3.1.4 Italva

Italva foi elevada à categoria de município em 1986, através da Lei Estadual 999, quando se desvinculou de Campos dos Goytacazes. A cana de açúcar e o café sempre estiveram presentes na economia da região, que oscila entre o latifúndio e pequenas propriedades. O município é constituído por quatro distritos atualmente e apresenta uma economia fortemente marcada pela agropecuária, pela existência do mármore, da calcita e da dolomita em seu território, junto à presença de órgãos governamentais de pesquisa técnica e de incentivo à agropecuária, como a Siagro-Rio, a Emater-Rio e terras da Fazenda Experimental, que impulsionam o comércio em geral, a construção civil, os aluguéis e a rede bancária (IBGE, 2010).

Esse município foi o penúltimo a ser visitado para as entrevistas, ou seja, o sétimo na sequência, que ocorreu no dia 03/07/2013. Como esclarecimento para essa demora, informa-se que, embora Italva tenha ficado para contato no ano de 2013, foi preciso esperar as mudanças de governo, posteriormente a festa da cidade e, por último, o impasse para o agendamento, por haver duas pessoas respondendo como coordenador de SM na cidade e uma delas ter informado que primeiro precisaria de autorização do secretário municipal de saúde e do prefeito para a realização da entrevista.

Mas essa pessoa questionou sobre o assunto. Ao tomar ciência do tema, admitiu que não era coordenadora de SM do município, sugerindo que falasse com a outra pessoa. Feito esse contato, ficou esclarecido que o outro profissional estava recentemente ocupando o cargo de assessor de saúde, atuando como diretor do CAPS e se apresentando como coordenador de SM. Isso é visto pelo coordenador como uma interferência da política, pois a pessoa acredita que existe a possibilidade de perder o cargo para esse outro profissional que ainda não detém conhecimento do fluxo de trabalho da área, mas conclui afirmando “*eu também tenho meus parceiros*”.

Resolvido o impasse, a entrevista foi efetuada no CAPS da cidade, onde o coordenador informou que o município possui uma coordenação de SM, da área de psicologia, que está no cargo há três anos, que não faz parte do quadro efetivo da prefeitura e não recebeu qualificação para atuar especificamente nesta área, mas acredita que sua formação seja um facilitador, o que foi afirmado também pelo coordenador de Natividade e pelo diretor do CAPS I de Porciúncula.

Sua disposição demonstrou muito compromisso com todas as informações solicitadas e questões efetuadas, por entender que essa é uma oportunidade valiosa para se falar sobre a realidade da SM no município, fato que foi registrado também em Bom Jesus do Itabapoana, Porciúncula, Varre-Sai, Natividade e por São José de Ubá, mas, nesse último, pela pessoa a quem o secretário de saúde delegou oficialmente a incumbência de resolver essas questões.

A coordenação de SM de Italva conhece as orientações básicas da PNSM e propôs ajustes na resposta sugerida, tendo em vista a particularidade do município. Conforme a coordenação,

[...] as orientações básicas da PNSM compreendem no município o acompanhamento e tratamento aos portadores de transtorno mental médio, grave ou severo, em meio aberto somente fora da crise, com Acolhimento Humanizado através do CAPS, que deve promover a participação dos mesmos na vida em sociedade, conforme os parâmetros da Reforma Psiquiátrica. Mas, se for caso de álcool e outras drogas, passam primeiro pelo ambulatório de SM do município. E em qualquer circunstância, se precisar de internação, encaminha-se para a CRIL em Bom Jesus do Itabapoana, pois o município não tem hospital.

Ao ser questionado quanto ao seu posicionamento em relação aos procedimentos definidos pela Reforma Psiquiátrica e, conseqüentemente, pela PSM no Brasil, afirmou que concorda,

[...] pois o tratamento em meio aberto atende aos Direitos Humanos possibilitando uma recuperação mais rápida do indivíduo em crise. Além disso, o portador de transtorno mental médio ou severo envolve acompanhamento de diversos aspectos da existência humana, sendo agravado com o isolamento social do indivíduo em tratamento. Mas em caso de crise, no município não temos essa solução não.

Sobre os mecanismos adotados no município para implantação da PNSM informou: 01 CAPS I, 01 RT masculina, 01 cargo de coordenador de SM, 01 ambulatório geral com psiquiatra e psicólogo para SM, 01 PU, “*sem hospital e sem reserva de leito hospitalar em lugar algum, portanto, o caminho é a CRIL em Bom Jesus mesmo. Não temos hospital e Itaperuna não interna esses casos porque está sobrecarregada*”.

E ressaltou:

O município não tem o cargo de diretor de CAPS, o mesmo é exercido por um assessor contratado pela saúde municipal e se apresenta como coordenador do CAPS. Foi essa pessoa, com reduzido conhecimento de SM e contratada pelos atuais gestores que se apresentou como coordenadora do CAPS. Como não conhece a rede acabou tendo que dizer que existe uma outra coordenadora. Às vezes, penso que só estou aqui por ser bem parceira do Ministério Público da cidade. Esse é um dos problemas políticos da SM.

Questionado sobre ser a PNSM a mesma coisa que a criação dessas instituições, cargos e composição da equipe de trabalhadores afirmou que “*Não, além disso, é preciso organizar a rede de SM em parceria com a saúde local, estabelecer uma rotina de assistência em SM e qualificar todo o serviço, o que corresponde ao processo de Gestão de SM*”.

Para essa coordenação, organizar a rede de SM significa:

Criar a coordenação, o CAPS, a direção do CAPS e a RT, qualificar o NASF, os PSFs, os Postos de Saúde, Postos de Urgência, orientando quanto aos caminhos a serem adotados para um atendimento em SM, além de pactuar a assistência em SM através de consórcio, o que foi feito com Cardoso Moreira para possibilitar a abertura de nosso CAPS.

Em seguida, o coordenador informou que “*Italva possui 01 NASF, 03 PSFs, 01 PU e 01 Posto de Saúde, além do já relatado. No CAPS existem 25 usuários Intensivo, 49 como Semi-Intensivo e 54 Não Intensivo, somando 128; mas muitos atendimentos se perdem na rede*”.

Sobre qual o órgão que exerce a função de Gestão da PSM respondeu categoricamente que “*deveria ser a Secretaria Municipal de Saúde, através de seu gestor, mas na prática é a Coordenação municipal de SM, através de seu coordenador*”.

Quanto à questão o que é gestão municipal de SM respondeu:

São as ações que proporcionam a criação de mecanismos e instituições previstos em lei para o estabelecimento do programa de SM no município, bem como, a qualificação das equipes de saúde e de saúde mental para a assistência na rede local e o acompanhamento do atendimento em conformidade às propostas da Reforma Psiquiátrica e à Política Nacional de SM.

Mas acrescentou que “*Seria tão bom se fosse assim. Isso é como uma utopia a ser alcançada. Na prática, são as ações que no município são executadas pelo coordenador de SM e longe de ser como deveria, é como dá pra ser*”.

A coordenação de SM de Italva apresentou as seguintes funções ou atribuições como sendo do coordenador de SM do município:

- *Promover todas as ações necessárias para que a Política Nacional de Saúde Mental se instale e funcione no município em conformidade aos parâmetros da Reforma Psiquiátrica;*
- *Exercer as funções de gestão de SM no município;*
- *Promover a administração e qualificação de Recursos Humanos para a assistência em SM;*
- *Fiscalizar, acompanhar e Controlar a utilização das verbas de SM, pois aqui eu faço isso sim;*
- *Promover a Intersetorialidade entre as Secretarias Municipais para a assistência em SM;*
- *Promover o trabalho interdisciplinar na Equipe Técnica do CAPS;*
- *Promover o Acolhimento Humanizado na rede de Saúde e de SM;*
- *Promover a articulação política com representantes de instituições locais, tendo em vista dar visibilidade à proposta da Reforma Psiquiátrica e promover a inclusão das pessoas com transtorno mental na vida da comunidade e*
- *Organizar a rede de SM.*

A coordenação apresentou reservas em relação aos itens abaixo, não incluídos na relação anterior:

1. *Proporcionar o suprimento do CAPS quanto aos aspectos: material de escritório, alimentação e medicamentos;*

2. *Promover a elaboração de pesquisa para identificação de necessidades de usuários e trabalhadores do CAPS, tendo em vista o Acolhimento Humanizado na instituição;*
3. *Promover a assistência em SM em conformidade à proposta da Reforma Psiquiátrica e da Política Nacional de SM; e*
4. *Favorecer e contratar a supervisão clínico-institucional para qualificar o trabalho em SM.*

Sobre esse aspecto esclareceu,

Em relação ao primeiro item, que essa é uma atividade exercida pela assessor/diretor/coordenador do CAPS de Italva. Quanto ao segundo item, porque não tem profissionais para isso, a equipe é muito reduzida. Sobre o terceiro item afirma que é uma assistência comprometida pela falta de condições do município resolver o problema dos seus surtados, o caminho é inevitavelmente a CRIL em Bom Jesus. Quanto ao último item, não se percebe a importância da supervisão clínico-institucional ou não se pretende perceber diante dos outros problemas de saúde do município.

Questionada sobre as dificuldades para coordenar a PSM no município, só excluiu o item escassez de verba, pois, segundo o coordenador, “*se utilizassem a verba que vem na SM seria o bastante*”. E registrou as seguintes dificuldades:

1. *A especificidade da área de SM*
2. *O distanciamento da capital que dificulta a qualificação na área;*
3. *O distanciamento da capital que dificulta a supervisão clínico-institucional;*
4. *A interferência política;*
5. *Articular a rede de SM;*
6. *Reduzir o estigma social;*
7. *Sensibilizar os profissionais de saúde para as questões de SM;*
8. *Incluir o atendimento às crises de transtorno mental ou de abuso na utilização do álcool e outras drogas no Posto de Urgência;*
9. *Reservar leitos hospitalares para esse tipo de atendimento, no caso de internação por crise;*
10. *Controlar a utilização das verbas encaminhadas pela União e Estado para a SM que chega diretamente no fundo municipal de saúde;*
11. *Conscientizar a população para a importância do tratamento em meio aberto;*
12. *Promover o trabalho intersectorializado para o enfrentamento das questões de SM;*
13. *Reduzir ou fechar a Clínica de Repouso Itabapoana Ltda em Bom Jesus do Itabapoana e*
14. *Promover a assistência aos usuários de álcool e outras drogas ilícitas.*

Em relação aos itens relacionados, a coordenação sugeriu:

No item 4, a interferência política, a marcação de infinitos x. No item 7, sobre a dificuldade de sensibilizar os profissionais de saúde para as

questões de SM, afirma que eles, às vezes, não querem atender os usuários da SM nem por uma questão clínica, uma doença mesmo. Quanto ao item 9, a solução pode estar no PU, com a manutenção do paciente lá até uma melhoria do quadro geral, mas isso é quase impossível. Quanto ao item 13, só é possível fechar a CRIL se encontrarmos uma solução para as crises ou necessidade de desintoxicação.

Sobre outras dificuldades que gostaria de acrescentar, registrou “*a internação pelo CENTRA-RIO, central que regula e autoriza as internações psiquiátricas, leva entre 3 e 4 meses*”. E aponta, “*creio mesmo que faltam políticas públicas para municípios de pequeno porte*”. Além disso, afirmou que “*os municípios não se estruturam para arcar com esses compromissos porque não existe obrigatoriedade*”, fato registrado também no município de Porciúncula.

Para o coordenador de SM de Italva, seu maior desafio no município é “*desmistificar o conceito de SM, acabar ou minimizar o estigma que recai sobre a área*”.

Segundo o coordenador,

O município não necessita de mais RTs e para melhorar a atenção em SM talvez fosse o suficiente ampliar a equipe técnica do CAPS e do CRAS, pois enquanto o município não se nutre de mecanismos para os momentos de crise e desintoxicação, a CRIL em Bom Jesus, embora não trate, tem sido a solução para o problema.

Quanto à supervisão clínico-institucional para qualificar a rede de SM, o coordenador concordou,

[...] mas a exigência de doutorado em SM, feita ao profissional a ser contratado para supervisão, dificulta a negociação com profissionais da região, exigindo que o mesmo venha dos grandes centros, o que inviabiliza a supervisão ou a desqualifica devido a pouca frequência (quinzenal ou mensal) do profissional na localidade de modo que seja possível perceber e discutir as falhas.

Informou que nunca houve supervisão clínico-institucional em Italva, “*pois a secretaria municipal de saúde alega que não tem como arcar com a manutenção desse profissional no município nem o compreende como importante para SM*”.

Por fim, a coordenação acrescentou que “*o NASF e os PSFs não contribuem ou participam da assistência em SM no município e apresentam resistência às questões da*

área”. Afirma que “*são preconceituosos e estigmatizam as pessoas que possuem transtorno mental ou utilizam álcool ou outras drogas*”.

3.1.5 Laje do Muriaé

Trata-se de município emancipado de Itaperuna em 1962, sendo economicamente o menor município da microrregião Itaperuna e o penúltimo em população (7.487 habitantes) que, conforme o IBGE (2010) teve esse último aspecto reduzido no período 2000-2010. Não possui hospital, possui PU e ambulatório, com psiquiatra, entre outros profissionais. Além disso, no município existe o cargo de coordenador de SM e uma pactuação de consórcio com Itaperuna em andamento, o que não foi confirmado pelo coordenador de SM de Itaperuna.

O gestor de saúde municipal de Laje do Muriaé acumula o cargo de coordenador de SM, em um município que não tem CAPS, e após várias afirmações por telefones de que em Laje não existia nada de SM, convenceu esta pesquisadora a entrevistá-lo no Hospital São José do Havaí, em Itaperuna, onde trabalha como profissional de enfermagem.

Esse gestor foi o único entre todos os entrevistados que aparentou estar aborrecido com as questões que lhe foram direcionadas, deixando a impressão de que não gostaria mais de conversar sobre aquele assunto, ao comentar que haviam perdido a eleição, mas era difícil compreender de fato seus motivos, afinal estávamos em seu local de trabalho, em meio a muitos problemas do cotidiano hospitalar, falando de um quadro que em breve não lhe pertenceria mais. Diante da sugestão de novo agendamento no município retrucou: “*vamos logo com isso*”.

A entrevista, que foi a quinta na sequência, foi realizada no dia 04/12/2012, em 20 minutos, em meio a muito contratempo, após três horas de espera e sem permissão para gravação pois, segundo o mesmo, não havia muito a ser dito e estava sem tempo para melhor elaboração das respostas.

Contudo, demonstrou grande conhecimento sobre o assunto ao responder rapidamente todas as questões e desde o início informou que “*o município apresenta dificuldades para assistência nessa área e com a mudança de prefeito a situação vai piorar mais ainda*”.

Sobre as orientações básicas da PNSM, a coordenação disse que “*desconhece, não leu a legislação*”, mas registrou prontamente que:

[...] corresponde ao acompanhamento e tratamento aos portadores de transtorno mental médio, grave ou severo, inclusive, usuários de álcool e outras drogas, em meio aberto, que deve promover a participação dos mesmos na vida em sociedade, conforme os parâmetros da Reforma Psiquiátrica.

Acrescentou que “o cotidiano do município mostra como seria, mas não temos CAPS porque a legislação não permite”.

Em relação ao seu posicionamento sobre os procedimentos definidos pela Reforma Psiquiátrica e pela PNSM no Brasil, pontuou sem demora: “Concordo, pois o tratamento em meio aberto atende aos Direitos Humanos possibilitando uma recuperação mais rápida do indivíduo em crise, mas em crise temos que pensar ou no pronto socorro ou em internação porque não temos hospital”.

O coordenador municipal de SM informou que “implantar a PNSM não é a mesma coisa que criar essas instituições, cargos e constituir equipes de trabalhadores, como se diz no cotidiano”. Além disso, “é preciso organizar a rede de SM em parceria com a rede de saúde local, estabelecer uma rotina de assistência em SM e qualificar todo o serviço, o que corresponde ao processo de Gestão de SM”. Acrescentou o que considera mais difícil: “conscientizar a família e a comunidade sobre o processo de tratamento”.

Essa coordenação esclareceu que organizar a rede de SM no município é:

[...] criar a coordenação, o CAPS, a direção do CAPS e a RT, além de qualificar o NASF, os PSFs, os Postos de Saúde, Postos de Urgência, orientando quanto aos caminhos a serem adotados para um atendimento em SM e Pactuar a assistência em SM através de consórcio, se for o caso. Mas que a realidade do município não comporta CAPS e lá não existe NASF.

Sob a afirmação de que a secretaria municipal de saúde, através de seu gestor, é o órgão responsável pela Gestão da Política de SM no município, a coordenação, ora representada pelo gestor de saúde, definiu prontamente:

Gestão municipal de SM compreende as ações que proporcionam a criação de mecanismos e instituições previstos em lei para o estabelecimento do programa de SM no município, bem como, a qualificação das equipes de saúde e ou de SM para a assistência na rede local e o acompanhamento do atendimento em conformidade às propostas da Reforma Psiquiátrica e à Política Nacional de SM.

E acrescentou:

[...] mais a gestão dos recursos financeiros e de pessoas qualificadas ao atendimento para adesão ao tratamento conforme a Reforma Psiquiátrica, a PSM, para trazer os internos da CRIL para o município com a criação de RT, uma vez que a família não quer receber seu familiar de volta.

A partir da consideração de que o município não tem CAPS, o gestor municipal de SM tem a função ou atribuição de:

- *Promover a administração e qualificação de Recursos Humanos para a assistência em SM;*
- *Promover a Intersetorialidade entre as Secretarias Municipais para a assistência em SM e*
- *Organizar a rede de SM.*

O gestor informou que Laje do Muriaé tem um hospital com dois leitos reservados para o atendimento às crises e que as maiores dificuldades encontradas para gerir a PSM no município relacionam-se “*a própria especificidade da área de SM, a escassez de verba e a interferência política*”. Quanto ao maior desafio, “*relaciona-se à família*”, referindo-se aos familiares de pessoas com histórico de internação de longa data na CRIL, em Bom Jesus do Itabapoana, que não os aceitam de volta ao seio familiar.

Ao conversar sobre a qualificação da rede e o acolhimento humanizado, o gestor discorreu sobre os trabalhadores, preferindo os contratados. Apontou “*a baixa remuneração como o maior problema para a qualificação*”; atribui a esse fator o rodízio de funcionário, que *compromete a qualidade da assistência ofertada*”; e afirmou que “*o município precisa implantar um plano de cargos e salários e melhorar os salários para ter funcionários mais satisfeitos*”.

Questionado sobre a participação do NASF e dos PSFs na assistência em SM, o gestor registrou:

[...] o município não tem NASF; planejávamos implantá-lo no próximo ano, mas a política mudou; agora teremos um secretário de saúde que era atendente de balcão numa farmácia... Quanto aos PSFs, seus funcionários fornecem orientações aos usuários sobre as propostas da Reforma Psiquiátrica e o fluxo da assistência no município.

Ao final, o gestor desabafou:

[...] município pequeno como o nosso precisa de mais apoio do governo estadual para pactuar as ações, necessita de incentivo e recursos para que as mesmas sejam cumpridas. Queriam que montássemos um CAPS junto de Varre-Sai; é muito longe. Temos um psicólogo e um psiquiatra para atender na rede local, é o que podemos fazer.

3.1.6 Natividade

É município desde 1947 e possui dois distritos em sua organização política. A economia foi marcada inicialmente pela produção de café e diversificada mais tarde pela pecuária, com gado de corte e de leite, e as atividades agrícolas, como plantação de arroz, milho e feijão. Na atualidade, o município desenvolve o turismo rural e o turismo religioso, diante dos relatos da aparição de Nossa Senhora de Natividade (IBGE, 2013).

A entrevista com o coordenador de SM do município foi a terceira a ser realizada para essa pesquisa e ocorreu no dia 12/11/12, no próprio CAPS I, que, segundo o coordenador, “é dirigido por um assessor da coordenação de SM, junto do coordenador”.

O cargo de coordenador é ocupado por profissional da área da psicologia desde 2002 e não possui formação específica em SM. Embora não seja servidor público efetivo, encontra-se nesse cargo há nove anos.

Ao ser questionado sobre quais seriam as orientações básicas da Política Nacional de SM apontou:

Acompanhar e tratar os portadores de transtorno mental médio, grave ou severo, inclusive, usuários de álcool e outras drogas, em meio aberto, com Acolhimento Humanizado através do CAPS, que deve promover a participação dos mesmos na vida em sociedade, conforme os parâmetros da Reforma Psiquiátrica.

A coordenação posicionou-se favoravelmente aos preceitos da RP e da PNSM no Brasil e registrou:

O tratamento em meio aberto atende aos Direitos Humanos possibilitando uma recuperação mais rápida do indivíduo em crise. Além disso, o portador de transtorno mental médio ou severo envolve acompanhamento de diversos aspectos da existência humana, sendo agravado com o isolamento social do indivíduo em tratamento.

Sobre os mecanismos adotados pelo município para implantar essa política, informou:

Possuímos 01 CAPS I devido ao consórcio com Varre-Sai, temos 01 RT masculina, 01 coordenador municipal de SM, 01 assessor para o acompanhamento do CAPS, 01 PU e 01 hospital, que trabalha em parceria com a SM atendendo as crises, e estamos providenciando a qualificação dos PSFs para auxiliar na assistência em SM. Ainda não temos NASF.

Em relação à implantação da PNSM no município, afirmou não ser o mesmo que criar essas instituições, cargos e equipe de trabalhadores. *“Além disso, é preciso organizar a rede de SM em parceria com a rede de saúde local, estabelecer uma rotina de assistência em SM e qualificar todo o serviço, o que corresponde ao processo de Gestão de SM”.*

A coordenação relatou que a secretaria de saúde municipal, através de seu gestor, é quem deveria exercer a gestão e seu representante, a função de gestor da PSM no município, *“mas que na verdade esse é um quadro acompanhado de perto pela coordenação”.*

Questionado sobre o que é gestão municipal de SM, apontou que:

São as ações que proporcionam a criação de mecanismos e instituições previstos em lei para a criação do programa de SM no município, além da qualificação das equipes de saúde e ou de SM para a assistência à rede local e o acompanhamento do atendimento em conformidade às propostas da Reforma Psiquiátrica e à Política Nacional de SM.

Sobre as funções ou atribuições do coordenador de SM no município, indicou:

- *Promover a administração e qualificação de Recursos Humanos para a assistência em SM, indiretamente;*
- *Proporcionar o suprimento do CAPS quanto aos aspectos: material de escritório, alimentação e medicamentos;*
- *Promover diariamente a Intersetorialidade entre as Secretarias Municipais para a assistência em SM;*
- *Promover diariamente a interdisciplinaridade na Equipe Técnica do CAPS;*
- *Promover o Acolhimento Humanizado na rede de Saúde e de SM;*
- *Promover a assistência em SM em conformidade à proposta da Reforma Psiquiátrica e da Política Nacional de SM;*
- *Promover a articulação política com representantes de instituições locais, tendo em vista dar visibilidade à proposta da Reforma Psiquiátrica e promover a inclusão das pessoas com transtorno mental na vida da comunidade.*

Segundo a coordenação, as maiores dificuldades para exercer a função de coordenar a Política de SM no município compreende:

- *A especificidade da área de SM;*

- *O distanciamento da capital que dificulta a supervisão clínico-institucional;*
- *A interferência política;*
- *Reduzir o estigma social;*
- *Sensibilizar os profissionais de saúde para as questões de SM;*
- *Promover o trabalho intersetorializado para enfrentar as questões de SM;*
- *Promover a assistência aos usuários de álcool e outras drogas ilícitas.*

O coordenador acrescentou às dificuldades, além dos termos indiretamente e diariamente nos itens acima, “*a capacitação dos trabalhadores da SM*”, o que para o mesmo corresponde ao maior desafio da área: “*qualificar e capacitar os profissionais, junto a desmistificar o usuário do CAPS*”.

Esse profissional acrescentou que não percebe a necessidade de criação de mais RT e quanto a outros mecanismos ou ampliação dos que existem, registrou que “*sente a necessidade de que algo seja feito na rua*”, não indicando nenhum dos itens apresentados. Pontuou que “*talvez a criação do próprio NASF ou outro lugar mais aberto para atrair e discutir essas questões*”.

Em relação à supervisão clínico-institucional, a coordenação concordou com dois dos itens apresentados:

- *Concordo, principalmente para município distante da capital, pois temos dificuldade para qualificar nossos profissionais para atuar em SM através de cursos formais na região.*
- *Concordo, mas a exigência de doutorado em SM, feita ao profissional a ser contratado para supervisão, dificulta a negociação com profissionais da região, exigindo que o mesmo venha dos grandes centros, o que inviabiliza a supervisão ou a desqualifica devido a pouca frequência (quinzenal ou mensal) do profissional na localidade de modo que seja possível perceber e discutir as falhas.*

Além disso, comentou que “*o olhar sobre a necessidade dessa supervisão já melhorou muito, mas ainda não tivemos nenhuma*”.

Questionado sobre a quantidade de usuários cadastrados no programa de SM do município, informou: “*38 usuários Intensivos, 53 Semi-Intensivos e 103 Não-Intensivos. De 30 a 35 pelo uso de álcool e outras drogas; mais álcool que droga, mas o atendimento a usuário de outras drogas está aumentando*”.

Diante da solicitação de dados referentes ao controle por procura pelo órgão público para tratamento pelo uso abusivo de álcool ou outras drogas, afirmou que “*esse controle ainda não está sendo feito, mas muitos vêm, se informam, agendam, afirmam que vão aderir ao tratamento e não voltam*”.

3.1.7 Porciúncula

A origem e o desenvolvimento de Porciúncula sempre estiveram ligados a Itaperuna, desmembrando-se somente em 1947, quando se emancipou como município, constituindo-se por três distritos. Sua topografia apresenta rios com inúmeras cachoeiras, além da pedra elephantina, localizada a 992 m de altura, envolta a muita beleza pela sua similaridade com o elefante e pela vegetação e vales do entorno. Além disso, Porciúncula sedia etapas do campeonato estadual de vôo livre desde os anos de 1980, atraindo muito turismo relacionado a esse esporte (IBGE, 2013).

Esse agendamento foi efetuado pessoalmente, e antes de localizar o CAPS, foi possível contatar o subsecretário de saúde municipal. Após apresentação, informou ser de fato superintendente de saúde, o que equivale, no município de Porciúncula ao cargo de subsecretário de saúde. Disse que estaria a disposição para a entrevista, caso fosse realmente necessário, e interrogou sobre o assunto em questão. Diante da informação de que seria sobre gestão de saúde mental, pontuou que esse assunto não seria com ele nem com o gestor, pois quem conhece a saúde mental do município é o diretor do CAPS. E acrescentou que, sobre essa política nos municípios, “*deveria existir uma lei municipal ou um decreto*”, pois isso delimitaria verba e possibilitaria cobrança sobre esse assunto. Foi além ao informar que “*esse assunto de gestão é muito técnico e burocrático, mas estou a disposição; podemos marcar e gostaria de ter retorno depois*”.

A entrevista com o diretor do CAPS I de Porciúncula foi a segunda a ser realizada, tendo ocorrido em outubro de 2012 e durado cerca de três horas. Esse diretor demonstrou grande interesse em expor todas as informações e dificuldades sobre a SM no município e iniciou registrando a ausência momentânea de coordenador de SM municipal, que havia pedido exoneração.

O diretor do CAPS de Porciúncula, que no momento acumulava a função de coordenador de SM, é profissional de psicologia (1994), com qualificação em SM e servidor

público contratado há quatro anos pela prefeitura do município. Ele mostrou o CAPS todo, apresentou funcionários e usuários, tecendo comentários e informando que possuem cerca “*de 1.700 prontuários, com um total de 156 cadastrados no CAPS, 46 Intensivos, 48 Semi-Intensivos e 62 Não-Intensivos*”.

O CAPS de Porciúncula foi o único município que apresentou dados sobre transtorno mental provocado pelo uso abusivo do álcool, que segundo o diretor, “*são 14; e pelo uso de outras drogas, 10*”, acrescentando que “*por comorbidade são 13*” e que “*o CAPS não faz controle sobre a procura que ocorre no cotidiano por orientação quanto ao tratamento pelo uso abusivo do álcool ou outras drogas*”.

O diretor informou que a Equipe Técnica do CAPS possui “*01 psiquiatra, 02 psicólogos (um é diretor), 01 enfermeiro, 01 técnico de enfermagem, 01 artesão e nenhum assistente social, farmacêutico e terapeuta ocupacional*”. Além disso, “*possui 01 profissional na equipe administrativa e 02 na equipe de apoio para tudo*. E comenta: *se tivéssemos pelo menos o que está determinado em lei já seria muito bom*”.

E continuou:

[...] pra complicar, a maioria é contratado. Isso é um problema; contribui para a rotatividade de funcionários, que aqui nem acontece muito porque ninguém quer trabalhar no CAPS, mas compromete a qualidade do serviço, dificulta a formação de vínculo entre usuários e profissionais; contribui para o desperdício de verba pública, se houvesse qualificação da equipe que não permanece na instituição.

Ao falar sobre o CAPS, os usuários, o quadro técnico, a rede de saúde da cidade e o trabalho em SM, o diretor acabou afirmando que “*a população tem medo dos usuários do CAPS, o que se percebe também nos profissionais de saúde do município*”. Esses dados foram registrados entre as dificuldades para dirigir o CAPS e apontados como maior desafio do diretor do CAPS, como veremos mais adiante.

Segundo esse diretor, as orientações básicas da PNSM no município,

[...] compreende o acompanhamento e tratamento aos portadores de transtorno mental médio, grave ou persistente, inclusive, usuários de álcool e outras drogas, em meio aberto, com internações apenas em caso de crises e Acolhimento Humanizado através do CAPS que deve promover a participação dos mesmos na vida em sociedade, conforme os parâmetros da Reforma Psiquiátrica.

Sobre seu posicionamento quanto aos procedimentos definidos pela Reforma Psiquiátrica e, conseqüentemente, pela PSM no Brasil, o diretor afirmou que concorda, porque:

[...] o tratamento em meio aberto atende aos Direitos Humanos possibilitando uma recuperação mais rápida do indivíduo em crise. Além disso, o transtorno mental médio ou severo envolve acompanhamento de diversos aspectos da existência humana, sendo agravado com o isolamento social do indivíduo em tratamento; a internação só deve ocorrer em caso de crise.

Em relação a essa resposta que lhe foi apresentada, acrescentou: “*mas em crise tem que levar para o hospital psiquiátrico; a família fica mais tranqüila, embora comumente seja a causadora da crise que pode ser até manipulada. Estamos sem parceria com o PU e o hospital*”.

Conforme a direção do CAPS, o município adotou os seguintes mecanismos para implantar a Política Nacional de SM :

Criou o CAPS I para atender também aos moradores de Antonio Prado de Minas (MG) e funcionar como ambulatório de SM da cidade. Não temos ambulatório de SM nem RT, que estamos para abrir uma. Temos o PU e o hospital: o PU é parceiro no atendimento emergencial, mas o hospital não concorda com a reserva de leitos porque não tem como contratar mais um psiquiatra (um trabalha no CAPS).

Nesse sentido, observa-se que o diretor não incluiu o cargo de diretor do CAPS e o de coordenador de SM entre os mecanismos de SM do município. Mesmo assim, esse CAPS I representa, por um lado, um avanço da PSM no município, pois somando as duas populações (19.431 habitantes) não se alcança os 20.000 habitantes necessários para sua criação. Por outro lado, ele concentra todo tipo de assistência em SM naquela localidade, atendendo os casos mais severos, graves e médios junto aos casos mais simples, como uma depressão leve, que deveria ocorrer no ambulatório de SM, ou seja, o CAPS atende a toda a demanda de SM do município, inclusive apresenta solução para os momentos de crise. Mas está sendo negociado o atendimento a crises com o hospital da cidade.

O diretor informou que implantar a PNSM no município não é a mesma coisa que criar o CAPS, alguns cargos e organizar uma equipe de trabalhadores. Embora isso faça parte, “*o município faz como pode, mas deveria organizar a rede de SM em parceria com a rede de*

saúde local, estabelecer uma rotina de assistência em SM e qualificar todo o serviço, o que corresponde ao processo de gestão de SM; mas, quase sempre, não ocorre dessa forma”.

Quanto ao que significa organizar a rede de SM no município, informou:

Aqui significou a criação do cargo de coordenador de SM e de diretor de CAPS, o CAPS I, a RT e a pactuação da assistência em SM através de consórcio com o município limítrofe de MG, Antonio Prado de Minas. Tudo isso sem nenhuma qualificação, nós aqui do CAPS é que lutamos, insistimos e buscamos para ampliar as soluções por aqui mesmo, mas é muito difícil. Tudo vem parar no CAPS: os PSFs, o posto de saúde, o PU encaminham tudo que parecer ser da área de SM para o CAPS e nós é que damos encaminhamento. Às vezes, escapa, a família está cansada, e vai parar na CRIL em Bom Jesus do Itabapoana.

Questionado sobre o órgão municipal responsável pela gestão da política de SM, respondeu que *“a direção do CAPS, através de seu diretor”*.

Sobre quais seriam as funções ou atribuições do diretor do CAPS disse, *“vou falando e você vai encaixando aí, mas um bom resumo seria: promover todas (ressaltou) as ações necessárias para que a assistência em SM se desenvolva no CAPS, conforme os preceitos da Reforma Psiquiátrica e da Política Nacional de Saúde Mental”*.

Na prática envolve:

- *Suprir o CAPS quanto aos aspectos: material de escritório, alimentação e medicamentos;*
- *Promover a Intersetorialidade entre as Secretarias Municipais para a assistência em SM;*
- *Estimular o trabalho interdisciplinar na Equipe Técnica do CAPS;*
- *Proporcionar visitação, por integrantes da equipe técnica, aos usuários do CAPS;*
- *Buscar integração da equipe de trabalho do CAPS a fim de proporcionar Acolhimento Humanizado;*
- *Promover o Acolhimento Humanizado na rede de Saúde;*
- *Proporcionar a assistência em SM em atenção à proposta da Reforma Psiquiátrica e da Política Nacional de SM;*
- *Promover a articulação política com representantes de instituições locais, tendo em vista dar visibilidade à proposta da Reforma Psiquiátrica e proporcionar a inclusão das pessoas com transtorno mental na vida da comunidade;*
- *Organizar a rede local de SM;*
- *Proporcionar o atendimento às necessidades dos usuários do CAPS;*
- *Sugerir modificações nos fluxos de atendimento do CAPS junto à Equipe Técnica;*
- *Participar do fluxo de atendimento no CAPS;*
- *Elaborar projetos relacionados à SM;*

- *Gerenciar projetos relacionados à SM;*
- *Promover o atendimento a toda a demanda de SM encaminhada ao CAPS, com redirecionamento, se necessário.*

Os itens não incluídos foram comentados pelo diretor, sob a afirmação de que “*são decididos na secretaria de saúde*”. Os itens são:

- *Administrar os Recursos Humanos do CAPS para a assistência em SM: recebemos e perdemos funcionários e somos apenas informados;*
- *Fiscalizar, acompanhar e Controlar a utilização das verbas de SM: quem controla e utiliza conforme prioriza é a secretaria de saúde;*
- *Promover a elaboração de pesquisa para identificação de necessidades de usuários, e trabalhadores do CAPS, tendo em vista a qualificação do trabalho na instituição: não temos nem funcionários o bastante para isso, que seria um sonho;*
- *Participar da organização do fluxo de atendimento em SM, na rede de saúde local e no CAPS: só organizamos esse fluxo no CAPS;*
- *Promover a contratação da supervisão clínico-institucional para assistência à rede de SM: defendemos e queremos uma supervisão, mas isso não é nem cogitado pela prefeitura que informa não possuir verba para isso;*
- *Favorecer o trabalho da supervisão clínico-institucional para qualificar a rede de SM: isso só seria possível se a supervisão ocorresse.*

O diretor registrou as seguintes dificuldades para dirigir o CAPS de Porciúncula:

- *A especificidade da área de SM;*
- *Escassez de verba;*
- *A interferência política;*
- *Reduzir o estigma social com a área;*
- *Sensibilizar os profissionais de saúde para as questões de SM;*
- *Conscientizar a população para a importância do tratamento em meio aberto;*
- *Promover o trabalho intersetorializado para o enfrentamento das questões de SM;*
- *Outros: contribuir para a redução do medo que as pessoas têm do doente mental.*

Sobre o maior desafio como diretor do CAPS ressaltou exclusivamente ser “*contribuir para a redução do medo que as pessoas têm do doente mental*”.

Quanto à supervisão clínico-institucional, a direção do CAPS concordou que seja “um espaço de discussão e estudo da equipe técnica do CAPS a respeito tanto dos projetos

terapêuticos individuais e do serviço, quanto das articulações com o território onde o CAPS se situa e dos processos de gestão e da clínica do serviço” e apontou:

- *Principalmente para município distante da capital, pois temos dificuldade para qualificar nossos profissionais de SM através de cursos formais na região;*
- *Concordo, mas a exigência de doutorado em SM, feita ao profissional a ser contratado para supervisão, dificulta a negociação com profissionais da região, exigindo que o mesmo venha dos grandes centros, o que inviabiliza a supervisão ou a desqualifica devido a pouca frequência (quinzenal ou mensal) do profissional na localidade de modo que seja possível perceber e discutir as falhas;*
- *A secretaria de saúde municipal não tem como arcar com a manutenção diária desse profissional no município (contrapartida) nem compreende como importante para SM.*

O diretor não considerou necessária a criação de nenhum mecanismo no município para atendimento às questões de álcool e outras drogas. Segundo ele, *“bastaria qualificar e informar os profissionais da rede de saúde. E registra em outros o item qualificação, acrescentando que o NASF e os PSFs não contribuem em nada na assistência em SM do município”*.

3.1.8 São José de Ubá

Trata-se de município que se emancipou de Cambuci em 1995 (Lei estadual nº 2.495/95) e teve seu desenvolvimento, até 1960, devido ao cultivo de variados produtos, entre eles, o café, a cana de açúcar, o feijão, o algodão e o milho. A partir de 1960, iniciou-se o plantio de tomate, modificando a história econômica do município, que atualmente ocupa o segundo lugar na produção de tomate no Rio de Janeiro, com comercialização feita através do Mercado Produtor do Norte Fluminense, instalado em São José de Ubá (IBGE, 2010).

Foi o último município a ser visitado. Como não possui coordenador, a entrevista foi agendada com o secretário de saúde. Em data e horário marcados, o secretário se desculpou, mas disse que havia se esquecido que precisaria ir até a prefeitura naquele dia e horário para se reunir com o prefeito. Diante da informação de que havia passado por ali outro dia, ele sugeriu que procurasse a coordenação, que sabia tudo de SM, sobre o que foi informado de que já havia conversado com tal pessoa, que explicou mesmo tudo, mas, de fato, não é coordenador, pois esse cargo não existe no município. Ele retrucou: *“mas foi designada*

oficialmente para resolver essas questões”, e acrescentou que “não conversarei sem a presença dela”.

Diante da afirmação de que não haveria problema, ele respondeu que *“as 11 tô de volta, espera que conversamos”*. Como até as 13 h ele não havia voltado, ficamos sem essa entrevista e com as informações *“da pessoa designada oficialmente para responder essas questões”*, como disse o gestor de saúde.

Percebeu-se certo receio de alguns secretários em conversar sobre SM.

Com a menor população municipal da microrregião, *“no município existe apenas um ambulatório, que possui um psiquiatra para a assistência em SM. As crises e desintoxicações são resolvidas com encaminhamentos à CRIL de Bom Jesus do Itabapoana”*, conforme informou a pessoa designada para assuntos de SM. Esses encaminhamentos deixam essa pessoa aflita, *“mas sem alternativa, é o que precisa ser feito”*, disse ela, *“afinal Itaperuna não os recebe, por estarem sobrecarregados”*.

3.1.9 Varre-Sai

Trata-se de mais um município com vinculação histórica ao município de Itaperuna. Foi elevado à condição de município em 1991 e, a partir de meados do século XX, com a decadência da lavoura do café, teve estagnado seu crescimento urbano, que só se modificou com a chegada à cidade de cerca de 100 famílias de imigrantes italianos, que a colonizaram e a tornaram famosa pelo tradicional vinho de jabuticaba (IBGE, 2013).

Esse município foi visitado em 27/11/2012, sendo o quarto na sequência das entrevistas e, como estava sem coordenador de SM, porque este havia pedido exoneração, foi o subsecretário de saúde de Varre-Sai, que no momento acumulava o cargo de coordenador de SM, quem agendou e atendeu para a entrevista requisitada.

Foi uma longa conversa, boa parte gravada, em que o ocupante do cargo afirmou seu receio inicial de se envolver com a SM e registrou que essa oportunidade acabou contribuindo para desmistificar seu medo em relação à área, possibilitando, inclusive, a ampliação de seu olhar e atenção para esses problemas. Reconheceu que *“não sabia nada de SM e que o secretário conhece menos que ele”*. Fez questão de registrar, sobre a afirmação de que o município não tem CAPS, que não concorda com ela: *“o município fez consórcio com*

Natividade para essa assistência, uma vez que não apresenta quantitativo populacional legal que o habilite a ter seu próprio CAPS, afirmou o subsecretário”.

O subsecretário de saúde e coordenador de SM é graduado em enfermagem há mais ou menos 5 anos, sendo servidor público efetivo e não tendo recebido formação em SM. Estava com mais essa incumbência há cerca de 3 meses e declarou estar gostando e aprendendo muito com essa experiência.

Foi taxativo ao ser questionado sobre quais seriam as orientações básicas da PNSM ao responder: “*desconheço; não li a legislação*”. Mas afirmou estar muito sensibilizado com a área, após esse acompanhamento recente.

Embora não conheça efetivamente a legislação, “*concorda com o tratamento em meio aberto*”.

Questionado sobre os mecanismos adotados pelo município para implantar a PNSM, registrou que, como já disse, “*o município pactuou um consórcio com o município vizinho de Natividade, portanto temos CAPS e temos a RT desse município para a assistência em SM de nossos municípios; e criamos o cargo de coordenador de SM para a implantação do PSM em Varre-Sai*”.

Segundo o gestor de SM, organizar a rede de SM no município é:

Pactuar a assistência em SM através de consórcio e criar a coordenação municipal de SM, além de qualificar o NASF, os PSFs, os Postos de Saúde, Postos de Urgência, orientando quanto aos caminhos a serem adotados para um atendimento em SM. Mas em Varre-Sai está em fase de organização e estruturação.

Sobre o órgão que seria o responsável pela gestão da PSM, respondeu: “*a coordenação municipal de SM, através de seu coordenador. No caso eu, embora esteja ainda conhecendo a área*”.

Quanto ao que é gestão municipal de SM, apontou:

São as ações que proporcionam a criação de mecanismos e instituições previstos em lei para o estabelecimento do programa de SM no município, bem como, a qualificação das equipes de saúde e ou de SM para a assistência na rede local e o acompanhamento do atendimento em conformidade às propostas da Reforma Psiquiátrica e à Política Nacional de SM. Mas informou que não gosta desse termo gestão; ele parece burocratizar as coisas.

Em relação às funções ou atribuições do gestor de SM no município, resumiu: *“promover todas as ações necessárias para que a Política Nacional de Saúde Mental se instale e funcione no município em conformidade aos parâmetros da Reforma Psiquiátrica. Acrescentou que essas ações devem ser baseadas em diagnóstico local para avançar e implementar a PSM no município”*.

Questionado sobre as dificuldades para gerir a PSM no município, registrou:

- *A especificidade da área de SM;*
- *Escassez de verba;*
- *Sensibilizar os profissionais de saúde para as questões de SM;*
- *Incluir o atendimento às crises de transtorno mental ou de abuso na utilização do álcool e outras drogas no Posto de Urgência, principalmente pela falta de profissional qualificado ou com formação na área;*
- *Reservar leitos hospitalares para esse tipo de atendimento, no caso de internação por crise; temos 2 leitos, mas não utilizamos por falta de profissional capacitado para atendimento;*
- *Promover a assistência aos usuários de álcool e outras drogas ilícitas.*

O subsecretário de saúde, respondendo como gestor e coordenador da PSM no município *“considera a articulação, definição e organização da rede de SM o maior desafio para o estabelecimento da PSM na localidade”*.

O gestor concorda com a ocorrência da supervisão clínico-institucional, principalmente *“para município distante da capital, pois temos dificuldade para qualificar nossos profissionais para atuar em SM através de cursos formais na região”*.

Ao ser questionado sobre a necessidade ou não de criação de algum mecanismo na cidade para o atendimento às questões de álcool e outras drogas, respondeu que *“sim, mas não visualizo uma instituição especificamente. Já pensei em parceria com o CRAS”*.

Segundo o gestor de saúde, *“o município está em fase de implantação do NASF e se apóia nos PSFs que identificam quem precisa de tratamento e esclarece o fluxo do atendimento em SM no município”*.

Após a realização de todas as entrevistas foi possível organizar alguns quadros resumitivos para auxiliar nas reflexões finais deste trabalho, como se apresenta a seguir.

Quadro 6: Síntese de dados de SM dos municípios da microrregião Itaperuna

Município	Nº de aparelhos públicos	Técnicos envolvidos	Qtde usuários CAPS e moradores RT	Qtde de pessoas que procuram o CAPS para tratamento AD e não ficam
Bom Jesus do Itabapoana (35.411 hab.)	01 NASF 01 cargo de direção de CAPS 01 ambulatório de Saúde	Não informado 01 psiquiatra 09 psicólogos		
	01 RT feminina 01 RT masculina 01 CAPS I (com cerca de 630 Prontuários)	Não informado 01 diretor de CAPS, que atua como coordenador de SM 01 psiquiatra 02 psicólogos 01 enfermeiro 01 assistente social 02 terap.ocupacionais 01 farmacêutico 02 aux. Enfermagem	05 08 I: 50 SI:100 NI:185 T:335	Não existe esse registro
Itaperuna (95.841 hab.)	02 NASF 04 cargos de coordenador técnico 01 cargo de coordenador de SM 01 ambulatório ampliado de SM	Não informado 01 coord. téc. de ambulatório ampliado. 01 psiquiatra 01 assistente social 03 psicólogos 01 terap. ocupacional 01 enfermeiro 01 neuropediatra 01 tec. Enfermagem		Não existe esse registro
	01 RT feminina 01 RT masculina 01 CAPS II Com cerca de 600 Prontuários.	Não informado 01 coord. técnico CAPS II 01 psiquiatra 01 clínico geral 02 assistentes sociais 02 psicólogos 04 enfermeiros 01 psicopedagogo 01 terap.ocupacional 01 musicoterapeuta 01 nutricionista 01 educador físico	7 8 I:45 SI:75 NI:100 T:220	

Itaperuna (cont.)		01 fisioterapeuta 02 aux enfermagem		
	01 CAPSad Com cerca de 350 Prontuários entre AD e I.	01 coord. técnico CAPSad 01 psiquiatra 01 clinico geral 02 psicólogos 01 assistente social 01 pedagogo 03 enfermeiros	Total cadastr.: 190	Não existe esse registro
	01 CAPSi	01 coord. técnico CAPSi 01neuropsiquiatra 01 psicólogo 02 enfermeiros 02 pedagogos 01 assistente social	Total Cadastr.: 155	
Italva (14.043 hab.) em consórcio com Cardoso Moreira (12.600 hab.)		01 psiquiatra e 01 psicólogo na rede de saúde local.		
	01 cargo de coord. de SM 01 cargo de assessor da Saúde (diretor CAPS) 01 RT masculina 01 CAPS I	Não informado 01 coordenador de SM 01 assessor de saúde que atua como diretor do CAPS 01 psiquiatra 01 psicólogo (coord. SM) 01 assistente social 01 enfermeiro	6 I:25 SI:49 NI:54 T.: 128	Não existe esse registro
Laje do Muriaé (7.487 hab.)	01 cargo de coord. de SM	01 psiquiatra e 01 psicólogo na rede de saúde local. Vago; acumulado pelo gestor de saúde municipal.		
Natividade (15.082 hab.) em consórcio com Varre-Sai (9.475 hab.)	01 RT masculina	Não informado	Não informado	
	01 cargo de coord. de SM 01 cargo de assessor de Saúde (diretor CAPS) 01 CAPS I	01 coordenador de SM 01 assessor de saúde (diretor do CAPS) 01 assistente social 01 enfermeiro 01 psicólogo, que acumula a função de coordenador de SM.	I:38 SI:53 NI:103 T: 194 30 a 35 por álcool	Não existe esse registro

Porciúncula (17.760 hab.) em consórcio com Prado de Minas (1.671 hab.)	01 NASF 01 cargo de coord. de SM	Não informado Vago; acumulado pelo diretor do CAPS que é 1 dos psicólogos do CAPS.		
	01 cargo de diretor de CAPS 01 CAPS I Com cerca de 1.700 prontuários	02 psicólogos, sendo 01 o diretor do CAPS. 01 psiquiatra 01 enfermeiro 01 técnico de enfermagem.	I:46 SI:48 NI:62 T:156 14 por álcool e 10 por outras drogas, sendo 13 comuns	Não existe esse registro
São José de Ubá (7.003 hab.)	01 funcionário designado para atender às questões de SM			
Varre-Sai (9.475 hab.)	01 cargo de coord. de SM	Vago; acumulado pelo subsecretário municipal de saúde.		

Chama atenção a disparidade entre a quantidade de aparelhos públicos minimamente verificados em Itaperuna e os demais municípios. Além disso, não existe registro da demanda por AD, que afirmam ser “*muito grande, mais de álcool que outras drogas*”.

Observa-se também, o que parece ser uma prática comum, a acumulação de uma atividade com outra de coordenador, conforme ocorre em Bom Jesus do Itabapoana, Italva, Laje do Muriaé, Natividade, Porciúncula e Varre-Sai (5 em 8). São José de Ubá possui “*uma pessoa designada para resolver as questões de SM*”.

Para melhor visualização, foi construído outro quadro, que possibilita observar as dificuldades e desafios dos municípios na condução da PSM, permitindo verificar os dados comuns entre os municípios nos dois aspectos, conforme se pode constatar:

Quadro 7: Síntese das dificuldades e desafios apontados pelos municípios da microrregião de Itaperuna

Município	Dificuldades	Maior desafio
Bom Jesus do Itabapoana	- Atuar na direção do CAPS tendo que desenvolver o papel de coordenador de SM, que não existe no município, - Trabalhar os valores propostos pela RP numa comunidade internante.	- A existência da CRIL junto à cultura internante da comunidade. - Trabalhar com álcool e droga.

Itaperuna	<ul style="list-style-type: none"> - Escassez de verba; - A interferência política; - Reduzir o estigma social; - Sensibilizar os profissionais de saúde para as questões de SM; - Incluir o atendimento às crises de transtorno mental ou por abuso na utilização do álcool e outras drogas no Posto de Urgência; - Reservar leitos hospitalares para SM, no caso de internação por crise; - Controlar a utilização das verbas encaminhadas pela União e Estado para SM, que chega diretamente no fundo municipal de saúde; - Conscientizar a população para a importância do tratamento em meio aberto; - Promover o trabalho intersetorializado para o enfrentamento das questões de SM; - Promover a assistência aos usuários de álcool e outras drogas ilícitas. 	<ul style="list-style-type: none"> - A redução do estigma da população; - A sensibilização dos profissionais de saúde para a assistência em SM.
Italva	<ul style="list-style-type: none"> - A especificidade da área de SM - O distanciamento da capital que dificulta a qualificação na área; - O distanciamento da capital que dificulta a supervisão clínico-institucional; - A interferência política; - Articular a rede de SM; - Reduzir o estigma social; - Sensibilizar os profissionais de saúde para as questões de SM; - Incluir o atendimento às crises de transtorno mental ou por abuso na utilização do álcool e outras drogas no Posto de Urgência; - Reservar leitos hospitalares para SM, no caso de internação por crise; - Controlar a utilização das verbas encaminhadas pela União e Estado para a SM que chega diretamente no fundo municipal de saúde; - Conscientizar a população para a importância do tratamento em meio aberto; - Promover o trabalho intersetorializado para o enfrentamento das questões de SM. - Reduzir ou fechar a Clínica de Repouso Itabapoana Ltda em Bom Jesus e - Promover a assistência aos usuários de álcool e outras drogas ilícitas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Desmistificar o conceito de SM, - Acabar ou minimizar o estigma que recai sobre a área.
Laje do Muriaé	<ul style="list-style-type: none"> - A especificidade da área de SM, - A escassez de verba e - A interferência política. 	<ul style="list-style-type: none"> - A família, que não aceita o familiar de longa internação de volta em sua casa.

Natividade	<ul style="list-style-type: none"> - A especificidade da área de SM; - O distanciamento da capital que dificulta a supervisão clínico-institucional; - A interferência política; - Reduzir o estigma social; - Sensibilizar os profissionais de saúde para as questões de SM; - Promover o trabalho intersetorializado para enfrentar as questões de SM; - Promover a assistência aos usuários de álcool e outras drogas ilícitas; - A capacitação dos trabalhadores da SM. 	<ul style="list-style-type: none"> - Qualificar e capacitar os profissionais, e - Desmistificar o usuário do CAPS.
Porciúncula	<ul style="list-style-type: none"> - A especificidade da área de SM; - Escassez de verba; - A interferência política; - Reduzir o estigma social; - Sensibilizar os profissionais de saúde para as questões de SM; - Conscientizar a população para a importância do tratamento em meio aberto; - Promover o trabalho intersetorializado para o enfrentamento das questões de SM; - Outros: contribuir para a redução do medo que as pessoas têm do doente mental. 	<ul style="list-style-type: none"> - Contribuir para a redução do medo que as pessoas têm do doente mental.
São José de Ubá		
Varre-Sai	<ul style="list-style-type: none"> - A especificidade da área de SM; - Escassez de verba; - Sensibilizar os profissionais de saúde para as questões de SM; - Incluir o atendimento às crises de transtorno mental ou de abuso na utilização do álcool e outras drogas no Posto de Urgência, principalmente pela falta de profissional qualificado ou com formação na área; - Reservar leitos hospitalares para SM, no caso de internação por crise; temos 2 leitos, mas não utilizamos por falta de profissional capacitado para atendimento; - Promover a assistência aos usuários de álcool e outras drogas ilícitas. 	<ul style="list-style-type: none"> - A articulação, definição e organização da rede de SM.

Entre outras observações, alguns registros sobressaem em meio às dificuldades e persistem como maior desafio, a saber: a especificidade da área de SM, a escassez de verba, a redução do estigma social, sensibilizar os profissionais de saúde para as questões de SM e a interferência política, itens que serão abordados junto às considerações finais desta pesquisa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da Lei de Reforma Psiquiátrica nº 10.216/2001, iniciou-se um processo de transformação paradigmática na Assistência em Saúde Mental no Brasil, a qual se efetivou na municipalidade, através do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e da coordenação de SM do município, sob a gestão municipal de saúde e a coordenação estadual e nacional de SM.

Essa lei compreende a atual Política Nacional de Saúde Mental e se insere no contexto da Política de Saúde brasileira, aspectos apresentados neste trabalho como basilares para a proposta de discussão exploratória sobre a temática da Gestão da Política Pública de Saúde Mental nos municípios da microrregião de Itaperuna, parte integrante da mesorregião menos favorecida economicamente no Estado do RJ (IBGE, 2013).

Nesse sentido, iniciou-se a pesquisa buscando-se responder o que é gestão de SM para os gestores municipais de saúde dessa microrregião. Mas os gestores, em sua maioria, procuraram encaminhar a entrevista para seus coordenadores, diretores, subsecretários ou funcionário designado para tal, ou seja, quem no cotidiano do município de fato se envolve com as atribuições e questões de SM.

Chama a atenção o exercício cumulativo do cargo de coordenador municipal de SM junto ao exercício da coordenação, por necessidade da própria rede, em Bom Jesus do Itabapoana, onde o diretor do CAPS responde como coordenador de SM, cargo que nem existe no município, além da inexistência do cargo de coordenador em São José de Ubá e o exercício cumulativo de três cargos em Porciúncula. O que significa isso? Tal fato poderia ser relacionado ao estigma existente sobre a SM e seus usuários ou são mecanismos comuns aos municípios, devido à escassez de verba? Infelizmente, essas questões vão ficar sem resposta, pois não foi possível aprofundar muito do que emergiu com a pesquisa.

Registra-se, porém, que a responsabilidade da gestão municipal de SM relaciona-se aos gestores municipais de saúde, os quais, às vezes, demonstram não conhecer a proposta da Reforma Psiquiátrica e os procedimentos que estão sendo adotados na rede municipal de SM, levando-os a repassarem para outro o compromisso que é seu. Repassam as atribuições cotidianas, mas não repassam a autonomia para controlar a verba da SM e definir o modo de utilização da mesma na SM.

Contudo, foi possível constatar que gestão de SM no município é mais do que organizar a rede de SM; são as ações que proporcionam a criação de mecanismos e

instituições previstos em lei para o estabelecimento do programa de SM no município, bem como a qualificação das equipes de saúde e de SM para a assistência na rede local e o acompanhamento do atendimento, em conformidade às propostas da Reforma Psiquiátrica e à PNSM.

A maioria dos entrevistados apresentou essa resposta, confirmando essa intenção, mas afirmam que, na prática, “fazem como podem”, fazendo com que, na microrregião em discussão, não seja adotado com exclusividade o modelo de tratamento proposto pela Reforma Psiquiátrica, pois seis entre oito municípios (75%) não se organizaram para os momentos de crise, surto, abstinência ou uso excessivo de substância psicoativa (Bom Jesus do Itabapoana, Italva, Laje do Muriaé, Porciúncula, São José de Ubá, Varre-Sai), o que impulsiona os usuários, através da própria família ou da assistência local de saúde, à internação na CRIL, em Bom Jesus do Itabapoana.

Assim, como dito acima, a maioria dos municípios se reporta à CRIL porque não possuem parceria com o PU, nem leitos hospitalares em condições de funcionamento, nem profissionais minimamente qualificados para o atendimento a essa demanda, chegando alguns a não possuírem hospital, como é o caso de Italva e São José de Ubá.

Essa parceria depende da conscientização dos trabalhadores dessas unidades para a possibilidade desse atendimento, além de uma equipe mínima de SM no PU ou nos hospitais gerais, bem como da qualificação dos PSFs para atenção em SM. Mas, embora haja reconhecimento dessa atribuição como sendo do gestor municipal de saúde ou do coordenador de SM no município, muitas vezes o município não se dispõe a assumir esse compromisso, devido à falta de recursos.

Os maiores dificultadores, conforme percebido em quatro (Itaperuna, Italva, Porciúncula e Natividade) dentre os sete municípios entrevistados, são: sensibilizar os profissionais da saúde como parte do processo de qualificação da rede; reduzir o estigma, aqui incluindo o medo e a desmistificação; a escassez de recursos e a interferência política.

Todos registram a necessidade de qualificação, mas nenhum apontou as ações efetuadas nesse sentido, as quais reconhecem serem de sua competência para que esse procedimento ocorra.

Dessa forma, a qualificação, no cotidiano, compreende a própria gestão de saúde na municipalidade e repercute sobre a rede de SM. Se a rede não avança, através dos seus gestores, na busca por soluções para as questões de SM no território, a solução aparente é a

internação na CRIL de Bom Jesus do Itabapoana, o que foge aos padrões da Reforma Psiquiátrica.

Isso pode estar ocorrendo porque, inicialmente, segundo Figueiredo (2007):

[...] a constituição de equipes de saúde mental não foi acompanhada de grandes investimentos. Os profissionais foram absorvidos sem revisão de seu processo de formação ou outras propostas de capacitação profissional. As equipes foram se compondo com recursos humanos insuficientes e com pouca clareza do seu papel. E mais ainda, sem o acompanhamento de dispositivos institucionais que lhes permitam refletir sobre os limites e possibilidades para o desenvolvimento de suas tarefas. O prejuízo para a rede básica de saúde na atenção à pessoa com transtorno mental é gritante, pois pouco se investiu para que a rede básica acompanhasse os avanços técnico-assistenciais na área da saúde mental.

Observa-se que o problema da “*equipe mínima*” e a “*falta de qualificação do trabalho para atuar em SM*” vêm sendo associado à “*escassez de verba*”, item apontado por quatro entre sete municípios, uma vez que o município de São José de Ubá não apresentou esse dado e que Bom Jesus do Itabapoana e Italva afirmaram que “*verba tem, era só ser utilizada na SM*”.

Ainda que se observem atitudes solidárias e afetivas em relação ao portador de transtorno mental, todos os entrevistados registraram o estigma que recai sobre os usuários do CAPS ou quem possui transtorno mental, mas não apresentaram nenhuma contribuição para modificar ou reduzir essa marca, que é cultural.

Esse estigma acaba sendo reforçado pelo pouco envolvimento com a comunidade, evidenciando articulação mínima do serviço com os recursos do território. Alguns trabalhadores relacionam-se com outros serviços de saúde ou instituições do território, porém, essas ações não são percebidas como parte de um projeto institucional, sendo atitudes isoladas, não observadas por todos os integrantes da equipe, nem percebidas como um modo de atuar em saúde e SM.

Em relação à “*redução desse estigma*”, percebe-se que não se avança porque não existe comprometimento político que a favoreça, no sentido de articular os representantes da Educação, da Assistência Social e demais secretarias, além da própria Saúde, junto à Justiça e o Ministério Público, entre outros, para discutir e refletir sobre esse estigma, possibilitando uma mudança de cultura, uma modificação no tratamento dispensado aos usuários do CAPS ou a quem se encontra em processo de sofrimento mental pela comunidade local. A

persistência dessas discussões poderia repercutir positivamente sobre a comunidade em geral após algum tempo e abarcaria “*os trabalhadores da rede de saúde*”, item apontado como difícil de ser modificado, no sentido de levá-los a acolherem a demanda de SM com mais naturalidade em seus cotidianos de trabalho.

Embora se possa reconhecer que esse deve ser um esforço de todos, o gestor tem o papel da liderança de iniciar, facilitar, promover e participar dessa discussão.

Se associarmos os fatores qualificação das redes, redução do estigma e escassez de recursos observaremos que eles podem ser relacionados ao que foi registrado pela maioria dos municípios como “*interferência política*”: cinco entre sete municípios (excluído São José de Ubá). Recorda-se, porém, que Bom Jesus apontou a interferência política entre as dificuldades e, em Varre-Sai, a questão foi respondida por um gestor, pessoa que ocupa um cargo político.

Ao apontarem a interferência política, quem está à frente da coordenação municipal de SM, está questionando a não utilização e administração da verba da SM pela e na SM, pois o custeio mensal da SM chega ao município através do fundo municipal de saúde, não sendo específico e se diluindo no montante total da saúde, o que aparece entre as dificuldades na forma de “*escassez de recursos*”. Além disso, está questionando também a ausência de “*qualificação para atuação na área*”, bem como a “*qualificação da rede de saúde*”, e solicitando “*um maior envolvimento do gestor nas articulações e negociações da rede de SM*”.

Tudo isso para garantir o atendimento no PU e alguns leitos em hospitais gerais, de modo a adotar o tratamento em meio aberto, conforme os preceitos da RP, com a interferência apenas em momentos de crise, surto ou abstinência, sem internação psiquiátrica. Mas se a comunidade e a família estão habituadas à internação, à reclusão para tratamento ou é internante, como verificado em Bom Jesus do Itabapoana, esse comportamento repercute sobre as ações individualizadas dos profissionais da saúde e de gestores, entre outros, fazendo permanecer, inevitavelmente à margem, toda a estrutura pública de SM, as necessidades da área, bem como seus usuários.

Isso nos faz concordar com os mecanismos indutivos de gestão adotados pelo governo federal, na tentativa de conduzir e avançar com o processo de qualificação da gestão municipal.

Dessa forma, os aspectos mais destacados como dificultadores e desafios esbarram na referida “*gestão amadora*” e no “*clientelismo político*”, citados por Paim e Teixeira (2006),

como itens comprometedores da gestão em todos os níveis, ao dificultar a condução, o planejamento, a programação, a auditoria, o controle e a avaliação, a regulação e gestão de recursos e serviços municipais de saúde e de SM no processo de implantação da PSM nas localidades.

Além disso, a gestão amadora pode ser confirmada nas entrevistas, ao não se encontrar registro de dados nos municípios em relação à demanda por tratamento para usuários de álcool e outras drogas, nem informações que possam auxiliar no melhor estabelecimento da Política de Álcool e Drogas nos municípios, uma vez que não existe registro de dados importantes como esses. Fato expressado como uma das grandes dificuldades de gestão da PSM no município de Bom Jesus do Itabapoana, afirmado pelo próprio gestor: *“trabalhar com álcool e drogas, que tumultua os demais atendimentos em SM”*.

A implantação da Política de SM no município se reduz à criação do CAPS ou a assistência de um profissional da psiquiatria e psicologia no ambulatório da cidade, incluindo ou não a criação do cargo de coordenador de SM.

Observa-se, na microrregião, que a gestão da SM vem sendo desenvolvida e impulsionada por necessidades iminentes, diante dos muitos embates que permeiam as relações cotidianas do município, os quais restringem a articulação da rede, dificultam a disposição de mecanismos para assistência mínima em SM e obscurecem a finalidade da gestão da política de SM no município. As entrevistas revelam essa situação de fragilidade quando os entrevistados elencam problemas de ordem política, administrativa e de recursos humanos, que refletem na oferta do cuidado aos usuários, no acolhimento de casos novos e no sofrimento por parte dos trabalhadores, que se sentem sobrecarregados.

Outro aspecto que pode contribuir para melhorar o quadro geral da SM é o trabalho de modo interdisciplinar, com a valorização das diversas especificidades envolvidas na busca por inovações e avanços para a área, mas a centralidade médica da psiquiatria dificulta ou inviabiliza esse trabalho, que é coletivo e horizontalizado, diferentemente do modelo que ainda predomina centrado no médico, no hospital, na reclusão e nas relações verticalizadas.

Nesse sentido, grande contribuição poderá trazer a supervisão clínico-institucional estadual de SM, que não faz parte do cotidiano das cidades. Acredita-se que esse instrumento contribui para a promoção de mais organização, planejamento, participação, parceria, diálogo interno no CAP e externo, entre as diversas instituições da rede, no sentido de discutir, refletir, acordar e qualificar para o trabalho em SM, contribuindo para a integração dos

usuários na vida da comunidade, inclusive minimizando as interferências políticas por vir de fora do município.

A supervisão, acrescida do mais recente trabalho das Comissões Intergestoras Regionalizadas (CIR), pode minimizar as questões decorrentes da gestão amadora e do clientelismo político, pois essas comissões, conhecedoras das dificuldades e necessidades do território, têm a função de atualizar, manter ou repassar constantemente aos novos gestores as temáticas recém discutidas, bem como os acordos em fase de negociação, com a intenção de que as negociações não emperrem a cada mudança de gestor.

Além disso, existem novos mecanismos em fase de implantação, como a criação de instituições para ampliação e fortalecimento das Redes de Atenção Psicossocial (RAPS), o CAPS AD III, as Unidades de Acolhimento, os Centros de Reabilitação e a ampliação das RTs. Mas é tudo muito recente e voltado para municípios de porte médio, o que poderá beneficiar somente o município de Itaperuna, na microrregião, enquanto os demais continuarão dependentes de muita negociação, pactuação, administração e planejamento qualificados para o atendimento às suas demandas de SM na CIR.

Tais questões envolvem também, um grande problema do cotidiano, pouco abordado pelos entrevistados, somente abordado pelos gestores de Bom Jesus do Itaperuna e Laje do Muriaé, que se refere à família de quem possui transtorno mental. Essa família, que precisa trabalhar para se manter e sobreviver, além de cuidar de seu ente adoecido. Essa família, que vive o conflito de cuidar ou não cuidar e que o Estado, através das políticas públicas de Educação, Assistência Social, Saúde, da Justiça e do Ministério Público, aponta como capaz de dar conta de seus problemas (ROSA, 2003).

Por fim, diante do reconhecimento de que muitas discussões permaneceram em aberto, como as relacionadas à escassez ou não de verba, ressalta-se a precariedade geral da rede de SM nos municípios de pequeno porte I e II, em comparação ao município de Itaperuna, que é município de porte médio, do que se deduz uma reduzida ocupação dos gestores municipais de saúde das cidades de pequeno porte com a gestão de SM, colocando em evidência muitas oportunidades de estudo para a produção de novas pesquisas, principalmente as que envolvem o álcool e outras drogas.

REFERÊNCIAS

ABRUCIO, Fernando Luiz. Para além da descentralização: os desafios da coordenação federativa no Brasil. In: FLEURY, Sônia (Org.). **Democracia, descentralização e desenvolvimento: Brasil e Espanha**. Rio de Janeiro: FGV, 2006.

ALMEIDA, Helena Marletta. **Centro de Atenção Psicossocial: um estudo acerca dos avanços na humanização do tratamento em saúde mental**. 2007. 44 p. Monografia (Graduação em Serviço Social) – Departamento de Serviço Social de Campos dos Goytacazes, Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro.

AMARANTE, Paulo (Org.). Uma aventura no manicômio: a trajetória de Franco Basaglia. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 1, n. 1, p. 61-77, jul./out. 1994.

_____. **Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. 1. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

_____. **Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. 4. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

ARRETCHE, Marta. **O Estado federativo e Políticas Sociais: determinantes da descentralização**. Rio de Janeiro: Revan, 2000.

_____. Relações federativas nas políticas Sociais. **Educação & Sociedade**. Campinas, v.23, n. 80, set.2002.

_____. Federalismo e políticas sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia. **São Paulo em perspectiva**, São Paulo, v. 18, n. 2, abr./jun. 2004.

ARRETCHE, Marta; MARQUES, Eduardo. Condicionantes Locais da Descentralização das Políticas de Saúde. In: HOCHMAN, G.; ARRETCHE, M.; MARQUES, E. **Políticas Públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

BASÁGLIA, F. **A instituição negada**. Rio de Janeiro: Graal, 1981.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. **Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da saúde, 1986.

_____. **Lei nº 8.080/90.** Lei Orgânica da Saúde. 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: Ministério da Saúde, 1990a.

_____. **Lei nº 8.142/90.** Lei Orgânica da Saúde. 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. Brasília: Ministério da Saúde, 1990b.

_____. **Norma Operacional Básica. NOB/SUS 01/91.** Brasília: Ministério da Saúde, 1991.

_____. **Norma Operacional Básica. NOB/SUS 01/92.** Brasília: Ministério da Saúde, 1992a.

_____. **Portaria GM nº 224,** de 29 de janeiro de 1992. Regulamenta o funcionamento de todos os serviços de saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde, 1992b.

_____. **Norma Operacional Básica. NOB/SUS 01/93.** Brasília: Ministério da Saúde, 1993.

_____. **Portaria nº 106,** de 11 de fevereiro de 2000. Cria e regulamenta os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental, dentro do Sistema Único de Saúde, para atender ao portador de transtornos mentais. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. **Portaria nº 95/2001.** Norma Operacional da Assistência à Saúde. NOAS-SUS 01/2001. Brasília: Ministério da Saúde, 2001a.

_____. **Lei nº 6.013/2001.** Acrescenta dispositivos à Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília: Senado Federal, 2001b.

_____. **Lei nº 10.216/2001.** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2001c.

_____. **Portaria nº 336,** de 19 de fevereiro de 2002. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. **Portaria GM nº 1.455,** de 31 de julho de 2003. Destina recursos para a compra de equipamentos para os CAPS cadastrados em 2002 e 2003. Brasília: Ministério da Saúde, 2003a.

_____. **Seminário Alcoolismo e Violência**. Comissão de Seguridade Social e Família. Brasília: Congresso Nacional, 2003b.

_____. **Lei n.º 10.708**, de 31 de julho de 2003. Institui o auxílio reabilitação para pacientes egressos de internações psiquiátricas (Programa De Volta Para Casa). Brasília: Ministério da Saúde, 2003c.

_____. **Política Nacional de Humanização**. HumanizaSUS. Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília. Janeiro de 2004a.

_____. **A política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas**. Brasília, Ministério da Saúde, 2004b.

_____. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c.

_____. **Pacto de Gestão: garantindo saúde para todos**. Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Departamento de Apoio à Descentralização. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

_____. **Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas**. OPAS. Brasília, novembro de 2005b.

_____. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

_____. **Portaria/GM nº 399/2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

_____. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.

_____. **Portaria/GM nº 699/2006**. Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão. Brasília: Ministério da Saúde, 2006d.

_____. **Saúde Mental no SUS: Acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção**. Relatório de Gestão 2003-2006, Brasília: Ministério da Saúde, jan. 2007a.

_____. **I Seminário de Gestão Participativa em Saúde da Região Noroeste do Rio de Janeiro.** Brasília: Ministério da Saúde, 2007b.

_____. **Portaria/GM nº 154/2008.** Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf). Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios.** Ministério da Saúde, Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. – 3ª Ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

_____. **Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica.** Relatório de Gestão 2007-2010. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

_____. **Portaria/GM nº 3.090,** de 23 de dezembro de 2011. Altera a Portaria nº 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000, e dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o repasse de recursos de incentivo de custeio e custeio mensal para implantação e/ou implementação e funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT). Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

_____. **Portaria/GM nº 3.088/2011.** 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 (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011c.

_____. **Decreto nº 7.507,** de 27 de junho de 2011. Dispõe sobre a movimentação de recursos transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios, em decorrência das leis citadas. Brasília: Presidência da República, 2011d.

_____. **Lei Complementar nº 141,** de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 2012a.

_____. **Portaria/GM nº 132/2012.** Institui incentivo financeiro de custeio para desenvolvimento do componente Reabilitação Psicossocial da Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Fazenda, 2012b.

_____. **Portaria/GM nº 148/2012.** Define as normas de funcionamento e habilitação 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, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio. Brasília: Ministério da Fazenda, 2012c.

_____. **Portaria/GM nº 122/2012**. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua, previstas na Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012d.

BRAVO, Maria Inês Souza. A saúde na década de 90 – Projetos em disputa. **Superando Desafios – Cadernos do Serviço Social do Hospital Universitário Pedro Ernesto**, n. 3. Rio de Janeiro, UERJ, HUPE. Serviço Social, 1999.

_____. Tendências atuais da descentralização e o desafio da democracia na gestão da saúde. In: BRAVO, M.I.S.; PEREIRA, P.A.P. (Org.). **Política social e democracia**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. Da administração Pública Burocrática à Gerencial. **Revista do Serviço Público**, v, 47, n. 1, jan./abr. 1996.

_____. **Reforma administrativa do Sistema de Saúde**. Brasília: MARE, 1998.

CASTEL, Robert. **A Ordem Psiquiátrica: A idade de Ouro do Alienismo**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

CEPERJ. **Regiões de Governo do Estado do Rio de Janeiro**. 2011. Disponível em: http://www.ceperj.rj.gov.br/ceep/info_territorios/divis_regional.html. Acesso em 21 fev. 2013.

CORDEIRO, Maria Áurea Rezende. **O Sistema Único de Saúde - SUS na atualidade: As exigências e desafios para a intervenção do assistente social**. 2010. 86 p. Monografia (Especialização em Serviço Social: direitos e Competências Profissionais) – Universidade de Brasília.

CORREA, Maria Ângela Monteiro. **Educação Especial**. V.1. Rio de Janeiro: Fundação CECIERJ, 2004.

COTRIM, Rafaela de Carvalho. **A descentralização federativa, regras institucionais e desempenho municipal da saúde no Brasil: um estudo comparativo**. 2006. 87 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz- ENSP- FIOCRUZ, Rio de Janeiro.

COUTO, Berenice Rojas. **O direito social e a assistência social na sociedade brasileira: uma equação possível?** São Paulo: Cortez, 2004.

DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. **As razões da tutela.** Rio de Janeiro: Te Corá, 1992.

_____. Perspectivas da psiquiatria pós-asilar no Brasil. In: TUNDIS, Silvério; COSTA, Nilson (Orgs.). **Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil.** Petrópolis: Vozes, 2001.

DESLANDES, Suely F. Análise do discurso oficial sobre humanização da assistência hospitalar. **Ciênc. Saúde Colet.**, v.9, n.1, p.7-13, 2004.

DESVIAT, Manuel. **A Reforma Psiquiátrica.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

FAZZI, Monique Zita dos Santos. Consolidação da gestão solidária: histórico da regionalização na saúde pública fluminense. In: PINHEIRO, Roseni (Org.). **Apoiadores Regionais: uma experiência brasileira.** Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ; COSEMS/RJ: OPAS, 2013.

FIGUEIREDO, Juliana Arantes. **Práticas e processos de trabalho no Centro de Atenção Psicossocial III: a perspectiva do campo psicossocial.** 2007. 155 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.

FLEURY, Sonia Maria Teixeira. A questão Democrática na Saúde. In: FLEURY, S.M.T. (Org.). **Saúde e democracia: a luta do CEBES.** São Paulo: Lemos, 1997.

_____. **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria.** São Paulo: Cortez, 1989.

FOUCAULT, Michel. **História da Loucura.** São Paulo: Perspectiva, 1979.

GOFFMANN, Erving. **Estigma, notas sobre a manipulação da identidade deteriorada.** Rio de Janeiro: Zahar, 1975.

GERSCHEMAN, Sílvia. **A Democracia Inconclusa: um estudo da Reforma Sanitária brasileira.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

GUEDES, Ana Claudia Fontes da Silva. **Cuidando de quem cuida: a família do portador de transtorno mental.** 2007. 52 p. Monografia (Graduação em Serviço Social) – Universidade Federal Fluminense, Campos dos Goytacazes.

IBGE. **Anuário Estatístico do Brasil**. Rio de Janeiro: Fundação IBGE, 1968.

_____. **Censo 2010**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 12 dez. 2012.

_____. **Cidades**. 2013. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br>. Acesso em: 12 dez. 2012.

MATOS, Maurílio Castro de. A saúde no Brasil: reforma sanitária e ofensiva neoliberal. In: BRAVO, M.I.S.; PEREIRA, P.A.P. (Org.). **Política social e democracia**. São Paulo: Cortez, 2000.

MENDES, Áquilas Nogueira. **Financiamento, Gasto e Gestão do SUS: a gestão descentralizada semiplena e plena do sistema no Estado de São Paulo (1995-2001)**. 2005. 422 p. Tese (Doutorado em Ciências Econômicas) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

NETTO, José Paulo. Transformações Societárias e Serviço Social: notas para uma análise prospectiva para uma profissão no Brasil. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, v. 17, n. 50, abr. 1996.

OLIVEIRA, Edineia Figueira dos Anjos. **A política de saúde mental em municípios de pequeno porte do Espírito Santo: entre mínimas equipes e múltiplos projetos**. 2009. 236 p. dissertação (Mestrado em Política Social) – Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória.

OLIVEIRA, Iris Maria. Cultura Política, direitos e política social. In: BOSCHETTI, Ivanete; BEHRING, Elaine (Org.). **Política Social no Capitalismo: Tendências Contemporâneas**. São Paulo: Cortez, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório sobre a saúde no mundo 2001: Saúde mental: nova concepção, nova esperança**. Genebra: OMS, 2001.

PAIM, Jairnilson Silva; TEIXEIRA, Carmen Fontes. Política, Planejamento & Gestão em Saúde; balanço do estado da arte. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, n. esp., p. 73-8, 2006.

PINHEIRO, Roseni (Org.). **Apoiadores Regionais: uma experiência brasileira**. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ; COSEMS/RJ; OPAS, 2013.

RESENDE, Heitor. Política de Saúde Mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, Silvério; COSTA, Nilson (Orgs.). **Cidadania e Loucura: Políticas de Saúde Mental no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1987.

RIO DE JANEIRO. **Plano Plurianual – PPA/RJ 2012-2015**. Rio de Janeiro: Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão, 2011.

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

SANTOS, Lenir; ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de. **SUS: espaço da gestão inovada e dos consensosinterfederativos**. São Paulo: Prisma Printer, 2007.

SILVA, Celma Monteiro. **Os Serviços Residenciais Terapêutico no processo de implementação da Reforma Psiquiátrica no Brasil: Até que ponto eles têm promovido a desinstitucionalização?** 2007. 69 p. Monografia (Graduação em Serviço Social) – Universidade Federal Fluminense, Campos dos Goytacazes.

SOUZA, Rosimary Gonçalves. **Poder local e implementação da política de saúde: dilemas da gestão descentralizada**. 2005. 200 p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz – ENSP – FIOCRUZ, Rio de Janeiro.

UGÁ, Maria Alícia Dominguez; MARQUES, R.M. O Financiamento do SUS: Trajetória, contexto e constrangimentos. In: LIMA, N.T. (Org.). **Saúde e Democracia: histórias e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Saúde Mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

WAGNER, Gastão. Efeitos paradoxais da descentralização no sistema único de saúde no Brasil. In: FLEURY, S. (Org.). **Democracia, descentralização e desenvolvimento: Brasil e Espanha**. Rio de Janeiro: FGV, 2006.

APÊNDICES

APÊNDICE A: ROTEIRO PARA ENTREVISTA AO GESTOR

DATA: __/__/__ MUNICÍPIO: _____ QTDD HABITANTES: _____

I – IDENTIFICAÇÃO.

1. Nome: _____
2. Qual a sua formação? _____
3. Quando concluiu esse curso? _____
4. O Sr já recebeu alguma qualificação em SM? () Não () Sim. _____
6. O Sr é servidor público efetivo? () Sim () Não _____
7. Há quanto tempo ocupa esse cargo na SM ? _____

II – A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO.

1. O Sr. conhece as orientações básicas da Política Nacional de Saúde Mental? Poderia nos informar quais são?

() Desconheço, não li a legislação.

() O acompanhamento e tratamento aos portadores de transtorno mental médio, grave ou persistente, inclusive, usuários de álcool e outras drogas, através de Clínicas Psiquiátricas, conforme os parâmetros da Reforma Psiquiátrica.

() O acompanhamento e tratamento às pessoas com transtorno mental médio, grave ou persistente, inclusive, usuários de álcool e outras drogas, em meio aberto, com Acolhimento Humanizado no CAPS, que deve promover a participação dos mesmos na vida em sociedade, conforme os parâmetros da Reforma Psiquiátrica e dos Direitos Humanos.

() Outras: _____

2. Qual o seu posicionamento em relação aos procedimentos definidos pela Reforma Psiquiátrica e, conseqüentemente, pela Política de Saúde Mental no Brasil? O Sr. Concorda com esse modelo?

() Concordo, pois o tratamento em meio aberto atende aos Direitos Humanos possibilitando uma recuperação mais rápida do indivíduo em crise. Além disso, o portador de transtorno mental envolve o acompanhamento de diversos aspectos da existência humana, sendo agravado com o isolamento social do indivíduo em tratamento.

() Não concordo, pois o isolamento proporciona um tratamento mais rápido e deixa a família mais tranquila. Em meio aberto, a família não tem como controlar o indivíduo com transtorno mental grave ou persistente.

() Outros: _____

3. Quais os mecanismos adotados pelo município para implantar a Política Nacional de SM?

() A criação do CAPS I.

() A criação do CAPS I ou II, CAPSad e CAPSi e Residência Terapêutica (RT).

() A criação de RT.

() A pactuação de um consórcio com o município vizinho para o suprimento da demanda de CAPS I e a criação do cargo de coordenador de SM para a implantação do Programa de SM no município

() A criação do cargo de coordenador de SM para a implantação do Programa de SM no município.

() A criação do cargo de diretor do CAPS, a constituição da Equipe Técnica do CAPS, além da equipe administrativa e de apoio; a reserva de leitos hospitalares para atendimento às crises na rede hospitalar local e a garantia de atendimento no PU.

() A qualificação das equipes dos PSFs (Postos de Saúde da Família) para atendimento básico em SM.

() Outros: _____

4. Implantar a Política Nacional de SM é a mesma coisa que criar essas instituições, cargos e constituir as equipes de trabalhadores?

Sim.

Não, além disso, é preciso organizar a rede de SM no município em parceria com a rede de saúde local, estabelecer uma rotina de assistência em SM e qualificar todo o serviço, o que corresponde ao processo de Gestão da SM.

Outros: _____

5. O que significa organizar a rede de SM no município?

Criar a coordenação, o CAPS, a direção do CAPS e a RT.

Criar a coordenação, o CAPS, a direção do CAPS e a RT, além de qualificar o NASF, os PSFs, os Postos de Saúde, Postos de Urgência, orientando quanto aos caminhos a serem adotados para um atendimento em SM.

Pactuar a assistência em SM através de consórcio e criar a coordenação municipal de SM, além de qualificar o NASF, os PSFs, os Postos de Saúde, Postos de Urgência, orientando quanto aos caminhos a serem adotados para um atendimento em SM.

Outros: _____

III – AGESTÃO DE SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO.

A Norma Operacional Básica (NOB) do SUS de 1996 apresenta a seguinte afirmação sobre o conceito de gestão: “[...] gestão é a atividade e a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde (municipal, estadual ou nacional)”, é o exercício, portanto, das funções ou atribuições de direção, coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria.

6. Qual (ou quais) o órgão municipal responsável pela Gestão da Política de SM?

A Secretaria de Saúde municipal, através de seu gestor.

A Coordenação municipal de SM, através de seu coordenador.

A direção do CAPS, através de seu diretor.

Os três órgãos anteriores, através de seus representantes.

A Secretaria de Saúde municipal, através de seu gestor e a Coordenação municipal de SM, através de seu coordenador.

Como o município não pactuou o modelo de “gestão plena da atenção básica de saúde”, a gestão de SM cabe à Secretaria Estadual de Saúde, através do gestor de saúde e do coordenador estadual de SM.

Outros: _____

7. O que é GESTÃO MUNICIPAL DE SM?

São as ações que proporcionam a criação de mecanismos e instituições previstos em lei para o estabelecimento do programa de SM no município, bem como, a qualificação das equipes de saúde e ou de saúde mental para a assistência na rede local e o acompanhamento do atendimento em conformidade às propostas da Reforma Psiquiátrica e à Política Nacional de SM.

São as ações que, no município, são executadas pelo coordenador de SM.

Outros: _____

8. Quais são as FUNÇÕES OU ATRIBUIÇÕES do gestor de SM no município?

Promover a administração e qualificação de Recursos Humanos para a assistência em SM.

Proporcionar o suprimento do CAPS, quando houver, quanto aos aspectos: material de escritório, alimentação e medicamentos.

Fiscalizar, acompanhar e Controlar a utilização das verbas de SM.

Promover a Intersetorialidade entre as Secretarias Municipais para a assistência em SM.

Promover a elaboração de pesquisa para identificação de necessidades de usuários e trabalhadores do CAPS tendo em vista o Acolhimento Humanizado no CAPS.

Promover o Acolhimento Humanizado na rede de Saúde e de SM.

- Promover a assistência em SM em conformidade à proposta da Reforma Psiquiátrica e da Política Nacional de Saúde Mental.
- Promover a articulação política com representantes de instituições locais, tendo em vista dar visibilidade à proposta da Reforma Psiquiátrica e promover a inclusão das pessoas com transtorno mental na vida da comunidade.
- Organizar a rede de SM.
- Favorecer e contratar a supervisão clínico-institucional para qualificar o trabalho em SM.
- Promover todas as ações necessárias para que a Política Nacional de Saúde Mental se instale e funcione no município em conformidade aos parâmetros da Reforma Psiquiátrica.
- Outros: _____

9. Quais as DIFICULDADES para gerir a Política de Saúde Mental no município?

- A especificidade da área de SM.
- Escassez de verba.
- O distanciamento da capital que dificulta a qualificação na área.
- O distanciamento da capital que dificulta a supervisão clínico-institucional.
- A interferência política.
- Articular a rede de SM.
- Reduzir o estigma social.
- Sensibilizar os profissionais de saúde para as questões de SM .
- Incluir o atendimento às crises de transtorno mental ou de abuso na utilização do álcool e outras drogas no Posto de Urgência.
- Reservar leitos hospitalares para esse tipo de atendimento, no caso de internação por crise.
- Controlar a utilização das verbas encaminhadas pela União e Estado para SM que chegam diretamente no fundo municipal de saúde.
- Conscientizar a população para a importância do tratamento em meio aberto.
- Promover o trabalho intersetorializado para o enfrentamento das questões de SM.
- Reduzir ou fechar a Clínica de Repouso Itabapoana Ltda em Bom Jesus do Itabapoana.
- Promover a assistência aos usuários de álcool e outras drogas ilícitas.

10. Qual o maior DESAFIO do gestor de SM em relação ao estabelecimento da Política de SM no município?

- Articular a rede de saúde mental.
- Reduzir o estigma social.
- Sensibilizar os profissionais da saúde para a assistência em SM conforme preconiza a Política Nacional de SM (Lei 10.216/2001).
- Incluir o atendimento às crises de transtorno mental ou de abuso na utilização do álcool e outras drogas no Posto de Urgência.
- Reservar leitos hospitalares para o atendimento aos casos de internação por crise de transtorno mental ou crise por utilização abusiva do álcool e outras drogas.
- Controlar a utilização das verbas encaminhadas pela União e Estado para saúde mental que chegam diretamente no fundo de saúde municipal.
- Conscientizar a população para a necessidade do tratamento em meio aberto.
- Promover o trabalho intersetorializado para as questões de SM.
- Promover a assistência aos usuários de álcool e outras drogas ilícitas.
- Outros: _____

IV – SOBRE A COORDENAÇÃO.

11. O município tem coordenador de SM? Sim Não.

12. Se não, por que não possui?

- Porque não foi solicitada a criação desse cargo à câmara municipal.
- Porque a câmara não aprovou.
- Porque acreditamos que essa função pode ser exercida conjuntamente pela direção do CAPS.
- Outros: _____

13. Se o município não possui coordenação de SM, quem articula a assistência em SM na rede local?

- Os trabalhadores dos PSFs (Postos da Saúde da Família).
- A equipe do NASF (Núcleo de Assistência à Saúde da Família), junto aos PSFs e Posto de Urgência.
- Outros: _____

V - SOBRE A ORGANIZAÇÃO, ARTICULAÇÃO E QUALIFICAÇÃO DA REDE.

14. O município possui RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA (RT)?

- O município não possui. _____
- O município não possui, mas oferece o serviço através de consórcio com o município vizinho.
- O município possui RT Masculina. Quantas? ____ Com quantos moradores? _____
- O município possui RT Feminina. Quantas? ____ Com quantas moradoras? _____
- Comentários: _____

15. O Ministério da Saúde define a SUPERVISÃO CLÍNICO-INSTITUCIONAL como um forte instrumento de qualificação da rede de SM, que deve acontecer ao menos uma vez por ano nos CAPS, ao afirmar que: “É um espaço de discussão e estudo da equipe técnica do CAPS a respeito tanto dos projetos terapêuticos individuais e do serviço, quanto das articulações com o território onde o CAPS se situa e dos processos de gestão e da clínica do serviço” (Portaria GM 174, de 07.07.05).

Sobre a supervisão clínico-institucional:

- Concordo, principalmente para município distante da capital, pois temos dificuldade para qualificar nossos profissionais para atuar em SM através de cursos formais na região.
- Concordo, mas a exigência de doutorado em SM, feita ao profissional a ser contratado para supervisão, dificulta a negociação com profissionais da região, exigindo que o mesmo venha dos grandes centros, o que inviabiliza a supervisão ou a desqualifica devido a pouca frequência (quinzenal ou mensal) do profissional na localidade de modo que seja possível perceber e discutir as falhas.
- Concordo, mas a secretaria de saúde municipal não tem como arcar com a manutenção diária desse profissional no município (essa é a sua contrapartida) nem o compreende como importante para SM.
- Não concordo com essa supervisão, pois ela somente aponta nossas falhas não informando como superá-las.
- Outro: _____

16. O Sr considera necessária a criação de algum mecanismo em sua cidade para o atendimento às questões de álcool e outras drogas? Quais?

- Não.
- Não, bastaria a ampliação da Equipe Técnica do CAPS.
- Não, bastaria a ampliação da Equipe Técnica do CRAS.
- Não, bastaria a ampliação da Equipe Técnica do CAPS e do CRAS.
- Não, a Clínica de Repouso Itabapoana Ltda (CRIL), de Bom Jesus do Itabapoana, atende as necessidades da região.
- Sim, uma Casa de Passagem para menores.
- Sim, uma equipe para Consultório de rua.
- Sim, a criação do CREAS.
- Sim, uma Clínica para internação e tratamento.
- Outros: _____

17. Qual a participação do NASF (Núcleo de Assistência à Saúde da Família) na assistência em SM?

Não temos NASF.

Nenhuma.

Contribui para o fortalecimento da rede de SM.

O município não tem NASF.

Outra: _____

18. Qual a participação dos PSFs (Postos de Saúde da Família), atuais ESFs, na assistência em SM?

Nenhuma.

Fornece orientações aos usuários sobre as propostas da Reforma Psiquiátrica e o fluxo da assistência em SM no município.

Outra: _____

19. Em relação à história da SM no município, às questões da Política de SM e à gestão de SM na municipalidade, há algo que não foi abordado que o Sr gostaria de acrescentar?

OBRIGADA!

APÊNDICE B: ROTEIRO PARA ENTREVISTA AO COORDENADOR

DATA: __/__/__ MUNICÍPIO: _____ QTDD HABITANTES: _____

I – IDENTIFICAÇÃO.

5. Nome _____
6. Qual a sua formação? _____
7. Há quanto tempo concluiu esse curso? _____
8. O Sr já recebeu alguma qualificação em SM? () Não () Sim. _____
9. O Sr é servidor público efetivo? () Sim () Não _____
10. Há quanto tempo ocupa esse cargo na SM ? _____

II - A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO.

1. O Sr. conhece as orientações básicas da Política Nacional de SM? Poderia nos informar quais são?
() Desconheço, não li a legislação.
() O acompanhamento e tratamento aos portadores de transtorno mental médio, grave ou severo, inclusive, usuários de álcool e outras drogas, através de Clínicas Psiquiátricas, conforme os parâmetros da Reforma Psiquiátrica.
() O acompanhamento e tratamento aos portadores de transtorno mental médio, grave ou severo, inclusive, usuários de álcool e outras drogas, em meio aberto, com Acolhimento Humanizado através do CAPS, que deve promover a participação dos mesmos na vida em sociedade, conforme os parâmetros da Reforma Psiquiátrica.
() Outras: _____
2. Qual o seu posicionamento em relação aos procedimentos definidos pela Reforma Psiquiátrica e, conseqüentemente, pela Política de Saúde Mental no Brasil? O Sr. Concorda com esse modelo?
() Concordo, pois o tratamento em meio aberto atende aos Direitos Humanos possibilitando uma recuperação mais rápida do indivíduo em crise. Além disso, o portador de transtorno mental médio ou severo envolve acompanhamento de diversos aspectos da existência humana, sendo agravado com o isolamento social do indivíduo em tratamento.
() Não concordo, pois o isolamento proporciona um tratamento mais rápido e deixa a família mais tranquila. Em meio aberto, a família não tem como controlar o indivíduo com transtorno mental grave ou severo.
() Outros: _____
3. Quais os mecanismos adotados pelo município para implantar a Política Nacional de SM?
() A criação do CAPS I.
() A criação do CAPS II, CAPSad e CAPSi e Residência Terapêutica (RT): _____
() A criação de RT: _____
() A pactuação de um consórcio com o município vizinho para o suprimento da demanda de CAPS I e a criação do cargo de coordenador de SM para a implantação do Programa de SM no município.
() A criação do cargo de coordenador de SM para a implantação do Programa de SM no município.
() A criação do cargo de diretor do CAPS, a constituição da Equipe Técnica do CAPS, além da equipe administrativa e de apoio; a reserva de leitos hospitalares para atendimento às crises na rede hospitalar local e a garantia de atendimento no PU.
() A qualificação das equipes dos PSFs (Postos de Saúde da Família) para atendimento básico em SM.
() Outros: _____
4. Implantar a Política Nacional de SM é a mesma coisa que criar essas instituições, cargos e constituir as equipes de trabalhadores?
() Sim.

Não, além disso, é preciso organizar a rede de SM em parceria com a rede de saúde local, estabelecer uma rotina de assistência em SM e qualificar todo o serviço, o que corresponde ao processo de Gestão de SM.

Outros: _____

5. O que significa organizar a rede de SM?

Criar a coordenação, o CAPS, a direção do CAPS e a RT.

Criar a coordenação, o CAPS, a direção do CAPS e a RT, além de qualificar o NASF, os PSFs, os Postos de Saúde, Postos de Urgência, orientando quanto aos caminhos a serem adotados para um atendimento em SM.

Pactuar a assistência em SM através de consórcio e criar a coordenação municipal de SM, além de qualificar o NASF, os PSFs, os Postos de Saúde, Postos de Urgência, orientando quanto aos caminhos a serem adotados para um atendimento em SM.

Outros: _____

III – A COORDENAÇÃO DE SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO.

6. A Norma Operacional Básica (NOB) do SUS de 1996 apresenta a seguinte afirmação sobre o conceito de gestão: “[...] gestão é a atividade e a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde (municipal, estadual ou nacional)”, é o exercício, portanto, das funções ou atribuições de direção, coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria.

Nesse sentido, qual (ou quais) o órgão municipal que exerce a função de Gestão da Política de SM?

A Secretaria de Saúde municipal, através de seu gestor.

A Coordenação municipal de SM, através de seu coordenador.

A direção do CAPS, através de seu diretor.

Os três órgãos anteriores, através de seus representantes.

A Secretaria de Saúde municipal, através de seu gestor e a Coordenação municipal de SM, através de seu coordenador.

Como o município não pactuou o modelo de “gestão plena de atenção básica de saúde”, a gestão de SM cabe à Secretaria Estadual de Saúde, através do gestor de saúde estadual e do coordenador estadual de SM.

Outros: _____

7. O que é gestão municipal de SM?

São as ações que proporcionam a criação de mecanismos e instituições previstos em lei para o estabelecimento do programa de SM no município, bem como, a qualificação das equipes de saúde e ou de saúde mental para a assistência na rede local e o acompanhamento do atendimento em conformidade às propostas da Reforma Psiquiátrica e à Política Nacional de SM.

São as ações que no município são executadas pelo coordenador de SM.

Outros: _____

8. Quais são as funções ou atribuições do Coordenador de Saúde Mental no município?

Promover todas as ações necessárias para que a Política Nacional de Saúde Mental se instale e funcione no município em conformidade aos parâmetros da Reforma Psiquiátrica.

Exercer as funções de gestão de SM no município.

Promover a administração e qualificação de Recursos Humanos para a assistência em SM.

Proporcionar o suprimento do CAPS quanto aos aspectos: material de escritório, alimentação e medicamentos.

Fiscalizar, acompanhar e Controlar a utilização das verbas de SM.

Promover a Intersetorialidade entre as Secretarias Municipais para a assistência em SM.

Promover o trabalho interdisciplinar na Equipe Técnica do CAPS.

- Promover a elaboração de pesquisa para identificação de necessidades de usuários e trabalhadores do CAPS, tendo em vista o Acolhimento Humanizado na instituição.
- Promover o Acolhimento Humanizado na rede de Saúde e de SM.
- Promover a assistência em SM em conformidade à proposta da Reforma Psiquiátrica e da Política Nacional de SM.
- Promover a articulação política com representantes de instituições locais, tendo em vista dar visibilidade à proposta da Reforma Psiquiátrica e promover a inclusão das pessoas com transtorno mental na vida da comunidade.
- Organizar a rede de SM.
- Favorecer e contratar a supervisão clínico-institucional para qualificar o trabalho em SM.
- Outros: _____

9. Quais as dificuldades para coordenar a Política de Saúde Mental no município?

- A especificidade da área de SM
- Escassez de verba
- O distanciamento da capital que dificulta a qualificação na área
- O distanciamento da capital que dificulta a supervisão clínico-institucional
- A interferência política
- Articular a rede de SM
- Reduzir o estigma social
- Sensibilizar os profissionais de saúde para as questões de SM
- Incluir o atendimento às crises de transtorno mental ou de abuso na utilização do álcool e outras drogas no Posto de Urgência
- Reservar leitos hospitalares para esse tipo de atendimento, no caso de internação por crise.
- Controlar a utilização das verbas encaminhadas pela União e Estado para SM que chegam diretamente no fundo municipal de saúde
- Conscientizar a população para a importância do tratamento em meio aberto
- Promover o trabalho intersetorializado para o enfrentamento das questões de SM
- Reduzir ou fechar a Clínica de Repouso Itabapoana Ltda em Bom Jesus do Itabapoana
- Promover a assistência aos usuários de álcool e outras drogas ilícitas.
- Outras: _____

10. Qual o maior desafio do coordenador de SM em relação ao estabelecimento da Política de SM no município?

- Articular a rede de saúde mental.
- Reduzir o estigma social.
- Sensibilizar os profissionais da saúde para a assistência em SM conforme preconiza a Política Nacional de SM (Lei 10.216/2001).
- Incluir o atendimento às crises de transtorno mental ou de abuso na utilização do álcool e outras drogas no Posto de Urgência.
- Reservar leitos hospitalares para o atendimento aos casos de internação por crise de transtorno mental ou crise por utilização abusiva do álcool e outras drogas.
- Controlar a utilização das verbas encaminhadas pela União e Estado para saúde mental que chegam diretamente no fundo de saúde municipal.
- Conscientizar a população para a necessidade do tratamento em meio aberto.
- Promover o trabalho intersetorializado para as questões de SM.
- Reduzir ou fechar a Clínica de Repouso Itabapoana Ltda em Bom Jesus do Itabapoana.
- Promover a assistência aos usuários de álcool e outras drogas ilícitas.
- Outros: _____

IV- SOBRE A ORGANIZAÇÃO, ARTICULAÇÃO E QUALIFICAÇÃO DA REDE.

11. O município possui Residência Terapêutica (RT)?

- O município não possui.
- O município não possui, mas oferece o serviço através de consórcio com o município vizinho.
- O município possui RT Masculina. Quantas? Com quantos moradores? _____
- O município possui RT Feminina. Quantas? Com quantas moradoras _____
- Comentários: _____

12. No caso de município com RT, o Sr percebe a necessidade de mais RTs?

- Não.
- Sim, porque ainda temos munícipes internados na Clínica de Repouso Itabapoana Ltda (CRIL).
- Sim, porque as RTs estão superlotadas.
- Sim, porque só temos uma masculina.
- Sim, porque só temos uma feminina.
- Outros: _____

13. O Sr considera necessária a criação de algum mecanismo em sua cidade para o atendimento às questões de álcool e outras drogas?

- Não.
- Não, bastaria a ampliação da Equipe Técnica do CAPS.
- Não, bastaria a ampliação da Equipe Técnica do CRAS.
- Não, bastaria a ampliação da Equipe Técnica do CAPS e do CRAS.
- Não, a Clínica de Repouso Itabapoana Ltda (CRIL), de Bom Jesus do Itabapoana, atende as necessidades da região.
- Sim, uma Casa de Passagem para menores.
- Sim, uma equipe para Consultório de rua.
- Sim, a criação do CREAS.
- Sim, uma Clínica para internação e tratamento.
- Outros: _____

14. O Ministério da Saúde define a SUPERVISÃO CLÍNICO-INSTITUCIONAL como um forte instrumento de qualificação da rede de SM, que deve acontecer ao menos uma vez por ano nos CAPS, ao afirmar que: “É um espaço de discussão e estudo da equipe técnica do CAPS a respeito tanto dos projetos terapêuticos individuais e do serviço, quanto das articulações com o território onde o CAPS se situa e dos processos de gestão e da clínica do serviço” (Portaria GM 174, de 07.07.05).

Sobre a supervisão clínico-institucional:

- Concordo, principalmente para município distante da capital, pois temos dificuldade para qualificar nossos profissionais para atuar em SM através de cursos formais na região.
- Concordo, mas a exigência de doutorado em SM, feita ao profissional a ser contratado para supervisão, dificulta a negociação com profissionais da região, exigindo que o mesmo venha dos grandes centros, o que inviabiliza a supervisão ou a desqualifica devido a pouca frequência (quinzenal ou mensal) do profissional na localidade de modo que seja possível perceber e discutir as falhas.
- Concordo, mas a secretaria de saúde municipal não tem como arcar com a manutenção diária desse profissional no município (essa é a sua contrapartida) nem o compreende como importante para SM.
- Não concordo com essa supervisão, pois ela somente aponta nossas falhas não informando como superá-las.
- Outro: _____

15. Qual a participação do NASF (Núcleo de Assistência à Saúde da Família) na assistência em SM?

- Não temos NASF.
- Nenhuma.

Contribui para o fortalecimento da rede de SM.

Outra: _____

16. Qual a participação dos PSFs (Postos de Saúde da Família), atuais ESFs, na assistência em SM?

Nenhuma.

Fornece orientações aos usuários sobre as propostas da Reforma Psiquiátrica e o fluxo da assistência em SM no município.

Outra: _____

CASO NÃO HAJA CAPS NO MUNICÍPIO, VERIFICAR SE É POSSÍVEL SABER:

17. Quanto municípios apresentam transtorno mental grave ou severo? _____

18. Quantos se apresentam com transtorno mental provocado pelo uso abusivo do álcool? _____

19. Quantos se apresentam com transtorno mental provocado pelo uso de outras drogas? _____

22. Em relação à história da SM no município, às questões da Política de SM e à gestão de SM no município, há algo que não foi abordado que o Sr gostaria de acrescentar?

Não Sim: _____

OBRIGADA!

APÊNDICE C: ROTEIRO PARA ENTREVISTA AO DIRETOR

DATA: __/__/__ MUNICÍPIO: _____ QTDD HABITANTES: _____

I – IDENTIFICAÇÃO.

5. Nome: _____
6. Qual a sua formação? _____
7. Quando concluiu esse curso? _____
8. O Sr já recebeu alguma qualificação em SM? () Não () Sim. _____
9. O Sr é servidor público efetivo? () Sim () Não _____
10. Há quanto tempo ocupa esse cargo na SM? _____

II - A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO.

1. Quais as orientações básicas da Política Nacional de Saúde Mental?
() Desconheço, não li a legislação.
() O acompanhamento e tratamento aos portadores de transtorno mental médio, grave ou persistente, inclusive, usuários de álcool e outras drogas, através de Clínicas Psiquiátricas, conforme os parâmetros da Reforma Psiquiátrica.
() O acompanhamento e tratamento aos portadores de transtorno mental médio, grave ou persistente, inclusive, usuários de álcool e outras drogas, em meio aberto, com internações apenas em caso de crises e Acolhimento Humanizado através do CAPS que deve promover a participação dos mesmos na vida em sociedade, conforme os parâmetros da Reforma Psiquiátrica.
() Outras: _____
2. Qual o seu posicionamento em relação aos procedimentos definidos pela Reforma Psiquiátrica e, conseqüentemente, pela Política de Saúde Mental no Brasil?
() Concordo, pois o tratamento em meio aberto atende aos Direitos Humanos possibilitando uma recuperação mais rápida do indivíduo em crise. Além disso, o transtorno mental médio ou severo envolve acompanhamento de diversos aspectos da existência humana, sendo agravado com o isolamento social do indivíduo em tratamento; a internação só deve ocorrer em caso de crise.
() Não concordo, pois o isolamento proporciona um tratamento mais rápido e deixa a família mais tranquila. Em meio aberto a família não tem como controlar o indivíduo com transtorno mental grave ou severo.
() Outros: _____
3. Quais os mecanismos adotados pelo município para implantar a Política Nacional de SM?
() A criação do CAPS I.
() A criação do CAPS II, CAPSad e CAPSi e Residência Terapêutica (RT): _____
() A criação de RT: _____
() A pactuação de um consórcio com o município vizinho para o suprimento da demanda de CAPS I e a criação do cargo de coordenador de SM para a implantação do Programa de SM no município
() A criação do cargo de coordenador de SM para a implantação do Programa de SM no município.
() A criação do cargo de diretor do CAPS, a constituição da Equipe Técnica do CAPS, além da equipe administrativa e de apoio, a reserva de leitos hospitalares para atendimento às crises na rede hospitalar local e a garantia de atendimento no PU.
() A qualificação das equipes dos PSFs (Postos de Saúde da Família) para atendimento básico em SM.
() Outros: _____
4. Implantar a Política Nacional de SM é a mesma coisa que criar cargos, instituições e constituir as equipes de trabalhadores?
() Sim.

() Não, além disso, é preciso organizar a rede de SM em parceria com a rede de saúde local, estabelecer uma rotina de assistência em SM e qualificar todo o serviço, o que corresponde ao processo de gestão de SM; mas, quase sempre, não ocorre dessa forma.

() Outros: _____

5. O que significa organizar a rede de SM no município?

() Criar a coordenação, o CAPS, a direção do CAPS e a RT.

() Criar o CAPS, a direção do CAPS e a RT.

() Criar a coordenação, o CAPS, a direção do CAPS e a RT, além de qualificar o NASF, os PSFs, os Postos de Saúde, Postos de Urgência, orientando quanto aos caminhos a serem adotados para um atendimento em SM, mas na prática não é bem assim.

() Pactuar a assistência em SM através de consórcio e criar a coordenação municipal de SM, além de qualificar o NASF, os PSFs, os Postos de Saúde, Postos de Urgência, orientando quanto aos caminhos a serem adotados para um atendimento em SM, o que raramente ocorre.

() Outros: _____

6. Norma Operacional Básica (NOB) do SUS de 1996 apresenta a seguinte afirmação sobre o conceito de gestão: “[...] gestão é a atividade e a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde (municipal, estadual ou nacional)”, é o exercício, portanto, das funções ou atribuições de direção, coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria.

Nesse sentido, qual (ou quais) o órgão municipal responsável pela Gestão da Política de SM?

() A Secretaria de Saúde municipal, através de seu gestor.

() A Coordenação municipal de SM, através de seu coordenador.

() A direção do CAPS, através de seu diretor.

() Os três órgãos anteriores, através de seus representantes.

() A Secretaria de Saúde municipal, através de seu gestor e a Coordenação municipal de SM, através de seu coordenador.

() Como o município não pactuou o modelo de “gestão plena da atenção básica de saúde”, a gestão de SM cabe à Secretaria Estadual de Saúde, através do gestor de saúde e do coordenador estadual de SM.

() Outros: _____

II – A DIREÇÃO DO CAPS.

7. Quais são as funções ou atribuições do diretor do CAPS?

() Promover todas as ações necessárias para que a assistência em SM se desenvolva no CAPS, conforme os preceitos da Reforma Psiquiátrica e da Política Nacional de Saúde Mental.

() Administrar os Recursos Humanos do CAPS para a assistência em SM.

() Suprir o CAPS quanto aos aspectos: material de escritório, alimentação e medicamentos.

() Fiscalizar, acompanhar e Controlar a utilização das verbas de SM.

() Promover a Intersetorialidade entre as Secretarias Municipais para a assistência em SM.

() Estimular o trabalho interdisciplinar na Equipe Técnica do CAPS.

() Proporcionar visitação, por integrantes da equipe técnica, aos usuários do CAPS.

() Promover a elaboração de pesquisa para identificação de necessidades de usuários, e trabalhadores do CAPS, tendo em vista a qualificação do trabalho na instituição.

() Buscar integração da equipe de trabalho do CAPS a fim de proporcionar Acolhimento Humanizado.

() Promover o Acolhimento Humanizado na rede de Saúde.

() Proporcionar a assistência em SM em atenção à proposta da Reforma Psiquiátrica e da Política Nacional de SM.

() Promover a articulação política com representantes de instituições locais, tendo em vista dar visibilidade à proposta da Reforma Psiquiátrica e proporcionar a inclusão das pessoas com transtorno mental na vida da comunidade.

() Organizar a rede local de SM.

- Proporcionar o atendimento às necessidades dos usuários do CAPS.
- Sugerir modificações nos fluxo de atendimento do CAPS junto à Equipe Técnica.
- Participar da organização do fluxo de atendimento em SM, na rede de saúde local e no CAPS.
- Participar do fluxo de atendimento no CAPS.
- Elaborar projetos relacionados à SM.
- Gerenciar projetos relacionados à SM
- Promover a contratação da supervisão clínico-institucional para assistência à rede de SM.
- Favorecer o trabalho da supervisão clínico-institucional para qualificar a rede de SM.
- Promover o atendimento a toda a demanda de SM encaminhada ao CAPS, com redirecionamento, se necessário.
- Outros: _____

8. Quantos usuários estão cadastrados no CAPS?

Usuários Intensivos: _____

Usuários Semi-Intensivos: _____

Usuários Não Intensivos: _____

9. Quantos se apresentam com transtorno mental provocado pelo uso abusivo do álcool? _____

10. Quantos se apresentam com transtorno mental provocado pelo uso de outras drogas? _____

11. Existe controle quanto à procura por orientação sobre assistência ao uso abusivo do álcool?

Não. Sim. Outros _____

12. Existe controle quanto à procura por orientação sobre assistência ao uso de drogas ilícitas?

Não. Sim. Outros _____

13. Quais são os profissionais da Equipe Técnica do CAPS?

Psiquiatra: _____

Psicólogo: _____

Enfermeiro: _____

Assistente Social: _____

Terapeuta Ocupacional: _____

Técnico de enfermagem: _____

Outros: _____

14. Quantos profissionais constituem a Equipe Administrativa? _____

15. Quantos profissionais integram a Equipe de Apoio? _____

16. Quais as dificuldades para dirigir o CAPS?

A especificidade da área de SM.

Escassez de verba.

O distanciamento da capital que dificulta a qualificação na área.

O distanciamento da capital que dificulta a supervisão clínico-institucional.

A interferência política.

Administrar os Recursos Humanos do CAPS para a assistência em SM.

Administrar os Recursos Humanos do CAPS para a assistência em SM, devido a alta rotatividade na Equipe Técnica.

Administrar os Recursos Humanos do CAPS para a assistência em SM, devido a alta rotatividade no quadro funcional em geral.

- A articulação da rede de SM.
- Reduzir o estigma social com a área.
- Sensibilizar os profissionais de saúde para as questões de SM.
- Incluir o atendimento às crises de transtorno mental ou de abuso na utilização do álcool e outras drogas no Posto de Urgência.
- Reservar leitos hospitalares para esse tipo de atendimento, no caso de internação por crise.
- Controlar a utilização das verbas encaminhadas pela União e Estado para SM que chegam diretamente no fundo municipal de saúde.
- Conscientizar a população para a importância do tratamento em meio aberto.
- Promover o trabalho intersectorializado para o enfrentamento das questões de SM.
- Reduzir ou fechar a Clínica de Repouso Itabapoana Ltda em Bom Jesus do Itabapoana.
- Promover a assistência aos usuários de álcool e outras drogas ilícitas.
- Outras: _____

17. Qual o maior desafio do diretor do CAPS?

- A especificidade da área de SM.
- Escassez de verba.
- O distanciamento da capital que dificulta a qualificação na área.
- O distanciamento da capital que dificulta a supervisão clínico-institucional.
- A interferência política.
- Administrar os Recursos Humanos do CAPS para a assistência em SM.
- Administrar os Recursos Humanos do CAPS para a assistência em SM, devido a alta rotatividade na Equipe Técnica.
- Administrar os Recursos Humanos do CAPS para a assistência em SM, devido a alta rotatividade no quadro funcional em geral.
- A articulação da rede de SM.
- Reduzir o estigma social com a área.
- Sensibilizar os profissionais de saúde para as questões de SM.
- Incluir o atendimento às crises de transtorno mental ou de abuso na utilização do álcool e outras drogas no Posto de Urgência.
- Reservar leitos hospitalares para esse tipo de atendimento, no caso de internação por crise.
- Controlar a utilização das verbas encaminhadas pela União e Estado para SM que chegam diretamente no fundo municipal de saúde.
- Conscientizar a população para a importância do tratamento em meio aberto.
- Promover o trabalho intersectorializado para o enfrentamento das questões de SM.
- Reduzir ou fechar a Clínica de Repouso Itabapoana Ltda em Bom Jesus do Itabapoana.
- Promover a assistência aos usuários de álcool e outras drogas ilícitas.
- Outras: _____

IV – A EQUIPE DE TRABALHADORES DO CAPS.

O CAPS possui uma Equipe Técnica (ET) constituída, em geral, por profissionais de psiquiatria, psicologia, serviço social, enfermagem, farmácia, terapia ocupacional e técnicos de enfermagem, conforme portaria 336/02. Além da Equipe Técnica existe uma equipe administrativa e uma de apoio.

18. No seu entendimento, a ET do CAPS deveria ter mais integrantes do que o definido em lei?

- Não, porque essa composição mínima atende as necessidades de nossa comunidade.
- Não, porque precisamos mesmo é de mais articulação com outras áreas, além de outros mecanismos para o enfrentamento das questões de álcool e outras drogas.
- Sim, porque essa composição mínima do CAPS não atende as necessidades de nossos usuários e comunidade.
- Sim, para o atendimento específico de álcool e outras drogas.

() Outros: _____

19. O Sr entende que a contratação dos trabalhadores do CAPS deve ocorrer por processo seletivo ou por concurso público? () Processo seletivo () Concurso público () Os dois modelos _____

20. A Equipe Técnica do CAPS é composta de funcionários efetivos (concursados) ou contratados?

() Contratados: _____ () Efetivos: _____ () Os dois tipos _____

21. E a Equipe Administrativa?

() Contratados: _____ () Efetivos: _____ () Os dois tipos _____

22. E a Equipe de Apoio?

() Contratados: _____ () Efetivos: _____ () Os dois tipos _____

23. A transferência de funcionário de qualquer outro quadro funcional da Prefeitura para o CAPS é condicionada à concordância da coordenação de saúde mental ou da direção do CAPS?

() Sim.

() Não.

() Não, o diretor do CAPS, às vezes, recebe funcionário com dificuldade de relacionamento em outros setores da prefeitura. _____

() Outro _____

24. O acolhimento humanizado corresponde a um conceito que tem sido muito valorizado no trabalho em saúde e SM, principalmente por envolver o respeito a todos os aspectos da vida do ser humano em sociedade. O acolhimento humanizado possibilita a criação de vínculo afetivo capaz de produzir uma assistência e atendimento com mais qualidade numa realidade tão sofrida e estigmatizada como a do CAPS. Essas idéias compõem o conceito de Humanização de DESLANDES (2004).

Humanizar as relações entre gestores, trabalhadores e usuários do SUS para ofertar um atendimento com mais qualidade na rede pública de saúde, melhorando os ambientes de cuidado e as condições de trabalho dos profissionais é a principal meta da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (PNH), o Humaniza SUS, instituído em 2003 pelo Ministério da Saúde e que deve persistir transversalmente em todas as áreas da saúde, inclusive, a da SM.

Nesse sentido, o Acolhimento humanizado no CAPS depende de uma boa gestão.

A partir dessa concepção, quais as implicações da contratação temporária para o acolhimento humanizado no CAPS?

() Compromete a qualidade do serviço.

() Dificulta a formação de vínculo entre usuários e profissionais, devido à rotatividade de integrantes das Equipe Técnica.

() Contribui para o desperdício de verba pública com qualificação de equipe que não permanece na instituição.

() Tanto faz, pois o problema não está na forma de contratação e sim na baixa remuneração do quadro técnico.

() Não tem implicações.

() Outras: _____

IV - SOBRE A ORGANIZAÇÃO, ARTICULAÇÃO E QUALIFICAÇÃO DA REDE.

25. O município possui Residência Terapêutica (RT)?

() O município não possui.

() O município possui RT Masculina. Quantas? ____ Com quantos moradores? _____

() O município possui RT Feminina. Quantas? ____ Com quantas moradoras? _____

() Comentários _____

26. No caso de município com RT, o Sr percebe a necessidade de mais RTs?

- Não.
- Sim, porque ainda temos munícipes internados na Clínica de Repouso Itabapoana Ltda.
- Sim, porque as RTs estão superlotadas.
- Sim, porque só temos uma masculina.
- Sim, porque só temos uma feminina.
- Outros: _____

27. O Ministério da Saúde define a SUPERVISÃO CLÍNICO-INSTITUCIONAL como um forte instrumento de qualificação da rede de SM, que deve acontecer ao menos uma vez por ano nos CAPS, ao afirmar que: “É um espaço de discussão e estudo da equipe técnica do CAPS a respeito tanto dos projetos terapêuticos individuais e do serviço, quanto das articulações com o território onde o CAPS se situa e dos processos de gestão e da clínica do serviço” (Portaria GM 174, de 07.07.05).

Sobre a supervisão clínico-institucional:

- Concordo, principalmente para município distante da capital, pois temos dificuldade para qualificar nossos profissionais para atuar em SM através de cursos formais na região.
- Concordo, mas a exigência de doutorado em SM, feita ao profissional a ser contratado para supervisão, dificulta a negociação com profissionais da região, exigindo que o mesmo venha dos grandes centros, o que inviabiliza a supervisão ou a desqualifica devido a pouca frequência (quinzenal ou mensal) do profissional na localidade de modo que seja possível perceber e discutir as falhas.
- Concordo, mas a secretaria de saúde municipal não tem como arcar com a manutenção diária desse profissional no município (contrapartida) nem compreende como importante para SM.
- Não concordo com essa supervisão, pois ela somente aponta nossas falhas não informando como superá-las.
- Outro: _____

28. O Sr considera necessária a criação de algum mecanismo em sua cidade para o atendimento às questões de álcool e outras drogas?

- Não, o que temos é suficiente.
- Não, bastaria a ampliação da Equipe Técnica do CAPS.
- Não, bastaria a ampliação da Equipe Técnica do CRAS.
- Não, bastaria a ampliação da Equipe Técnica do CAPS e do CRAS.
- Não, a Clínica de Repouso Itabapoana de Bom Jesus do Itabapoana atende as necessidades da região.
- Sim, uma Casa de Passagem para menores.
- Sim, uma equipe para Consultório de rua.
- Sim, a criação do CREAS.
- Sim, uma Clínica para internação e tratamento.
- Outros: _____

29. Qual a participação do NASF (Núcleo de Assistência à Saúde da Família) na assistência em SM?

- Não temos NASF.
- Nenhuma.
- Contribui para o fortalecimento da rede de SM.
- Outra: _____

30. Qual a participação dos PSFs (Postos de Saúde da Família), atuais ESFs, na assistência em SM?

- Nenhuma.
- Fornece orientações aos usuários sobre as propostas da Reforma Psiquiátrica e o fluxo da assistência em SM no município.
- Outra: _____

31. Em relação à história da SM no município, às questões da Política de SM e à gestão de SM na municipalidade, há algo que não foi abordado que o Sr gostaria de acrescentar?

() Não () Sim: _____

OBRIGADA!