

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS EM POLÍTICA SOCIAL
DOUTORADO EM POLÍTICA SOCIAL

A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL E SUA IMPLEMENTAÇÃO NO
CONTEXTO LOCO-REGIONAL:
um estudo de caso em municípios integrantes do Consórcio
Intermunicipal de Saúde do Vale do Itapecerica/Minas Gerais



Niterói, RJ
2017

RONALDO ALVES DUARTE

A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL E SUA IMPLEMENTAÇÃO NO
CONTEXTO LOCO-REGIONAL:
um estudo de caso em municípios integrantes do Consórcio
Intermunicipal de Saúde do Vale do Itapecerica/Minas Gerais

Tese apresentada ao Programa de Estudos Pós-Graduados
em Política Social da Escola de Serviço Social da
Universidade Federal Fluminense, como requisito parcial
para obtenção do título de Doutor em Política Social

Área de Concentração: Avaliação de políticas sociais

Orientador: Prof. Doutor. Adilson Vaz Cabral Filho

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Central do Gragoatá

D812 Duarte, Ronaldo Alves.

A política nacional de saúde mental e sua implementação no contexto loco-regional: um estudo de caso em municípios integrantes do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Itapeçerica/Minas Gerais / Ronaldo Alves Duarte. – 2017.

275 f. : il.

Orientador: Adilson Vaz Cabral Filho.

Tese (Doutorado) – Universidade Federal Fluminense. Escola de Serviço Social, 2017.

Bibliografia: f. 254-270.

1. Política. 2. Política social. 3. Saúde mental. 4. Municipalização da saúde. I. Cabral Filho, Adilson Vaz. II. Universidade Federal Fluminense. Escola de Serviço Social. III. Título.

Tese apresentada ao Programa de Estudos Pós-Graduados em Política Social da Escola de Serviço Social da Universidade Federal Fluminense, defendida em _____ e _____ pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

Prof. Doutor Adilson Vaz Cabral Filho (Orientador)
Universidade Federal Fluminense

Prof. Doutor André Augusto Pereira Brandão
Universidade Federal Fluminense

Prof. Doutor José Geraldo Pedrosa
Centro Federal de Educação tecnológica/MG

Prof. Doutor Marco José Duarte
Universidade de Estado do Rio de Janeiro

Prof. Doutor Richardson Miranda Machado
Universidade Federal de São João Del Rei

Prof.^a Doutora Mônica de Castro Maia Senna - (Suplente)
Universidade Federal Fluminense

Prof.^a Doutora Sandra Aparecida Venâncio de Siqueira - (Suplente)
Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

Para Rodrigo,
por tudo.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Adilson Vaz Cabral Filho, pela preciosa orientação, pelo respeito ao meu tempo de escrita e pela grande liberdade de ação concedida.

À CAPES, pela bolsa de estudos concedida.

A todos os outros professores e colegas do curso de Doutorado da UFF, em cujo convívio recebi subsídios que em muito enriqueceram o meu conhecimento.

Aos Professores José Geraldo Pedrosa e André **Augusto Pereira Brandão**, que **compuseram minha banca de qualificação e contribuíram de forma fundamental**.

A minha família: irmão Rinaldo, irmãs Soraia, Solange e Simone, cunhada, cunhados, sobrinhos, sobrinhas; e, em especial, a meu pai, Salvador, e a minha mãe, Conceição, que souberam compreender minha ausência nos encontros de família e sempre estiveram na torcida.

À família Alves dos Santos, pelo acolhimento, pela presença e pelas orações. Vocês foram fundamentais!

Às companheiras de existência Alba Valéria e Júnia Paula, pelo apoio, pela torcida e pela parceria em todos os momentos.

A todos que rezaram/oraram para que eu conseguisse essa conquista, em particular a minha querida tia Aparecida.

Aos meus amigos e amigas e a minha família ampliada, pela compreensão nas ausências e pelo apoio, mesmo que distante.

Aos dezoito sujeitos participantes desta pesquisa, pela generosidade com que aceitaram ser entrevistados.

A Elzi de Oliveira, então gerente do SERSAM/ Divinópolis, pela generosidade e confiança com que possibilitou inúmeras negociações de ausências no cotidiano de trabalho.

Aos meus colegas de trabalho e funcionários do SERSAM, que souberam compreender minhas ausências no trabalho e que, de alguma forma, contribuíram na realização desta Tese.

À Franciele Amorim, pelo profissionalismo e pela disponibilidade na realização das várias tarefas de conferência e formatação do texto final.

Ao Rodrigo, pelo carinho estimulador, pelo apontar dos rumos a tomar, pelo diálogo constante, pelas inúmeras contribuições em todos os momentos de construção deste material. Sem ele este texto não seria possível.

Finalmente, agradeço muito a Deus, pela minha vida e pela preservação da minha saúde mental durante todo o período de realização do curso. Sem isso, este trabalho não teria se tornado realidade.

“Deixada sozinha e destacada de seus antigos parentescos, entre os muros desgastados do internamento, a loucura se constituiu num problema – colocando questões que até então nunca havia formulado. Ela, sobretudo, embaraçou o legislador, que não podendo deixar de sancionar o fim do internamento, não mais sabia em que ponto do espaço social situá-la: prisão, hospital ou assistência familiar.”

Foucault, História da Loucura, p. 417.

RESUMO

No Brasil, o cuidado oferecido à pessoa com transtorno mental privilegiou uma concepção hospitalocêntrica cuja principal estratégia de intervenção era o isolamento da pessoa de seu meio social e familiar, com o objetivo restrito de tratar a doença e eliminar os sintomas dela decorrentes. Prevalendo até as décadas de 1970/1980, essa concepção chocou-se frontalmente, a partir daí, com um novo paradigma de cuidado preconizado pelo movimento da Reforma Psiquiátrica. Sob esse novo enquadramento, a transformação no modelo assistencial passou a apresentar uma proposta que dependia cada vez mais de uma participação mais efetiva da sociedade. Nesse percurso, todas as mudanças empreendidas na e pela política de saúde mental brasileira ocorreram simultaneamente a diversas transformações sociais, culturais, demográficas e econômicas vivenciadas pelo país. Somou-se a isso, o fato de que a descentralização político-administrativa e a regionalização das ações e serviços de saúde postas como princípios e diretrizes do SUS fizeram do município o espaço por excelência de execução das ações e prestação direta de serviços assistenciais em saúde. Assim, o município passou a ser o principal ente federativo brasileiro responsável por implementar as políticas de saúde, o que incluía a saúde mental. Diante desse cenário, surgiu o problema de pesquisa sobre o qual se deteve este estudo: como a política nacional de saúde mental, em vigor no Brasil deste início de século XXI, vem sendo implementada em nível loco-regional? Nestes termos, o presente trabalho teve por objetivo geral analisar como estava sendo implementada a política de saúde mental brasileira em cinco municípios integrantes do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Itapeçerica (CISVI), na região Centro Oeste do Estado de Minas Gerais, buscando identificar e compreender a sua organização local – o como e o porquê desta – e, ainda, que configurações particulares tal organização impunha à materialização da política nacional de saúde mental no âmbito local. Este estudo, de abordagem qualitativa, apoiou-se em algumas categorias e subcategorias de análise definidas a partir dos pressupostos teórico-metodológicos propostos pelos autores: Frey (2000), Flexor e Leite (2006), Walt e Gilson (1994), Araújo e Maciel (2001) e Baptista e Mattos (2011). Assim, recorreu-se a uma pesquisa de campo que coletou, por meio de entrevistas semiestruturadas, falas de diferentes agentes envolvidos no processo de implementação da política de saúde mental nos cinco municípios considerados, além de realizar uma extensa pesquisa bibliográfica e documental sobre temas pertinentes à configuração e implementação da política de saúde mental em vigor no país neste século XXI, tanto em nível nacional, quanto estadual e municipal das cidades tomadas como lócus de investigação. A investigação empreendida possibilitou a comprovação do argumento de tese que mobilizou a realização do estudo, confirmando que, por um lado, os ganhos político-sociais das pessoas com transtorno mental ocorridos desde a publicação da Lei da Reforma Psiquiátrica, em 2001, vieram repercutindo em um alinhamento da política social brasileira de saúde mental com a perspectiva do cuidado integral; por outro lado, essa repercussão materializada no discurso legislativo tem evidenciado, quando da implementação desta política social pelos municípios estudados, configurações muito particulares da execução da política de saúde mental brasileira. Configurações estas que são resultado de fatores que vão desde a ocorrência de modelos políticos cristalizados há muito no país até a existência de uma estrutura física, de recursos humanos e administrativa frágil, afetando tanto a atuação dos gestores quanto dos trabalhadores e da sociedade civil no âmbito de implementação da política de saúde mental no interior do país.

Palavras-chave: Análise de política; Política social de saúde mental; Implementação; Regionalização e municipalização da saúde.

ABSTRACT

In Brazil, the care offered to the person with mental disorder privileged a hospital-centered conception which the main strategy of intervention was the isolation of the person from his/her social and family environment, with the restricted objective of treating the disease and eliminating its symptoms. Prevailing until the 1970's and 1980's, this conception collided frontally, since then, with a new paradigm of care advocated by the Psychiatric Reform movement. Under this new framework, the transformation in the care model began to present a proposal that depended even more on a more effective participation of the society. Along this path, all the changes undertaken in and by the Brazilian mental health policy occurred simultaneously to various social, cultural, demographic and economic transformations experienced by the country. Added to this was the fact that political-administrative decentralization and the regionalization of health actions and services as principles and directives of the Brazilian Unified Health System (SUS) made the municipality the space for excellence in the execution of actions and direct provision of health care services. Thus, the municipality became the main Brazilian federal entity responsible for implementing health policies, which included mental health. In view of this scenario, the research problem that led to this study arose: how has the national mental health policy in force in Brazil at the beginning of the 21st century been implemented at a loco-regional level? In these terms, the general objective of the present study was to analyze how was the Brazilian mental health policy being implemented in five municipalities of the Inter-municipal Health Consortium of the Itapecerica Valley (CISVI), in the Central West region of the State of Minas Gerais, seeking to identify and understand their local organization - the how and why of it - and also, what particular settings such an organization required to materialize the national mental health policy at the local level. This study, with a qualitative approach, was based on some categories and subcategories of analysis defined from the theoretical-methodological assumptions proposed by the authors: Frey (2000), Flexor and Leite (2006), Walt and Gilson (1994), Araújo and Maciel (2001) and Baptista and Mattos (2011). Thus, we used a field research that collected, through semi-structured interviews, statements by different agents involved in the process of implementation of mental health policy in the five cities considered, in addition to conducting an extensive bibliographical and document study on relevant themes to the configuration and implementation of the mental health policy in force in the country in this 21st century, both at national, state and municipal levels of the cities taken as the locus of research. The research carried out made it possible to prove the thesis that mobilized the study, confirming that, on one hand, the socio-political gains of people with mental disorders that occurred since the publication of the Psychiatric Reform Law, in 2001, resulted in an alignment of the Brazilian social policy of mental health with the perspective of integral care; on the other hand, this repercussion materialized in the legislative discourse has evidenced, at the implementation of this social policy by the municipalities studied, very particular configurations of the implementation of the Brazilian mental health policy. These configurations are the result of factors ranging from the occurrence of long-crystallized political models in the country to the existence of a fragile physical, human and administrative structure, affecting both the performance of managers and workers and civil society in the scope of the implementation of mental health policy in the interior of the country.

Keywords: Policy analysis; Social mental health policy; Implementation; Regionalization and municipalization of health.

RESUMEN

En Brasil, el cuidado ofrecido a la persona víctima del trastorno mental privilegió una concepción hospitalocéntrica cuya estrategia principal de intervención era el asilamiento de la persona de su medio social y familiar, con el objetivo único de tratar la enfermedad y eliminar los síntomas de ella provenientes. Utilizada hasta las décadas de 1970/1980, esa concepción chocó frontalmente, a partir de ahí, con un nuevo paradigma de cuidado preconizado por el movimiento de la Reforma Psiquiátrica. Bajo este nuevo encuadramiento, la transformación en el modelo asistencial empezó a enseñar una propuesta que dependía cada vez más de una participación más efectiva de la sociedad. En este trayecto, todos los cambios ocurridos en la y por la salud mental brasileña sucedieron concomitantemente a variadas transformaciones sociales, culturales, demográficas y económicas experimentadas por el país. Se sumó a esto, el hecho de que la descentralización político-administrativa y la regionalización de las acciones y de los servicios de salud presentadas como principios y directrices del SUS hicieron de la ciudad el espacio por excelencia de ejecución de las acciones y prestación directa de servicios asistenciales en salud. De esta manera, la ciudad pasó a ser la principal entidad federativa brasileña responsable por realizar las políticas de salud, lo que incluía la salud mental. Frente a este escenario, apareció el problema de pesquisa sobre el cual se detuvo este estudio: ¿cómo la política nacional de salud mental, en vigor en Brasil desde el inicio del siglo XXI, se está implementando en nivel local-regional? En estos términos, el presente trabajo tuvo por objetivo general analizar cómo se estaba implementando la política de salud mental brasileña en cinco ciudades integrantes del Consorcio Intermunicipal de Salud del Vale del Itapeceira (CISVI), en la región Centro Oeste del Estado de Minas Gerais, se buscó la identificación y la comprensión de su organización local – cómo y porqué de esta – y aún, que configuraciones particulares tal organización imponía a la materialización de la política nacional de salud mental en el ámbito local. Este estudio, de enfoque cualitativo, se basó en algunas categorías y subcategorías de análisis determinadas a partir de los presupuestos teórico-metodológicos propuestos por los autores: Frey (2000), Flexor y Leite (2006), Walt y Gilson (1994), Araújo y Maciel (2001) y Baptista y Mattos (2011). Así se empleó una pesquisa de campo que colectó, a través de entrevistas semiestructuradas, discursos de diferentes agentes envueltos en el proceso de implementación de la política de salud mental en las cinco ciudades consideradas, sumado a esto se realizó una extensa pesquisa bibliográfica y documental a respecto de los temas pertinentes a la configuración e implementación de la política de salud mental en vigor en el país en este siglo XXI, tanto en el nivel nacional, cuanto estadual y de las ciudades tomadas como locus de investigación. La investigación emprendida posibilitó la comprobación del argumento de tesis que congregó la realización del estudio, corroborando que, por un lado, los beneficios político-sociales de las personas con trastorno mental ocurridos desde la publicación de la Ley de Reforma Psiquiátrica, en 2001, tienen repercutido en un alineamiento de la política social brasileña de salud mental con la perspectiva del cuidado integral, por otro lado, esa repercusión materializada en el discurso legislativo tiene evidenciado, cuanto de la implementación de esta política social por las ciudades estudiadas, configuraciones muy particulares de la ejecución de la salud mental brasileña. Configuraciones estas que son el resultado de factores que van desde la ocurrencia de modelos políticos cristalizados hace mucho en el país hasta la existencia de una estructura física, de recursos humanos y administrativa débil, afectando tanto a la actuación de los gestores cuanto de los trabajadores y de la sociedad civil no que se refiere a la implementación de la política de salud mental en el interior del país.

Palabras clave: Análisis política; Política social de salud mental; Implementación; Regionalización e municipalización de la salud.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES, QUADROS E TABELAS

Gráfico 01	Evolução do número de municípios, por Unidades da Federação- 1872/2010	57
Figura 01	Regiões para fins de planejamento de Minas Gerais	83
Figura 02	Atuais Regiões de Saúde definidas pelo PDR/MG	100
Figura 03	Atuais Regiões Ampliadas de Saúde definidas pelo PDR/MG.....	101
Figura 04	Mostra esquemática de como funciona a rede de serviços proposta em uma hipotética Região Ampliada de Saúde no estado de Minas Gerais	105
Figura 05	Região de Saúde Ampliada (RAS) Oeste	109
Figura 06	Região de Saúde Divinópolis / Santo Antônio do Monte	110
Figura 07	Divisão administrativa da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SRS e GRS)	114
Figura 08	Região Ampliada de Saúde Oeste e Municípios que compõem o CISVI	175
Tabela 01	Síntese de indicadores sociais, econômicos e demográficos de Minas Gerais no período de 1991-2000	84
Tabela 02	Municípios de Minas Gerais classificados por tamanho da população	85
Tabela 03	Unidades da federação e classe de tamanho da população dos municípios no ano 2000	86
Tabela 04	Estimativa populacional dos municípios pesquisados – Série histórica 1990/2016	87
Tabela 05	Características das Regiões Ampliadas de Saúde de Minas Gerais	108
Quadro 01	Superintendências Regionais de Saúde e Gerências Regionais de Saúde de MG..	115
Quadro 02	Categorias e subcategorias de análise norteadoras desta pesquisa	124
Quadro 03	Grupos populacionais atendidos pela política Nacional de Saúde Mental.....	153
Quadro 04	Serviços constitutivos da RAPS e seus respectivos documentos normativos	159
Quadro 05	Identificação dos participantes da pesquisa	174
Quadro 06	Municípios que compõem o CISVI e suas respectivas Regiões de Saúde.....	175
Quadro 07	Características gerais dos municípios pesquisados	179
Quadro 08	Serviços que compõem a RAPS Divinópolis/Santo Antônio do Monte atualmente	218
Quadro 09	Situação dos serviços previstos pela RAPS atualmente existentes em Divinópolis	219

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva.
ACS	Agente Comunitário de Saúde.
AFDM	Associação de Familiares de Doentes Mentais.
APAE	Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais.
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial.
CAPSad	Centro de Atenção Psicossocial para pessoas com problemas decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas.
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial para crianças e adolescentes.
CEPAI	Centro Psíquico de Adolescência e Infância.
CES	Conselho Estadual de Saúde.
CGMAD/MS	Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas.
CGR	Colegiados de Gestão Regional.
CIB	Comissão Intergestores Bipartite.
CIR	Comissão Intergestores Regionais.
CIRA	Comissão Intergestores Regionais Ampliadas.
CIT	Comissão Intergestores Tripartite.
CIS	Consórcios Intermunicipais de Saúde.
CISVI	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Itapecerica.
CLT	Consolidação das Leis de Trabalho.
CMS	Conselho Municipal de Saúde.
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.
CNSM	Conferência Nacional de Saúde Mental.
COAPS	Contrato Organizado da Ação Pública de Saúde.
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde.
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde.
COSEMS	Conselho de Secretários Municipais de Saúde.
CR	Consultório na Rua.
CT	Comunidade Terapêutica.
CVV	Centro Viva Vida.
DAET	Departamento de Atenção Especializada e Temática.
EACS	Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde.
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares.
EC	Emenda Constitucional.

ENSP/FioCruz	Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca.
ESF	Estratégia de Saúde da Família.
FACED	Faculdade de Ciências Econômicas de Divinópolis.
FBH	Federação Brasileira de Hospitais.
FHEMIG	Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais.
FPM	Fundo de Participação dos Municípios.
FJP	Fundação João Pinheiro.
FUNEDI/UEMG	Fundação Educacional de Divinópolis.
GRS	Gerência Regional de Saúde.
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
ICMS	Imposto sobre Circulação de Mercadorias.
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano.
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal.
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.
IPI	Imposto sobre Produtos Industrializados.
IPTU	Imposto Territorial Urbano.
ISS	Imposto Sobre Serviços.
ITBI	Imposto sobre Transmissão de Bens Imóveis.
MARE	Ministério da Administração e Reforma do Estado.
MNLA	Movimento Nacional da Luta Antimanicomial.
MP	Ministério Público.
MRP	Movimento da Reforma Psiquiátrica.
MS	Ministério da Saúde.
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família.
NASF I	Núcleo de Apoio à Saúde da Família na modalidade I.
NASF II	Núcleo de Apoio à Saúde da Família na modalidade II.
NASF III	Núcleo de Apoio à Saúde da Família na modalidade III.
NOAS	Normas Operacionais da Assistência à Saúde.
NOB	Normas Operacionais Básicas.
ONG	Organizações Não Governamentais.
OS	Organizações Sociais.
OSCIP	Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público.
PAB	Piso de Atenção Básica.
PDI	Plano Diretor de Investimento.
PDR	Plano Diretor de Regionalização.

PDRE	Plano Diretor de Reforma do Estado.
PEC	Proposta de Emenda à Constituição.
PIB	Produto Interno Bruto.
PMS	Plano Municipal de Saúde
PNAQ AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso da Qualidade da Atenção Básica.
PNASH/psiquiatria	Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar Psiquiátrico.
PPI	Programação Pactuada Integrada.
PVC	Programa de Volta pra Casa.
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial para as pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes de uso álcool e outras drogas.
RAS	Regiões Ampliadas de Saúde.
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais.
RENASES	Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde.
RENILA	Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial.
RS	Regiões de Saúde.
RUE	Rede de Urgência Especializada.
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.
SARR	Serviços de Atenção em Regime Residencial.
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde.
SE	Sala de Estabilização.
SERSAM	Serviço de Referência em Saúde Mental
SES	Secretaria de Estado de Saúde.
SES/MG	Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais.
SETS	Sistema Estadual de Transporte em Saúde.
SHRad	Serviços Hospitalares de Referência para atenção integral aos usuários de Álcool e outras Drogas.
SRS	Superintendência Regional de Saúde.
SRT	Serviços Residenciais Terapêuticos.
SUS	Sistema Único de Saúde.
TFD	Tratamento Fora de Domicílio.
UA	Unidade de Acolhimento.
UAPS	Unidades de Atenção Primária à Saúde.
UFF	Universidade Federal Fluminense.
UPA 24hs	Unidade de Pronto Atendimento 24h.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	17
Da dúvida inicial ao objeto e objetivos da pesquisa	17
Caracterização da pesquisa e categorias de análise	22
<i>Locus</i> da pesquisa	24
Da seleção dos sujeitos de pesquisa	25
Coleta de dados	26
Estratégias de análise dos dados	27
Da disposição dos capítulos que seguem	28
1 – POLÍTICAS PÚBLICAS E ANÁLISE DE POLÍTICA: ABORDAGENS ESCOLHIDAS	31
1.1 – Políticas públicas: definindo conceitos	31
1.2 – A política de saúde como uma política social	36
1.3 – Análise de política: <i>O Ciclo da Política</i>	40
1.3.1 – Primeira fase: montagem da agenda	42
1.3.2 – Segunda e terceira fases: Formulação da política e Tomada de decisão.....	44
1.3.3 – Quarta fase: Implementação	44
1.3.4 – Quinta fase: Avaliação	49
2 – O ESTADO FEDERATIVO BRASILEIRO E A DESCENTRALIZAÇÃO DA POLÍTICA SOCIAL DE SAÚDE	51
2.1 – Panorama histórico e características do federalismo brasileiro	51
2.2 – A descentralização das políticas sociais	59
2.3 – Descentralização da política de saúde: diretrizes nacionais	64
2.3.1 – Municipalização da política de saúde: diretrizes nacionais	68
2.3.2 – Regionalização da política de saúde: diretrizes nacionais	71
3 – A DESCENTRALIZAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE EM MINAS GERAIS	83
3.1 – A municipalização da política de saúde em Minas Gerais	88
3.2 – A regionalização da política de saúde em Minas Gerais	95
3.2.1 – O Plano Diretor de Regionalização de Saúde de Minas Gerais	96
3.2.1.1 – <i>O atual desenho do Plano Diretor de Regionalização de Saúde de Minas Gerais: Regiões e Redes de Saúde</i>	99
3.2.2 – As Comissões Intergestores mineiras e a cogeção da política de saúde	113
4 – A POLÍTICA BRASILEIRA DE SAÚDE MENTAL NO PERÍODO ENTRE 2001-2016: CONJUNTURA NACIONAL E PERSPECTIVA DO CUIDADO INTEGRAL...	119
4.1 – Análise de política social de saúde mental: abordagem teórica-metodológica e categorias de análise	119
4.2 – Conjuntura social, política, econômica sob a qual a política nacional de saúde mental foi forjada no período de 2001 a 2016	125
4.2.1 – Painel histórico-conjuntural: do surgimento da Reforma Psiquiátrica até a Lei10.216/01	126
4.2.2 – Painel histórico-conjuntural: de 2001 a 2010	133
4.2.3 – Painel histórico-conjuntural: de 2011 a 2016	138
4.3 – A incorporação da perspectiva do cuidado integral na legislação em saúde mental (2001 – 2016) e a configuração de novas possibilidades de assistência à pessoa com transtorno mental	146
4.3.1 – A Lei 10.216 e suas interfaces com a perspectiva do cuidado integral.....	148
4.3.2 – A perspectiva do cuidado integral nos serviços e ações assistenciais propostos pelos documentos posteriores à Lei 10.216	151

4.3.2.1 – <i>A organização dos serviços e as ações assistenciais no âmbito da desospitalização</i>	155
4.3.2.2 – <i>A organização dos serviços e as ações assistenciais no âmbito da rede de atenção psicossocial territorializada</i>	159
4.3.2.2.1 – <i>Serviços constitutivos do Componente Atenção básica em saúde: proposta de organização e de ações assistenciais</i>	161
4.3.2.2.2 – <i>Serviços constitutivos do Componente Atenção Psicossocial especializada: proposta de organização e de ações assistenciais</i>	164
4.3.2.2.3 – <i>Serviços constitutivos do Componente Atenção de urgência e emergência: proposta de organização e de ações assistenciais..</i>	166
4.3.2.2.4 – <i>Serviços constitutivos do Componente Atenção residencial de caráter transitório: proposta de organização e de ações assistenciais</i>	167
4.3.2.2.5 – <i>Serviços constitutivos do Componente Atenção hospitalar: proposta de organização e de ações assistenciais</i>	168
4.3.2.2.6 – <i>Componente Reabilitação psicossocial: proposta de organização e de ações assistenciais</i>	170
5 – OS CINCO MUNICÍPIOS PESQUISADOS E A IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO PERÍODO ENTRE 2013-2016	174
5.1 – O Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Itapecerica	174
5.2 – Breve caracterização dos cinco municípios estudados	179
5.3 – O sistema de saúde dos municípios estudados	183
5.4 – A trajetória da política saúde mental nos municípios pesquisados: 1990-2016 ...	186
5.5 – A implementação da política de saúde mental nos cinco municípios pesquisados no período entre 2013 e 2016	190
5.5.1 – <i>Caracterização dos sujeitos entrevistados</i>	190
5.5.2 – <i>Sobre quem é responsável por desencadear o processo de implementação da política pública de saúde mental nos municípios</i>	192
5.5.3 – <i>Os dois principais mecanismos institucionalizados de controle social existentes nos municípios pesquisados</i>	194
5.5.3.1 – <i>Os Conselhos Municipais de Saúde</i>	194
5.5.3.2 – <i>As Conferências Municipais de Saúde</i>	203
5.5.4 – <i>Sobre a atuação dos gestores municipais de saúde</i>	206
5.5.5 – <i>A efetivação da política de saúde mental no âmbito dos municípios: sobre a implementação da Rede de Atenção Psicossocial nos cinco municípios pesquisados</i>	211
5.5.6 – <i>A política de saúde mental oferecida pelos municípios pesquisados</i>	222
5.5.6.1 – <i>Serviços, ações e estratégias disponibilizadas nos períodos de estabilização da pessoa com transtorno mental</i>	222
5.5.6.2 – <i>Serviços, ações e estratégias disponibilizadas nos períodos de desestabilização da pessoa com transtorno mental</i>	233
5.5.6.3 – <i>Sobre os dois grupos populacionais inseridos mais recentemente na política de saúde mental: o caso das crianças e dos adolescentes e o caso da pessoas com necessidade decorrente do uso prejudicial de álcool e outras drogas</i>	236
5.5.6.4 – <i>Outros fatores que interferem no processo de implementação da política nacional de saúde mental no nível local</i>	246
ALGUMAS CONSIDERAÇÕES	249
REFERÊNCIAS	254
ANEXOS	

INTRODUÇÃO

Da dúvida inicial ao objeto e objetivos da pesquisa

A presente pesquisa tem sua origem associada à minha experiência tanto como assistente social quanto como docente no curso superior em Serviço Social. Desde a conclusão da graduação, no ano de 2002, me coloquei em contato com a operacionalização de políticas e ações públicas voltadas para o atendimento da pessoa com transtorno mental. Desse contato, como resultado do refinamento de olhar inerente ao acúmulo de uma prática profissional que lidava, a cada dia, com o inusitado, com o contingente do atendimento da pessoa com transtorno mental e de seus familiares, algumas dúvidas foram surgindo e me mobilizando à construção da condição de pesquisador. Desta forma, considero que toda a minha trajetória de trato com o tema da saúde mental foi constituindo em mim uma *paixão* pelo tema. Não aquela *paixão* exaltada pelo Romantismo que a Alemanha doou ao Ocidente a partir da arte de um Goethe ou de um Schiller a partir do final do século XVIII, mas sim aquela *paixão* de que nos fala um outro alemão, Max Weber (2005, p. 08): um elemento impulsionador do pesquisador, em particular ao investigador do campo das Ciências Sociais.

Inicialmente, ainda em um curso de especialização realizado na Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, mobilizou-me o interesse pela saúde mental no âmbito de uma unidade da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE). Desse trabalho, ficou o questionamento de como seria a organização da família frente à convocação feita pelas políticas públicas para que ela integrasse a rede de atores envolvidos no projeto de reinserção social da pessoa com transtorno mental. Questionamento este que, alguns anos depois, busquei estudar e sobre ele refletir em um curso de Mestrado em Educação Cultura e Organizações Sociais que realizei entre os anos de 2006 e 2008, na Fundação Educacional de Divinópolis (FUNEDI/UEMG).

Concomitante a esse curso de Mestrado, comecei a desenvolver uma carreira de docência no curso superior em Serviço Social das Faculdades de Ciências Econômicas de Divinópolis (FACED) – onde assumi, posteriormente, a função de coordenador do curso –, sempre atuando em disciplinas que alinhavam o direito à saúde e à cidadania da pessoa com transtorno mental com a atuação do assistente social em serviços de saúde mental.

O amadurecimento do exercício profissional ocorrido com a atuação como assistente social em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), bem como com o aprofundamento

teórico-metodológico gerado pelos anos de magistério no ensino superior refinaram ainda mais os meus questionamentos acerca das nuances da operacionalização das políticas de saúde mental no Brasil. Isso direcionou o meu olhar para a importância de um segmento para o qual ainda não tinha voltado minha atenção nos trabalhos e artigos produzidos: os movimentos sociais que tomavam como causa a luta pelos direitos da pessoa com transtorno mental. Surgiu daí a necessidade de realizar um novo curso de Mestrado, agora no campo das políticas sociais, o que resultou no meu ingresso no Programa de Estudos Pós-graduados em Política Social da Universidade Federal Fluminense (UFF). Ingresso nesse Programa no ano de 2012, me detive sobre o estudo da trajetória do Fórum Mineiro de Saúde Mental, um núcleo antimanicomial de Belo Horizonte, Minas Gerais, cuja contribuição foi de relevância significativa para as lutas que culminaram na configuração da legislação federal de saúde mental hoje em vigor no país.

Durante a realização do curso de Mestrado na UFF, os estudos teóricos e os questionamentos fomentados pelas disciplinas cursadas na integralização dos créditos ativaram velhas questões que, a um só tempo, colocaram em movimento minha experiência como assistente social em um serviço municipal de saúde mental, os conteúdos que lecionava em disciplinas no curso de Serviço Social e, ainda, as especificidades das demandas surgidas no dia-a-dia da lida com profissionais e usuários dos serviços públicos voltados para o cuidado oferecido à pessoa com transtorno mental. Dessa confluência de fatores, em associação com a trajetória acadêmico-profissional acima resumida, surgiu, assim, o interesse pela realização da pesquisa de doutorado que agora se apresenta: *a implementação, em nível municipal, da política nacional de saúde mental em vigor no Brasil nestas primeiras décadas do século XXI*.

A despeito do que pode sugerir essa minha relação com o objeto de estudo desta tese, destaque-se que não me puseram em movimentos de investigação quaisquer tipos de certezas – daquelas em que um dia acreditaram os herdeiros das grandes narrativas e promessas feitas a partir das “Luzes” do século XVIII. Voltando a dialogar com Weber (2005; 2003), assumo-me, neste e nos trabalhos de investigação anteriores que empreendi, como um estudioso de um tema afeito às *ciências da cultura*. E, como tal, assumo-me como alguém que reconhece a contingência da vida dos sujeitos sociais que, apesar de se corporificarem e transitarem entre nós, configuram uma existência que impede a busca por certezas, por totalidades ou por sistemas preordenados (WEBER, 2003).

É investido dessas convicções que, neste trabalho, voltei-me para a implementação, em nível loco-regional, daquilo que, na política nacional de saúde, se volta para o cuidado oferecido à pessoa com transtorno mental no Brasil deste início de século XXI. Cabe destacar que,

tradicionalmente, em nosso país, o cuidado oferecido à pessoa com transtorno mental privilegiou uma concepção hospitalocêntrica, cuja principal estratégia de intervenção era o isolamento da pessoa de seu meio social e familiar com o objetivo restrito de tratar a doença e eliminar os sintomas dela decorrentes. Prevalecendo até as décadas de 1970/1980, essa concepção chocou-se frontalmente, a partir daí, com um novo paradigma de cuidado preconizado pelo movimento da Reforma Psiquiátrica.

Esse novo modelo de atenção em saúde mental proposto passou a se orientar pelos preceitos da desospitalização do paciente e uma simultânea oferta de ações e serviços que ofereciam cuidados gerais visando a reinserção sócio-familiar-comunitária da pessoa com transtorno mental. Assim, a atenção psicossocial oferecida passou a ser pautada por uma nova noção de cuidado que, por sua vez, pressupunha um atendimento ao indivíduo de modo a assisti-lo o mais globalmente possível, levando em consideração suas demandas sociais, econômicas, familiares, entre outras.

Sob esse novo enquadramento, a transformação no modelo assistencial passou a apresentar uma proposta que dependia cada vez mais de uma participação mais efetiva da sociedade. Daí, portanto, a convocação de outras políticas, de setores da sociedade e de atores sociais com potencialidade para contribuir, de algum modo, para com a materialização desses novos entendimentos. Logo, para a realização do cuidado à pessoa com transtorno mental proposto por esse deslocamento, fazia-se necessário, também, que outros serviços e outras ações assistenciais fossem pensados, bem como, que outros atores presentes nas diversas dimensões do contexto sócio-familiar-comunitário do usuário entrassem em cena.

Desse modo, as necessidades da área da saúde mental tornaram-se multidimensionais, ampliando, assim, os desafios para esse campo (SUS, 2010). Isso fez com que, tal qual na saúde geral, as tradicionais práticas profissionais em saúde mental se vissem limitadas ao tentarem solucionar as complexas necessidades dos indivíduos e populações a partir de suas práticas cristalizadas (AYRES, 2004). Situação semelhante veio ocorrendo com a organização dos serviços no campo da saúde mental. Assim, se outrora o modelo hospitalar isolado e fechado em si mesmo era capaz de responder, de algum modo, às demandas no âmbito da saúde mental postas pela sociedade, agora já não conseguia fazê-lo.

Com isso, passou a ser necessária, cada vez mais, a criação de serviços de saúde mental diversificados e articulados não só entre si, mas também intersetorialmente. Como possibilidade de enfrentamento desse problema, emergiram propostas de integralidade, que “têm se configurado em poderosas e difundidas estratégias para enfrentar criativamente a crise e

construir alternativas para a organização das práticas de atenção à saúde no Brasil” (AYRES, 2004, p. 16). Seguindo essa tendência, o tratamento à pessoa com transtorno mental, que outrora era ofertada quase que exclusivamente dentro do hospital psiquiátrico, passou, no modelo posterior, a se fundamentar na aceção de cuidado vinculado à ideia da integralidade, devendo acontecer de forma simultânea nos serviços substitutivos e no contexto sócio-familiar-territorial do usuário.

Desse modo, imbuída das noções de integralidade e de cuidado, a política de saúde mental brasileira passou a se orientar, a partir dos anos 1990, pelo termo “cuidar” em substituição ao termo “tratar”. Enquanto o termo “tratar” pressupunha uma nomeação diagnóstica (ALVES, 2006) e nela tinha seu foco de intervenção, desconsiderando o sujeito que a vivencia, o verbo “cuidar” pressupõe ações integrais que deem conta de assistir o sujeito na sua existência global, com suas histórias, suas relações sócio-familiares e suas vivências dentro de uma realidade que lhe é singular. Dito de outro modo, o cuidado integral pressupõe uma abordagem que considere elementos sociais, econômicos, culturais e históricos que, em maior ou menor grau, interferem nas condições de vida dos usuários e seus familiares, bem como, os determinantes sociais que influenciam no processo de saúde-doença da pessoa com transtorno mental.

Não se pode desconsiderar, nesse percurso apresentado, que todas as mudanças empreendidas na e pela política de saúde mental brasileira ocorreram simultaneamente a diversas transformações sociais, culturais, demográficas e econômicas vivenciadas pela sociedade.

Assim sendo, a política econômica com fortes características neoliberais adotada pelos governos federais, sobretudo nos anos 1990 e início dos anos 2000, trouxe prejuízos concretos para a área social, restringindo direitos e oferecendo respostas seletivas e focalizadas somente a questões sociais extremamente graves. Com isso, as políticas sociais passaram a ser “subordinadas às reformas estruturais e restritas à ação emergencial, de caráter assistencialista, sem assegurar direitos e constitu[iram] uma política pública, contrariando a Constituição de 1988 [...]” (ROSA, 2003, p. 117). Ampliando essa discussão, Vasconcelos (2010) afirma que a precarização das políticas sociais em geral é resultado não só de governos específicos mas de características estruturais do capitalismo. Assim, argumenta o autor, no Brasil,

nos últimos anos, apesar de alguns poucos avanços setoriais, como na distribuição de renda e diminuição da pobreza, se mantém os traços estruturais do desemprego elevado, a focalização e subfinanciamento das políticas sociais, a precarização dos vínculos de trabalho tanto no setor público quanto

privado, e o abuso de drogas e violência com fortes implicações no campo da saúde mental. Reformas psiquiátricas e seus serviços substitutivos sofrem fortemente em conjunturas neoliberais em praticamente todos os países [...] (VASCONCELOS, 2010, p. 23).

Soma-se a isso, o fato de que a descentralização político-administrativa e regionalização das ações e serviços de saúde, postas como princípios e diretrizes dos SUS, fez do município o espaço por excelência de execução das ações e prestação direta de serviços assistenciais em saúde, além da administração das unidades de saúde, bem como da contratação, administração e capacitação dos profissionais da área da saúde (NORONHA, et al, 2012). Dito de outro modo, é o município, o principal ente federativo brasileiro responsável por implementar as políticas de saúde, o que inclui a saúde mental. Ocorre que, os contextos sociais, políticos e econômicos dos municípios brasileiros são bastante diversificados, o que é capaz de influenciar, de formas as mais variadas, a implementação das políticas públicas no âmbito local.

Desse modo, pelas razões sumarizadas acima, a política pública de saúde mental formulada nacionalmente pelo Ministério da Saúde tem sua implementação, hoje, completamente dependente da cooperação dos outros dois níveis de governo, sobretudo, do municipal. Isso faz com que a enorme diversidade de realidade social, política, econômica e cultural dos municípios brasileiros influencie diretamente a forma como esta política será implementada. Nestes termos, Arretche (2001) afirma que a implementação é uma fase fundamental no Ciclo da Política, pois, é nela que a política pública “se faz”, ou seja, a implementação é capaz de “modificar o desenho original das políticas, pois esta ocorre em um ambiente caracterizado por contínua mutação. Mais que isso, [...] os implementadores é que fazem a política, e a fazem segundo suas próprias referências” (ARRETCHE, 2001, p. 54).

Tendo todo esse cenário em consideração, propus-me a investigar portanto, o seguinte problema de pesquisa: *como a política nacional de saúde mental, em vigor no Brasil deste início de século XXI, vem sendo implementada em nível local, no caso específico de cinco municípios integrantes do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Itapecerica (CISVI)?* Pergunta esta que mobilizou a realização da investigação da qual resulta a presente Tese de doutorado, na qual se buscou testar a hipótese de que, por um lado, os ganhos político-sociais das pessoas com transtorno mental ocorridos desde a publicação da Lei da Reforma Psiquiátrica, em 2001, vêm repercutindo em um alinhamento da política social brasileira de saúde mental com a perspectiva do cuidado integral; por outro lado, essa repercussão materializada no discurso legislativo implica, quando da implementação desta política social

pelos municípios, em características loco-regionais bastante específicas, gerando configurações muito particulares na execução da política de saúde mental brasileira.

Almejando alcançar respostas para a problematização acima apresentada, o trabalho de pesquisa realizado teve tem como **objetivo geral** analisar como estava sendo implementada a política de saúde mental brasileira em cinco municípios integrantes do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Itapecerica (CISVI), buscando identificar e compreender a sua organização local – o como e o porquê desta – e, ainda, que configurações particulares tal organização impunha à materialização da política nacional no âmbito local, no período entre os anos de 2013 e de 2016¹.

Tendo isso em consideração, estabeleci como **objetivos específicos** desta investigação 1) estudar a política nacional de saúde mental proposta pelo Ministério da Saúde, explicitando suas diretrizes e tendências a partir dos anos 2000; 2) caracterizar a configuração dos sistemas municipais de saúde e de saúde mental nas cidades investigadas; 3) descrever, a partir dos discursos de diferentes fontes então compilados, o processo de implementação da política de saúde mental nos municípios pesquisados e 4) identificar, com base nesses discursos, os fatores condicionantes da implementação da política de saúde mental no contexto loco-regional estudado.

Caracterização da pesquisa e categorias de análise

A análise da implementação da política de saúde mental no âmbito municipal – objeto de estudo dessa Tese – está intrinsecamente vinculada ao campo das Ciências Sociais. Assim, os questionamentos geradores deste estudo, bem como os posicionamentos teóricos que orientam o ponto de vista a partir do qual se olha para o fragmento de realidade (WEBER, 2003) então selecionado caracterizam-no como uma pesquisa de enfoque qualitativo, conforme defende Minayo (2013). Nestes termos, mesmo que em muitos momentos eu recorra a elementos típicos das pesquisas de enfoque quantitativo para apresentar a minha leitura dos dados aqui analisados, tem-se aqui um estudo predominantemente qualitativo, no qual se considera esta como "uma pertinente forma para se entender um fenômeno social" (RICHARDSON, 2011, p. 79), caso da política de saúde mental, de um modo geral, e de sua implementação no âmbito municipal, em particular.

¹ O Projeto de pesquisa que deu origem a esta Tese foi submetido, via Plataforma Brasil, à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal Fluminense, tendo sido aprovado sob o Parecer número: 1.854.973 (ANEXO 02).

A abordagem qualitativa necessariamente envolve aspectos da realidade social que abarcam a formação cultural e política, as relações sociais com seus determinantes e desdobramentos, bem como a historicidade de um dado fenômeno (MINAYO, 2013). Trata-se de uma investigação que está preocupada “menos com a generalização e mais com o aprofundamento e abrangência da compreensão seja de um grupo social, de uma organização, de uma instituição, de uma política ou de uma representação” (MINAYO, 2013, p. 102).

Neste contexto, parafraseando Minayo (2013, p. 43) – quando essa autora chama a atenção para a importância da pesquisa qualitativa acerca de categorias como saúde e doença em função da complexidade que elas envolvem –, a análise da implementação da política de saúde mental no nível municipal traz uma carga histórica, cultural e política que é impossível de ser contida em uma fórmula numérica ou em um dado estatístico. Assim, conforme será argumentado no primeiro capítulo desta Tese, para um estudo mais crítico e aprofundado sobre uma determinada política pública, faz-se necessário pressupô-la forjada a partir das relações contraditórias entre o Estado e a Sociedade Civil (PEREIRA, 2011). Além disso, é preciso lançar mão de uma perspectiva de análise de política que leve em consideração a dinamicidade, a historicidade e a complexidade da constituição e do desenvolvimento dessa política.

Nestes termos, não foi interesse do estudo que fundamenta a escrita deste texto a identificações de ‘leis gerais’ que pudessem regular a implementação da política de saúde mental no âmbito municipal. Interessou-me, como se verá, as singularidades do fenômeno que resolvi investigar, ou seja, o modo *como* a política de saúde mental estava implementada nos municípios investigados e as razões que davam sentido a esse *como*. Também como se verá com mais detalhe no capítulo quatro desta tese, selecionei, para fundamentar o modo como olhei para o objeto de estudo, alguns autores e perspectivas balizadores do presente estudo. Nestes termos, recorri a algumas categorias e subcategorias de análise definidas a partir dos pressupostos teórico-metodológicos propostos pelos autores: Frey (2000), Flexor e Leite (2006), Walt e Gilson (1994), Araújo e Maciel (2001) e Baptista e Mattos (2011). Essas categorias e subcategorias de análise foram balizadoras, tanto para o desenvolvimento das pesquisas bibliográfica e documental, quanto para me orientar acerca da condução dos rumos da pesquisa de campo, bem como para estruturar o capítulo de análise dos discursos proferidos pelos sujeitos de pesquisa que colaboram para realização deste estudo.

Para além desses discursos proferidos pelos já mencionados sujeitos – os quais serão apresentados a seguir – também outros, materializadores de uma série de documentos que configuram a legislação vigente sobre a política nacional de saúde em geral e da de saúde mental

em particular, constituíram o *corpus* de análise desta Tese. No caso da análise documental, Ludke e André (1986, p. 38), a consideram um tipo de pesquisa que “busca identificar informações factuais nos documentos a partir de questões e hipóteses” postas previamente pelo pesquisador. Esse modo de investigação possibilita ao pesquisador observar como o processo de maturação de grupos, indivíduos, comportamentos, conceitos, práticas, etc. se processam e se constituem em um dado espaço de tempo (TREMBLAY², 1968, p. 284 *apud* CELLARD, 2010, p. 295). Nesta perspectiva, esse tipo de pesquisa se revelou como uma estratégia pertinente para se estudar como a política nacional de saúde mental oferecida à pessoa com transtorno mental veio se configurando em inúmeros documentos emitidos, tanto em nível federal, quanto estadual e municipal. Dito de outro modo, a análise documental mostrou-se, assim, alinhada com o objeto de pesquisa desta Tese, permitindo-me registrar os vários movimentos (inserção, exclusão, repetição, reiteração) que vieram influenciando, em algum grau, a implementação da política de saúde mental no âmbito municipal.

Com relação à pesquisa de campo, esta investigação consistiu no estudo de alguns casos considerando suas especificidades, sem ignorar, apesar da já citada despreensão por encontrar ‘leis gerais’ sobre a implementação das políticas públicas, sua potencialidade para me permitir fazer reflexões mais amplas sobre situações de ordem semelhante. Gil (2008) argumenta que este tipo de estudo pode se limitar a um único caso, bem como a múltiplos casos. Para este mesmo autor “a utilização de múltiplos casos é a situação mais frequente nas pesquisas sociais [...]. Considera-se que a utilização de múltiplos casos proporciona evidências inseridas em diferentes contextos, concorrendo para a elaboração de pesquisa de melhor qualidade” (GIL, 2008 p. 139).

Nestes termos, como se verá a seguir a pesquisa de campo ocorreu em cinco municípios localizados em Minas Gerais.

Lócus da pesquisa

Esta pesquisa foi realizada na região Centro-Oeste de Minas Gerais, focando-se em cinco municípios consorciados ao Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Itapecerica (CISVI), sendo eles: Divinópolis, Conceição do Pará, São Gonçalo do Pará, São Sebastião do Oeste e Perdígão.

Como apresentarei no capítulo cinco desta Tese, o CISVI é um Consórcio composto por nove cidades e está sediado em Divinópolis, que é o maior e mais importante município da

² TREMBLAY, M. A. *Initiation à la recherche dans les sciences humaines*. Montreal: McGraw, 1968.

região onde se localiza. Das nove cidades que constituem o CISVI, três delas – Divinópolis, Carmo do Cajuru e Cláudio – possuem serviços de saúde mental tais como ambulatório de psiquiatria e Centro de Atenção Psicossocial. Duas outras cidades – Itapeçerica e Pedra do Indaiá – não possuem serviços de saúde mental especializado e utilizam os serviços desta natureza em cidades que não fazem parte do CISVI. As quatro outras cidades – Perdígão, São Gonçalo do Pará, Conceição do Pará e São Sebastião do Oeste – também não possuem seus próprios serviços de saúde mental e têm o município de Divinópolis como referência nesta área.

Destaco que a ideia inicial era que a pesquisa abarcasse todas as nove cidades do CISVI, entretanto, com a andamento da mesma, percebi que os nove municípios constituiriam uma amostra muito diversificada entre si, inviabilizando a realização da pesquisa para o tempo de três anos que eu dispunha para realizar o Doutorado. Nestes termos, acatando sugestões que me foram apresentadas por integrantes da banca de qualificação, fiz a opção de escolher um grupo menor de municípios. Assim, escolhi somente aqueles que tinham em comum a mesma referência em saúde mental, ou seja, Divinópolis, e as quatro cidades – Perdígão, São Gonçalo do Pará, Conceição do Pará e São Sebastião do Oeste – dela dependentes na saúde mental.

A escolha desses cinco municípios mineiros como múltiplos casos norteadores deste trabalho se constituiu como espaço privilegiado para se observar, sob diversos aspectos, a dinâmica de implementação da política pública de saúde mental no nível local. Assim, foi possível identificar as semelhanças e as diferenças entre eles, bem como debater os eventuais determinantes da implementação da política de saúde mental, com suas particularidades, no âmbito de cada um.

Da seleção dos sujeitos de pesquisa

Em relação aos sujeitos participantes, foram abordados dezoito pessoas, subdivididas em três grupos distintos: gestores, conselheiros e trabalhadores³. Participaram da pesquisa cinco gestores de saúde, sendo um gestor de cada um dos municípios pesquisados. O critério de inclusão estabelecido para esse grupo foi o gestor estar em exercício na função de gestor municipal de saúde na ocasião em que ocorreu a coleta dos dados. No que diz respeito aos Conselheiros de Saúde, também foram abordados cinco deles, sendo um de cada município. O critério de inclusão para este grupo, foi estar em exercício na função conselheiro municipal de saúde na ocasião em que ocorreu a coleta dos dados. Quanto aos trabalhadores, foram

³ O aceite voluntário da participação de cada sujeito participante foi oficializado por meio de assinatura do *Termo de consentimento livre e esclarecido* (ANEXO 01).

entrevistados oito deles, dentre os quais estavam técnicos de nível superior, tais como assistentes sociais, psicólogos, psiquiatras, terapeutas ocupacionais e enfermeiros.

Tal qual ocorrido com os dois grupos anteriores, foram incluídos entre os trabalhadores, os profissionais que estavam exercendo sua função como servidores públicos municipais de saúde – concursados ou contratados – na ocasião em que ocorreu a coleta de dados. Quando da existência de múltiplos profissionais nos setores contemplados pela investigação, foi dada preferência ao servidor público municipal, cuja prática profissional estivesse voltada para algum tipo de trabalho desenvolvido com a pessoa com transtorno mental. Finalmente, ainda em relação à composição do grupo de trabalhadores ouvidos na investigação, foi convidado um profissional de cada um dos municípios menores (Conceição do Pará, São Sebastião do Oeste, São Gonçalo do Pará e Perdigão) e quatro profissionais do município de Divinópolis, polo da região pesquisada.

O contato entre pesquisador e os participantes ocorreu pessoalmente, oportunizando-me explicar a cada um deles os objetivos da pesquisa e as expectativas em relação à participação de cada informante. Todos os sujeitos tiveram a oportunidade de escolher o horário e o local onde foram realizadas as entrevistas.

Destaque-se que o contato com as pessoas e, por meio dos discursos por elas proferidos, com as especificidades da dinâmica da implementação da política de saúde mental em âmbito municipal me colocou – ao contrário do que suporiam aqueles que desconfiam de estudos em que se investigam um tema relativo ao campo de atuação do pesquisador – em contato com dilemas, com soluções, com espaços e com explicações aos quais o meu exercício profissional já referido, pelas limitações próprias do meu âmbito de atuação, jamais me permitiram ter acesso.

Coleta de dados

O acesso às fontes de dados para a realização desta pesquisa ocorreu em dois momentos distintos. O primeiro deles consistiu em uma compilação de inúmeros documentos normativos tais como: portarias ministeriais e interministeriais, leis e decretos federais, leis estaduais e municipais, resoluções e recomendações do Conselho Nacional de Saúde. Além destes, documentos de outras natureza que não só a normativa, também foram consultados como anais das Conferências municipais, estaduais e nacionais de saúde e saúde mental, planos municipais, estadual e federal de saúde, publicações diversas produzidas pelo Ministério da Saúde (MS),

pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG), pelas Prefeituras e Secretarias de Saúde dos municípios pesquisados, dados demográficos e estatísticos produzidos pelo IBGE.

O acesso a tais documentos se deu por meio de: 1) pesquisa realizada diretamente ao sítio oficial do MS, da SES/MG e das prefeituras municipais, onde se localizam inúmeras publicações e documentos relativos à dinâmica de elaboração, implementação e execução tanto à saúde geral, quanto à saúde mental; 2) contato via telefone e e-mail com funcionárias do MS e da SES/MG, solicitando documentos não encontrados nos sites oficiais; 3) contato pessoais com funcionários da SES/MG e das Prefeituras e Secretarias de Saúde dos municípios pesquisados; 4) pesquisa realizada diretamente ao sítio oficial do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Em um segundo momento, foram coletados depoimentos dos três grupos participantes da pesquisa acima mencionados: cinco gestores municipais de saúde, cinco conselheiros municipais de saúde e oito profissionais atuantes na área da saúde pública municipal. As falas desses três grupos foram coletadas por meio de entrevistas semiestruturadas, as quais “combin[aram] perguntas fechadas e abertas, em que o[s] entrevistado[s] teve[tiveram]a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender[em] à indagação formulada” (MINAYO, 2013, p. 261). As entrevistas possibilitaram recolher junto aos entrevistados, depoimentos capazes de subsidiar um melhor entendimento acerca das nuances loco-regionais da implementação da política nacional de saúde mental, dando visibilidade a aspectos que a restrição às pesquisas documental e bibliográfica não permitiria capturar. Todas as entrevistas foram registradas em gravador eletrônico, posteriormente transcritas e, em seguida, analisadas.

Cabe esclarecer que a utilização dos instrumentos de coleta de dados nas duas etapas acima citadas não ocorreram de forma estanque e sequencialmente rígida, isto é, eles se interpenetraram e mutuamente se influenciaram. Desse modo, a procura de novas fontes documentais ocorreu por vezes direcionada por informações adquiridas em alguma das entrevistas realizadas na pesquisa empírica. O contrário também aconteceu, ou seja, voltei a campo, às vezes entrevistando o mesmo gestor/conselheiro/profissional mais de uma vez, quando os documentos me apontaram novos detalhes que mereceram ser melhor apurados.

Estratégias de análise dos dados

Os dados e as informações coletados através das pesquisas de campo e documental, foram organizados e categorizados de acordo com as categorias e subcategorias de análise por mim adotadas e que serão apresentadas no capítulo 04, no Quadro 02.

Conforme apresentado acima, o presente trabalho teve como *corpus* de pesquisa discursos de naturezas distintas, oriundos das falas dos dezoito participantes da pesquisa, bem como dos diversos documentos consultados. Assim, para efeitos desta Tese, discursos são entendidos como “enunciado(s) oral(is) ou escrito(s) que supõe(m), numa situação de comunicação, um locutor e um interlocutor” (HOUAISS e VILLAR, 2009, p. 693c). Nestes termos, a presente pesquisa empreendeu uma análise de discursos de fontes variadas.

Para a realização deste trabalho, optei por adotar, em relação ao discurso, uma perspectiva foucaultiana. Tal perspectiva “explora a positividade do discurso e sua potencialidade para criar, produzir, fabricar” (PARAÍSO, 2007, p. 54). Desse modo, entendi que, afim de alcançar uma melhor resposta para a pergunta central deste trabalho, a perspectiva foucaultiana ser-me-ia mais produtiva para verificar que política era *construída*, que política era *fabricada* pelos discursos proferidos acerca dela. E, no que concerne este trabalho, discursos não só dos dispositivos legais, mas dos próprios gestores, conselheiros e trabalhadores em saúde.

Desse modo, ao usar termos como *construída* e *fabricada* para me referir à política de saúde, estou concordando com Rorty (1994, p. 27-28) quando este afirma que nós fabricamos verdades, quando pronunciamos frases, pois “o mundo não fala; nós é que falamos”. Dito de outra forma, estou, para este trabalho de pesquisa, adotando a perspectiva foucaultiana de que o discurso é uma *prática*, um espaço que torna possível a produção de verdades e de sujeitos e que estes, por sua vez, são efeitos dos discursos proferidos sobre eles.

Da disposição dos capítulos que seguem

Buscando então analisar a implementação da política nacional de saúde mental no âmbito municipal, bem como operacionalizar os objetivos traçados nesta pesquisa, a presente Tese, além deste texto introdutório, está organizada em cinco capítulos. Assim, como se verá no primeiro deles, a concepção de política pública/social adotada por mim neste trabalho é aquela que a pressupõe forjada a partir das relações entre o Estado e a Sociedade Civil caracterizadas por Pereira (2011) como “dialeticamente contraditórias”, variando entre “o antagonismo e a reciprocidade” dessas duas instâncias. Trata-se de uma concepção que recusa o entendimento de que o Estado é o produtor exclusivo da política social, reconhecendo que a proposta contida em uma política dessa ordem resulta de um conjunto de embates e conflitos de interesses defendidos pelos inúmeros atores sociais representantes tanto de uma parte quanto de outra. Ainda neste primeiro capítulo, apresentarei o modelo de análise de política do *Ciclo*

da Política, destacando a *Fase da Implementação* sob a perspectiva multicausal, a qual escolhi para empreender a investigação sobre a política pública de saúde mental apresentada neste trabalho.

Na sequência, em um segundo capítulo, apresentarei o Estado Federativo brasileiro, mostrando como as especificidades de suas características socioeconômicas e de seus traços histórico-político-administrativo são elementos que não podem ser desconsiderados na análise da implementação da política de saúde mental no âmbito loco-regional. Isso porque, como se verá, a estrutura federativa do Brasil é um dos principais balizadores do processo político brasileiro e com grande repercussão no desenho descentralizado e regionalizado das políticas públicas, sobretudo, a de saúde. Assim, ainda neste capítulo, mostrarei que a organização do Sistema Único de Saúde reproduz a disposição tríplice do federalismo nacional, conformando um modelo de gestão da política de saúde que hipervaloriza o município responsabilizando-o, em grande parte, pela implementação dessa política.

Em um terceiro capítulo, será realizada uma incursão histórica, apresentando o processo de descentralização da política pública de saúde em Minas Gerais com seus dois momentos distintos: a municipalização, na década de 1990, e a regionalização, a partir dos anos 2000. Será dada uma ênfase no processo de regionalização, uma vez que este é, atualmente, o eixo estruturante da descentralização da política de saúde no Estado. Para tanto, também neste capítulo, mostrarei o atual desenho do Plano Diretor de Regionalização de Saúde de Minas Gerais, com suas delimitações territoriais expressas nas atuais Regiões de Saúde e Regiões Ampliadas de Saúde.

No quarto e quinto capítulos, serão apresentadas a análise dos discursos que compuseram o corpus desta pesquisa e serão feitas as discussões proporcionadas por tal análise.

Nestes termos, o quarto capítulo está estruturado em três subseções principais. Na primeira, como se verá, a análise da implementação da política nacional de saúde mental nos cinco municípios pesquisados será realizada em uma perspectiva que reconhece a dinamicidade, a historicidade e a complexidade da constituição da política social de saúde mental, orientando-se para tanto, em categorias de análise como: o *contexto*, os *atores*, o *conteúdo*, e o *processo*. Na segunda subseção, me deterei a mostrar os aspectos conjunturais – políticos, econômicos e sociais – que constituíram o cenário no qual a política pública de saúde mental foi se conformando. Já a terceira e última subseção desse capítulo mostrará que o discurso político do campo da saúde mental no Brasil foi se constituindo pela institucionalização, junto ao Governo Federal, de uma série de documentos legislativos que

propuseram ações e serviços para o enfrentamento de problemas e demandas postos pelo movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira. Assim, a produção normativa dos documentos governamentais que formalizaram e constituíram o conteúdo da atual política de saúde mental sintetiza um “consenso possível”, resultante de um conjunto de embates e conflitos de interesses defendidos pelos diversos atores políticos presentes nesta área.

Finalmente, no quinto e último capítulo analiso o corpo discursivo relacionado à implementação da política social nos municípios selecionados para este estudo, considerando que a materialização de toda a mudança verificada na documentação analisada na última subseção do capítulo quatro está sujeita a uma série de nuances. Nuances estas que, cada qual a seu modo, é atravessada pelas múltiplas dimensões dos sujeitos envolvidos na materialização da política de saúde mental, gerando os conflitos inerentes ao processo de implementação de uma política pública. Assim, buscando dar visibilidade a esses conflitos, o quinto capítulo apresenta à análise dos discursos dos gestores, trabalhadores e conselheiros de saúde, bem como do contexto dos municípios para dar visibilidade ao modo como está sendo implementada a política de saúde mental brasileira nos âmbito de cinco municípios integrantes do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Itapecerica (CISVI), no período de 2013 a 2016.

Feito todo esse movimento, encerra o presente trabalho algumas considerações acerca do que foi possível verificar com a realização da investigação por mim empreendida.

1 – POLÍTICAS PÚBLICAS E ANÁLISE DE POLÍTICA: ABORDAGENS ESCOLHIDAS

1.1 – Políticas públicas: definindo conceitos

Os conceitos de ‘política pública’ não são consensuais. Ao contrário, são polissêmicos; o que torna a tarefa de defini-los bastante difícil. Essa polissemia está presente na variedade de definições sobre os conceitos elaboradas por diferentes estudiosos do assunto. Assim, baseada em definições propostas por Mead (1995), Lynn (1980), Peters (1986), Dye (1984), Laswell (1958) e Lowi (1964, 1972), a autora Celina Souza afirma que “não existe uma única, nem melhor, definição sobre o que seja política pública” (SOUZA, 2007, p. 68). Na mesma direção, Baptista e Mattos (2011, p. 91) citando autores como Simon (1957), Easton (1965), Dye (1976), Jenkins (1978), Anderson (1984), Lemieux (1990), afirmam que “são muitas as definições de políticas públicas divulgadas pelo campo da análise de políticas no século XX”.

Fazendo uma discussão sobre a política pública e seus conceitos, Pereira (2009) argumenta que a imprecisão na definição conceitual não é só sobre a política pública em si, mas sobre alguns aspectos que a conformam. Neste contexto a autora afirma que

não há unanimidade na definição de política pública, na interpretação da sua dinâmica de Constituição e processamento e na concepção da natureza da relação entre Estado e sociedade requerida por essa dinâmica. Dentre as competitivas interpretações conhecidas, destacam-se duas [...]: a que privilegia o Estado como Produtor exclusivo de política pública, a ponto de conceber o termo público como sinônimo do termo estatal; e a que privilegia a relação dialeticamente contraditória entre Estado e sociedade como fermento da constituição e processamento dessa política (PEREIRA, 2009, p. 93-94).

Baptista e Mattos (2011), nos alerta para o fato de que muitas das definições presentes na literatura estão mais alinhadas com a primeira linha de interpretação posta por Pereira (2009). Ainda segundo os autores, grande parte das definições que versam sobre o tema tende restringir a política pública à racionalidade técnica das práticas governamentais e das instituições estatais. Assim entendida, a política pública se reduz a um processo político racionalizado, sob o qual prevalece a noção de que os atores governamentais, são por excelência, os sujeitos da política pública enquanto os atores não-governamentais são meros objetos (VIANA, 1996).

Assim, conceber a política pública como resultante da mera execução desses papéis – de sujeito e de objeto – acaba por reforçar uma visão homogeneizadora, tanto do Estado quanto da Sociedade Civil, e desconhecadora das diversidades internas dessas duas instituições (DAGNINO, 2004). De fato, nem o Estado, nem a Sociedade Civil conformam-se cada qual como um bloco hegemônico de atores sociais representantes de interesses padronizados no âmbito de uma política pública. Assim, dentro do próprio Estado, por exemplo, há múltiplos interesses expressos na burocracia estatal que, por sua vez é composta pelos políticos eleitos, pelos funcionários contratados para ocuparem os ‘cargos de confiança’, pelos servidores públicos concursados que ocupam os cargos técnicos para os quais foram aprovados, só para citar alguns poucos exemplos (SANTOS, 2009). Além dessa multiplicidade de atores, o Estado é organizado e define o seu modo de intervenção em função da organização dos aspectos social, político, econômico e cultural de uma dada sociedade. Tais aspectos, por sua vez, serão determinados pelos jogos de interesses e correlação de forças presentes nos diversos grupos que compõem o corpo estatal.

O mesmo ocorre com a Sociedade Civil, a qual abarca uma infinidade de atores sociais individuais ou coletivos como os sindicatos, os partidos políticos, os movimentos sociais, as associações, o sistema educacional, as igrejas, as organizações profissionais, as organizações não-governamentais, a mídia, os próprios usuários das políticas públicas, entre outros (SANTOS, 2009). Na perspectiva gramsciana, é na Sociedade Civil que “os grupos e as classes sociais realizam a organização da representação de seus interesses e o encaminhamento de suas manifestações sociopolíticas através dos ‘aparelhos privados de hegemonia’” (MONTAÑO, 2011, p. 46). Assim sendo, a noção posta por esta perspectiva acerca da Sociedade Civil a coloca como portadora de uma potencialidade para alterar os rumos econômicos, políticos e culturais da sociedade por meio da defesa de seus interesses, contrabalanceando a correlação de forças atuantes no heterogêneo e contraditório contexto social. Isso porque há, na Sociedade Civil, instituições representativas de interesses de diversos setores, grupos e classes sociais – assim, se esses interesses estão representados, eles podem ser defendidos –; bem como há instituições que são capazes de criar e disseminar uma grande variedade de valores simbólicos e ideológicos que, em última instância, podem se configurar em estratégias para a defesa de interesses de grupos específicos.

Além do exposto, aquele entendimento da política pública – como atribuição privativa do Estado – não está alinhado com os preceitos de participação social postos pela Constituição Federal brasileira de 1988. Emergida de uma conjuntura sociopolítica e cultural forjada ao

longo de muito embate entre o Estado e a Sociedade Civil desde as décadas de 1960/70, a Carta Magna buscou ampliar a abertura do processo decisório, instituindo um sistema político descentralizado e criando canais institucionalizados de participação popular. Estes, por sua vez, ampliaram o envolvimento da Sociedade Civil organizada nos processos de tomada de decisão do Estado, sobretudo daqueles relacionados ao planejamento, execução e avaliação das políticas públicas. Cabe destacar que a operacionalização desses mecanismos não se deu de forma tranquila e sem resistências. Isso porque, para colocar em prática o novo modelo de gestão pública alinhado com as demandas dos novos desenhos sociopolíticos do Brasil pós abertura democrática, era preciso desconstruir a cultura autoritária da política brasileira vigente até então, a qual sempre manteve a Sociedade Civil subordinada ao Estado, concentrando neste o poder de decisão político e administrativo acerca das políticas públicas.

Nestes termos, as condições para a participação popular na condução das políticas públicas, bem como no controle social delas – ao menos no discurso oficial e no texto legal – foram dadas a partir dos anos de 1990. Assim, para um debate acerca das políticas públicas no Brasil atual, faz-se necessário levar em consideração que à Sociedade Civil cabe, hoje, algo mais que meramente vocalizar suas demandas. Ou seja, à Sociedade Civil cabe também o papel de participar do processo decisório acerca da formulação das políticas públicas, tendo como instrumento para tal os mecanismos de controle social. No caso específico da política pública de saúde, por exemplo, a participação social nesta área

foi concebida na perspectiva do controle social, no sentido de os setores organizados na Sociedade Civil participarem desde as suas execuções, até a definição da alocação de recursos para que estas atendam aos interesses da coletividade. Esta participação foi institucionalizada na Lei n. 8.142/1990, através das Conferências, que têm esferas de governo, e por meio dos Conselhos, que são instâncias colegiadas de caráter permanente e deliberativo, com composição paritária entre os representantes dos segmentos dos usuários, que congregam setores organizados na Sociedade Civil, e os demais segmentos (gestores públicos e trabalhadores da saúde), e que objetivam tal controle (CORREIA, 2008, p. 125).

Desse modo, alinhadas com a ideia de que o Estado e a Sociedade Civil são instituições articuladas entre si – porém heterogêneas em suas composições internas – e com a noção de que ao Estado cabe o compromisso de ter suas ações comprometidas com o bem estar da Sociedade na qual se encontra inserido, Viana e Baptista (2012) compilaram alguns elementos

propostos por Bobbio (et al, 1995⁴) e tidos como fundamentais para se conceituar a política pública. Nestes termos, a política pública

é definida como um conjunto de disposições, medidas e procedimentos que traduzem a orientação política do Estado e regulam as atividades governamentais relacionadas às tarefas de interesse público, atuando e influenciando sobre as realidades econômica, social e ambiental. As políticas públicas variam de acordo com o grau de diversificação da economia, com a natureza do regime social, com a visão que os governantes têm do papel do Estado no conjunto da Sociedade, e com o nível de atuação dos diferentes grupos sociais (partidos, sindicatos, associações de classe e outras formas de organização da sociedade) (VIANA e BAPTISTA, 2012, p. 60).

Dito de outro modo, as políticas públicas são o Estado trabalhando para enfrentar um problema emergido em um determinado setor social, cujo objetivo é promover o bem estar de uma dada sociedade. Ocorre que, como já expresso na citação de Pereira (2009) há alguns parágrafos, a relação entre o Estado e a sociedade é ‘dialeticamente contraditória’ e é este o ponto que faz da política pública um processo extremamente complexo e dinâmico. Isso porque os problemas existentes em um dado contexto social são inúmeros, e em contrapartida, a capacidade de resposta do poder público, sobretudo no que diz respeito aos recursos para enfrentá-los, é limitada, fazendo com que os governos tenham que estabelecer prioridades. Essa desproporcionalidade, somada à composição heterogênea do Estado e da Sociedade Civil, faz das políticas públicas um campo permeado por conflitos, competição e disputas de múltiplos interesses.

O envolvimento de outros atores sociais, além dos governamentais, no processo de construção das políticas públicas é apontado por Souza (2007) como algo factual que, mesmo existindo, não interfere no grau de responsabilidade que cabe ao Estado no processo. Desse modo, a autora argumenta que

apesar do reconhecimento de que outros segmentos que não os governos se envolvem na formulação de políticas públicas – tais como os grupos de interesse e os movimentos sociais, cada qual com maior ou menor influência a depender do tipo de política formulada e das coalizões que integram o governo – e apesar de uma certa literatura argumentar que o papel dos governos tem sido encolhido por fenômenos como a globalização, a diminuição da capacidade dos governos de intervir, formular políticas públicas e de governar não está empiricamente comprovada (SOUZA, 2007, p. 72).

⁴ BOBBIO, N.; MATTEUCI, N. & PASQUINO, G. **Dicionário de Política**. Brasília, São Paulo: UNB, Imprensa Oficial do Estado, 1995.

De fato, a maior parte da responsabilidade em relação ao compromisso do *fazer* a política pública fica a cargo do Estado, uma vez que é ele o detentor dos recursos – humanos, financeiros e materiais – necessários para criar, pôr em prática e monitorar tais políticas. Soma-se a isso o fato de que são as instituições governamentais – congresso, assembleias, tribunais, câmaras municipais, prefeituras – que frequentemente promovem e regulam as políticas públicas (PEREIRA, 2009, 2011; DYE, 2009). Nestes termos, “a relação entre políticas públicas e instituições governamentais é muito íntima. Estritamente falando, uma política não se transforma em política pública antes que seja adotada, implementada, e feita cumprir por alguma instituição governamental” (DYE, 2009, p. 101).

Nesse sentido, não seria incorreto dizer que quando o Estado opta, por omissão ou descompromisso, não propor intervenção a um dado problema que afeta a sociedade, ele está fazendo política pública. Ou seja, “a não decisão intencional corresponde a uma situação em que é possível mostrar que com certeza houve vontade da parte dos atores políticos-administrativos de não decidir” (MULLER e SUREL, 2004, p. 25). Nos termos de Pereira (2009, p. 97-98):

[...] política pública não é só *ação*. Pode ser também *não-ação* intencional de uma autoridade pública frente a um problema ou responsabilidade de sua competência. Daí a sucinta definição de Thomas Dye (1972): “política pública é o que o governo escolhe ou não fazer.” [...] Vale salientar que essas *não-ações* não são inócuas pelo fato de não se realizarem. Pelo contrário, elas geram impactos que, por vezes, podem ser mais dramáticos do que os gerados por ações governamentais.

Embora propor a política pública como estratégia para o enfrentamento de um problema social seja uma responsabilidade estatal, para Pereira (2009, 2011), o termo *público* associado à política não se refere exclusivamente ao Estado. Isso, sobretudo, se considerado que a proposta contida em uma política pública abarca demandas, escolhas e decisões que exigem uma ação conjugada entre o Estado e a Sociedade Civil, na qual esta deve buscar exercer um *controle democrático* sobre aquele (PEREIRA, 2011). Além disso, a existência do Estado só se justifica “em função de um interesse maior, da própria sociedade, e será a expressão daquilo que cada sociedade almeja” (VIANA e BAPTISTA, 2012, p. 60). Nestes termos, a política pública é de responsabilidade do Estado, mas é preciso resguardar a participação da Sociedade Civil em todo o processo, uma vez que as mudanças promovidas por elas ocorrerão sobre todo um contexto social, afetando e comprometendo o cotidiano de todos que ali estão inseridos (SOUZA, 2007; PEREIRA, 2011).

Em seu verbete sobre *Política*, Bobbio et. al. (2004) afirma que o termo *política* indica o conjunto de atividades que têm como referência o Estado e sua finalidade é bastante variada e nunca está ‘perpetuamente estabelecida’. Assim, continuam os autores, os fins da *política* são diversificados e variam na mesma proporção do número dos objetivos e interesses dos grupos organizados estabelecidos em cada momento histórico. Nesta perspectiva, a política pública é definida pela sua historicidade e assume um caráter extremamente dinâmico, marcado pelas relações de poder, cujo desenvolvimento se dá pela ação de variados atores e seus múltiplos interesses presentes tanto no Estado quanto na Sociedade Civil. Discutindo a complexidade desse processo, Arretche (1999a, p. 30) afirma que “qualquer política pública é em grande parte um esforço de coordenação de forças centrífugas que operam no interior da própria máquina estatal e na sociedade”. Desse modo, como ocorre em qualquer sociedade democrática, o processo que se forma em torno dos embates dos grupos favoráveis e dos adversários a uma determinada política pública é delimitado pelo jogo de forças sociais presentes de cada lado. Assim, os atores governamentais e não governamentais envolvidos agem influenciados por algumas variáveis que afetam diretamente o processo de *fazer* políticas públicas (VIANA, 1996). Tais variáveis podem ser tanto internas à própria política – recursos financeiros, público alvo, agências implementadoras, atores, correlação de forças, metas, objetivos –, quanto externas – meio social, aspectos políticos, fatores econômicos, características culturais. Logo, “falar de política pública é falar de Estado, é falar de pacto social, de interesses [...] É falar do Estado em ação, é falar do processo de construção de uma ação governamental para um setor, o que envolve recursos, atores, arenas, ideias e negociação” (VIANA e BAPTISTA, 2012, p. 60).

Tendo em vista toda a complexidade e dinamicidade do processo de constituição das políticas públicas exposto até agora, Baptista e Mattos (2011) alerta para a necessidade de se entender a política pública para além de seu aspecto formal de enunciado oficial. Ou seja, as políticas públicas – inclusive a política pública de saúde mental – não se resumem à formalidade de uma lei, de uma portaria ministerial ou de um programa governamental. Neste sentido, elas precisam ser vistas sob a perspectiva da historicidade que as compõem, das formas de práticas sociais dos atores que as constituem, bem como dos contextos social, político, econômico e cultural onde se materializam.

1.2 – A política de saúde como uma política social

Tal qual a política pública, “não é fácil conceituar e definir política social, porque existem tantas definições, quantos autores ou atores que tentam compreendê-la e colocá-la em prática” (PEREIRA, 2011, p. 165). Embora seja difícil definir precisamente a política social, é consenso entre algumas autoras que essa política está contida no conjunto das políticas públicas. Isto é, “a política social é uma modalidade de política pública” (VIANNA, 2002, p. 01); “a política social se afigura uma política pública, isto é, um tipo, dentre outros, de política pública” (PEREIRA, 2011, p. 173); ou ainda “a política pública é uma *espécie* do *gênero* política pública” (PEREIRA, 2009, p. 92).

Na concepção de Pereira (2009, 2011) a política social – tal qual as demais políticas públicas – deve ser norteadada pela justiça social, pela cidadania e pela garantia de direitos. A autora destaca que os direitos aos quais a política social se vincula e defende são os sociais. Considerados como direitos básicos e fundamentais, os direitos sociais buscam promover a justiça social, bem como diminuir as desigualdades sociais, assegurando assim melhores condições de vida para a população.

A Constituição Federal brasileira de 1988 define como sendo “direitos sociais a educação, a *saúde*, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, e a assistência aos desamparados” (MINAS GERAIS, 2013, p. 36, *grifo meu*).

Fleury e Ouverney (2012), Hofling (2001), Vianna (2002) e Ortuso e Giovanni (2015) vinculam a política social a um determinado sistema de proteção social, seja ele na modalidade de Assistência, de Seguro, ou de Seguridade Social⁵. Nestes termos, para Hofling (2001, p. 31)

⁵ Fleury e Ouverney (2012) sintetizam as principais características de cada um desses três modelos clássicos de proteção social: O primeiro, “o modelo de *proteção social*, cujo eixo central reside na assistência social, teve lugar em contextos socioeconômicos que enfatizaram o mercado com sua capacidade de ser auto-regulável, sendo que o Estado deve ser restrito ao mínimo necessário, para viabilizar a existência do mercado. Nesse caso, as necessidades são satisfeitas de acordo com os interesses individuais e a capacidade de cada um de adquirir os bens e serviços de que precisa. Os valores dominantes são a liberdade, o individualismo e a igualdade de oportunidades, capazes de gerar condições diferenciadas de competição no mercado. A ênfase no mercado reserva à ação pública um lugar mínimo e complementar a este mecanismo básico, assumindo, em consequência, um caráter compensatório e discriminatório sobre aqueles grupos sociais que recebem proteção social porque demonstraram sua incapacidade para manter-se adequadamente no mercado” (p. 32). O segundo modelo, “[...] implantado por Bismarck na Alemanha, o *seguro social* tem como característica central a cobertura de grupos ocupacionais por meio de uma relação contratual. Com base nos princípios da solidariedade, que surgiram com a formação da classe trabalhadora industrial, não deixa de conjugar estes valores com o princípio do mérito, por meio do qual os indivíduos deverão receber compensações proporcionais a suas contribuições ao seguro. Sancionado pelo Estado, o seguro social tem uma forte presença da burocracia, que reconhece e legitima as diferenças entre os grupos ocupacionais, em busca da lealdade dos beneficiários. A assistência é focalizada nos pobres, e o seguro social está voltado para grupos de trabalhadores do mercado formal, já politicamente organizados” (p. 33). No terceiro modelo, “a *proteção social* assume a modalidade de seguridade social, designando um conjunto de políticas públicas que, inspiradas em um princípio de justiça social, garantem a todos os cidadãos o direito a um mínimo vital, socialmente estabelecido. Sua referência histórica é o Plano Beveridge, de 1942, na Inglaterra, onde se estabeleceu, pela primeira vez, um novo modelo de ordem social baseado na condição de cidadania, segundo a

a política social “se refere a ações que determinam o padrão de proteção social implementado pelo Estado, voltadas, em princípio, para a redistribuição dos benefícios sociais visando à diminuição das desigualdades estruturais produzidas pelo desenvolvimento socioeconômico”. Já para Fleury e Ouverney (2012, p. 36) a política social é entendida “como ação de proteção social que compreende relações, processos, atividades e instrumentos que visam desenvolver as responsabilidades públicas (estatais ou não) na promoção da seguridade social e do bem estar”. Para Vianna (2002, p. 02) a “política social é ação governamental com objetivos específicos relacionados com a proteção social”. Já para Ortuso e Giovanni (2015, p. 766) “a política social define-se em razão de seus componentes históricos e [...] está sempre referida a um conceito mais amplo de sistema de proteção social.”

Cabe destacar que, em linhas gerais, os sistemas de proteção social baseiam-se em um conjunto de estratégias e ações desenvolvidas e articuladas entre o Estado e a Sociedade Civil para fazer frente às necessidades dos cidadãos. Isto é, uma forma de protegê-los, minimizando o impacto dos riscos associados a eventos como doenças, acidentes, morte, desemprego, envelhecimento, etc. Nas palavras de Ortuso e Giovanni (2015, p. 768, *grifo meu*), “os grandes sistemas de proteção social modernos, são na verdade, sistemas de políticas sociais que apresentam características próprias, diferentes graus de integração e diversos potenciais de proteção aos seus cidadãos, dependendo do país e do momento histórico”

No caso do sistema de proteção social brasileiro, desde a Constituição Federal de 1988 ele passou a se organizar com base no modelo de Seguridade Social, o qual introduziu a noção de direitos sociais universais – pelo menos no caso da saúde – como um dos elementos estruturantes da cidadania. Se antes o direito social à saúde era garantido somente aos beneficiários da previdência, a partir de 1988 o modelo de Seguridade Social traz a possibilidade de ampliá-los (BOSCHETTI, 2009; FLEURY, 2006). A proteção social, através da Seguridade Social, aparece inscrita no texto da Constituição Federal brasileira como “um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade destinado a assegurar direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (MINAS GERAIS, 2013, p. 40)⁶. Com isso, o direito à previdência social passa a ser garantido a todos os

qual os cidadãos passam a ter seus direitos sociais assegurados pelo Estado. O caráter igualitário do modelo está baseado na garantia de um padrão mínimo de benefícios, de forma universalizada, independentemente da existência de contribuições anteriores. O acesso aos benefícios sociais depende unicamente da necessidade dos indivíduos, ou seja, o acesso à escola porque é preciso ser educado, o acesso ao sistema de saúde porque há uma demanda sanitária” (p. 35).

⁶ A despeito desses avanços legais, sabe-se que, até os dias atuais, os direitos sociais, no Brasil encontram barreiras diversas para serem materializados no cotidiano dos cidadãos. A Seguridade Social brasileira enfrenta inúmeros desafios para ser implantada, na prática, tal qual foi lograda no texto legal da Constituição de 1988 e das leis

contribuintes; a Saúde passa a inscrever-se na universalidade do direito; e a assistência social passa a garantir o direito a quem dela necessitar. Logo, temos, então, a política de saúde constitucionalmente definida como uma política social, a qual é parte integrante do sistema de proteção social brasileiro.

Para Fleury e Ouverney (2012), a política social brasileira é composta por uma série de políticas classificadas como setoriais e transversais. A política de saúde é considerada pelas autoras como uma política social que em conjunto com outras – como também já exposto anteriormente – compõem o grupo das políticas sociais de proteção social. Nestes termos, elas argumentam que

as políticas sociais brasileiras são classificadas em dois conjuntos articulados. O primeiro tem como objetivo proteger o cidadão contra riscos socioeconômicos que podem colocá-lo em condições vulneráveis e abrange as políticas de previdência, saúde e assistência social. Essas são as políticas clássicas de proteção social e estão inscritas na Constituição Federal de 1988 no capítulo da Seguridade Social. O seguro desemprego também é considerado uma política de proteção social. O segundo conjunto compreende as políticas de promoção social, como as de trabalho e renda, educação, desenvolvimento agrário e cultura, entre outras, que são aquelas voltadas para a geração de oportunidade de desenvolvimento do cidadão ao longo de sua trajetória pessoal e profissional. As políticas de proteção e promoção social são consideradas políticas setoriais por terem suas ações organizadas por áreas específicas. Além dessas, algumas políticas têm sido elaboradas tomando como referência necessidades e objetivos de grupos populacionais específicos, tais como os idosos, as crianças e a população negra. Por abrangerem diversos tipos de políticas, tanto de proteção quanto de promoção social, são chamadas de políticas transversais (FLEURY e OUVERNEY, 2012, p. 50-51).

Como apresentado na subseção anterior, a política pública tem seu processo de constituição bastante dinâmico e complexo. Tal dinamicidade e complexidade se faz presente também na política social, o que não poderia ser diferente, uma vez que esta é um tipo de política pública.

Sendo uma dentre as várias políticas sociais, a política de saúde também tem seu surgimento e sua evolução como resultado dos embates e disputas de interesses contraditórios e antagônicos comumente presentes na relação entre o Estado e a Sociedade Civil. Assim, essa política social guarda estreita relação com o Estado, os governos, a Sociedade Civil, os movimentos sociais, dentre outros atores sociais. E como qualquer outra política social ela envolve diversidade de demandas, de um lado, e escolhas e tomadas de decisões (ou não), de

orgânicas da saúde da previdência e da assistência social. A esse respeito, sugiro o texto de Sônia Fleury intitulado “*A Seguridade Social inconclusa*” (FLEURY, 2006), e o texto de Ivanete Boschetti “*Seguridade social no Brasil: conquistas e limites à sua efetivação*” (BOSCHETTI, 2009).

outro. Logo, enquanto uma política social, a política de saúde precisa ser percebida de forma crítica e contextualizada, levando-se em consideração o tempo e o espaço onde se materializa e os interesses e correlação de forças dos atores que a conforma. Neste sentido, tal qual o alerta feito por Baptista e Matos (2011) acerca da política pública, Titmuss⁷ (1981 apud PEREIRA, 2011, p. 171) orienta que “o estudo da política social não pode se separar do exame da sociedade como um todo, no conjunto de seus variados aspectos históricos, culturais, sociais, econômicos e políticos”.

No caso específico da saúde mental, a política direcionada para esta área organiza-se como uma das faces da política de saúde, a qual é proposta nacionalmente pelo Ministério da Saúde. Assim, como será apresentado na subseção 4.3 desta Tese, a política pública/social de saúde mental vem se constituindo pela institucionalização, junto ao setor público de saúde, de uma série de ações e estratégias para o enfrentamento de problemas e demandas postas, desde a década de 1980, pelo movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira. Nesse contexto, o ápice de construção dessa política se deu por ocasião da promulgação da lei federal 10.216 em 2001, a qual consolidou os preceitos da Reforma Psiquiátrica como uma política de Estado (VASCONCELOS, 2008). Desde então, a atual política nacional de saúde mental brasileira configura-se em um arcabouço de inúmeras estratégias para o enfrentamento das questões vivenciadas pelas pessoas com transtorno mental. As ações empreendidas com essa finalidade têm por elemento norteador o paradigma do cuidado integral direcionado à pessoa com transtorno mental em implantação no Brasil desde os anos 1990.

1.3 – Análise de política: *O Ciclo da Política*

A análise de política consiste em modelos teórico-metodológicos utilizados para esquadrihar, entender e explicar os processos de produção e de colocação em prática de uma política pública. Trata-se de um campo complexo, dinâmico e mutante que requer uma abordagem multidisciplinar – direito, demografia, história, antropologia, economia, sociologia, etc. –, além de uma gama de dados empíricos suficientes para se compreender como e por que os governos tomam decisões que buscam resolver os inúmeros e contraditórios problemas colocados pela sociedade (LABRA, 1999).

Para Dye (2009), existem diversos modelos teóricos para se estudar as políticas. São modelos que ajudam a refletir sobre as políticas públicas, possibilitando a identificação de suas

⁷ TITIMUSS, Richard. *Política Social*. Editorial Ariel: España, 1981.

características principais, bem como compreender suas causas e suas consequências. Para o mesmo autor, dada a complexidade do processo da constituição das políticas públicas, não é incomum que elas sejam feitas e influenciadas por diversos modelos conceituais, o que torna, muitas vezes, necessária a conjugação de mais de um modelo para se compreender e oferecer possíveis explicações sobre uma determinada política. Apesar de fazer algumas críticas direcionadas aos modelos propostos por Thomas R. Dye, Winkler (2009, p. 129) afirma que “vários desses modelos nos ajudam a examinar melhor os diferentes aspectos do processo político”.

Na mesma direção, Souza (2007) em seu texto *Estado da Arte da Pesquisa em Políticas Públicas*, apresenta diversos modelos explicativos de formulação e análise de políticas públicas, afirmando que tais modelos são capazes de ajudar na melhor compreensão acerca do “problema para qual a política pública foi desenhada, seus possíveis conflitos, a trajetória seguida e o papel dos indivíduos, grupos e instituições que estão envolvidos na decisão e que estão por ela afetados” (SOUZA, 2007, p. 84).

Dentre os principais métodos formulados para a análise das políticas públicas, está aquele que ficou conhecido como ‘*O Ciclo da Política*’, também chamado de ‘*Abordagem Sequencial*’ (JONES, 1970 apud MULLER e SUREL, 2004) e ‘*Modelo de Processos*’ (DYE, 2009). Embora acusada de possuir um caráter linear, funcionalista e racional, esta perspectiva analítica persiste no debate acadêmico como referência, sendo a mais utilizada nos atuais estudos sobre análise de políticas (BAPTISTA e REZENDE, 2011). Trata-se de uma abordagem que desagrega o processo de uma política em fases ou estágios, permitindo, assim, uma análise mais minuciosa de cada uma das etapas que compõem o todo de uma política pública (VIANA e BAPTISTA, 2012). Nestes termos, uma grande vantagem desse modelo teórico-analítico, argumentam Muller e Surel (2004, p. 29) é o fato de ele “introduz[ir] um mínimo de ordem na complexidade das ações e decisões que constituem uma política pública; complexidade esta que pode aparecer no início como um confusão indecifrável para o observador”. Corroborando a argumentação desses autores, Frey (2000, p. 226) afirma que

ao subdividir o agir político em fases parciais do processo político-administrativo de resolução de problemas, o ‘*policy cycle*’ acaba se revelando um modelo heurístico bastante interessante para a análise da vida de uma política pública. As várias fases correspondem a uma sequência de elementos do processo político-administrativo e podem ser investigadas no que diz respeito às constelações de poder, às redes políticas e sociais e às práticas político-administrativas que se encontram tipicamente em cada fase.

Traçando um panorama da construção histórica da divisão do processo político em etapas, Baptista e Rezende (2011) afirmam que, desde o surgimento do enfoque na ideia de ciclo da política inaugurado por Harold Lasswell nos anos 1930/40 até a década de 1990, ele foi submetido a várias críticas e passou por diversas alterações propostas por diferentes autores. Assim, foram Howlett e Ramesh que, nos anos de 1990, sintetizaram o processo político em cinco etapas: 1) montagem da agenda, 2) formulação da política, 3) tomada de decisão, 4) implementação e 5) avaliação. Desse modo, continuam Baptista e Rezende (2011, p.141-142),

prevalece a ideia de que uma política se inicia da percepção de problemas, passa por um processo de formulação de propostas e decisão, segue sendo implementada, para, enfim, ser avaliada e dar início a um novo processo de reconhecimento de problemas e formulação de políticas. Esta é a ideia de ciclo da política [...]. Talvez seja a perspectiva mais corrente e compartilhada nos estudos atuais de política.

Embora este modelo seja constituído de fases distintas, alguns autores como Frey (2000) e Viana (1996) defendem a ideia de que há uma contínua inter-relação entre as cinco fases, cuja dinâmica é dada pelas reações mútuas entre os atores (governamentais e não governamentais) presentes em cada uma das etapas. Nesta mesma direção, Souza (2007), citando Lindblom⁸ (1959, 1979), afirma que o processo decisório não possui necessariamente um princípio ou um fim; ele é constituído de etapas as quais são integradas entre si. A mesma autora cita Easton⁹ (1965), quando este autor afirma que a política pública é um sistema em que sua formulação, seus resultados e o ambiente onde ela se desenvolve, mantêm-se intimamente relacionados. Nestes termos, reconhece-se a divisão da política pública em etapas, sem desconsiderar as particularidades e o caráter dinâmico e complexo de cada uma das fases. Assim, “na lógica desse modelo, cada uma das fases envolve processos distintos, redes próprias de atores, e sofre diversas influências do contexto político mais geral, em um processo dinâmico e constante de negociação” (VIANA e BAPTISTA, 2012, p. 65).

1.3.1 – Primeira fase: montagem da agenda

Os problemas existentes em qualquer sociedade são inúmeros e, ao serem apresentados como questões que precisam ser resolvidas pelo poder público, são percebidos, recebendo

⁸ LINDBLOM, Charles E. (1959) *The Science of Muddling Through*, Public Administration Review 19: 78-88.
LINDBLOM, Charles E. (1979) *Still Muddling, Not Yet Through*, Public Administration Review 39: 517-526.

⁹ EASTON, D. (1965) *A Framework for Political Analysis*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.

diferentes graus de atenção dos governos. Em função da impossibilidade de os formuladores de políticas conseguirem atuar sobre todos os problemas, apenas alguns são selecionados para receberem, como proposta de solução, uma determinada política pública. Assim, a escolha de um problema que será objeto de intervenção governamental só ocorre quando ele consegue mobilizar um alto grau de atenção do governo e dos cidadãos, passando a fazer parte do rol de interesses dos formuladores de políticas (BAPTISTA e REZENDE, 2011; CAPELLA, 2006; VIANA, 1996). Nestes termos, “o conjunto de assuntos sobre os quais o governo e pessoas ligadas a ele concentram sua atenção num determinado momento” recebe o nome de *agenda governamental* (KINGDON¹⁰, 1984 apud CAPELLA, 2006, p. 26).

Para Kingdon (1984 apud CAPELLA, 2006; BAPTISTA e REZENDE, 2011), a entrada de um determinado problema para a agenda governamental depende da articulação de três fluxos decisórios: 1) fluxo de problemas, os quais podem ser percebidos através de indicadores sociais ou econômicos, por eventos ou crises e por resultados advindos de avaliações de um determinado programa ou política pública; 2) fluxo de alternativas e soluções: dizem respeito a propostas elaboradas para solucionar um problema, propostas estas que podem surgir por iniciativas de pesquisadores, assessores, parlamentares, funcionários públicos, grupos de interesse, etc.; 3) fluxo político: refere-se à dimensão da política ‘propriamente dita’, com sua dinâmica e regras próprias, além das coalizões e das forças políticas presentes nos grupos de interesse. O mesmo autor destaca que, embora estes três fluxos sejam independentes entre si, cada um deles, isoladamente, não é capaz de modificar uma agenda governamental. Entretanto, sua capacidade de influência é desencadeada quando,

em determinadas circunstâncias, os três fluxos – problemas, soluções e dinâmica política – são reunidos, gerando uma oportunidade de mudança na agenda. Neste momento, um problema é reconhecido, uma solução está disponível e as condições políticas tornam o momento propício para a mudança, permitindo a convergência entre os três fluxos e possibilitando que questões ascendam à agenda (CAPELLA, 2006, p. 30).

Viana (1996, p. 9-10), sumariando o modelo de construção da agenda política proposto por Kingdon (1984), afirma que, para este autor, a construção da agenda governamental é influenciada por duas variáveis: os participantes ativos e os processos. Os *participantes ativos* são entendidos como os atores governamentais (vereadores, deputados, presidente, prefeitos, políticos nomeados para cargos públicos, etc.) e os atores não-governamentais (grupos de interesse, acadêmicos, mídia, opinião pública, etc.). Já a variável *processos* diz respeito às

¹⁰ KINGDON, John. (1984), *Agendas, alternatives, and public policies*. 3. ed. Nova York: Harper Collins.

características de composição e funcionamento das instituições e dos equipamentos envolvidos mais diretamente no desenho das políticas públicas.

1.3.2 – Segunda e terceira fases: Formulação da política e Tomada de decisão

Uma vez incorporado pela agenda governamental, um determinado problema é enfrentado por ações governamentais, as quais são desenvolvidas a partir de objetivos, metas, diretrizes e princípios traçados pelos fazedores de políticas. Trata-se da formulação da política pública e da tomada de decisão, ou seja, um momento em que se elabora um plano de ação detalhado, levando-se em consideração o equacionamento das questões relativas ao financiamento, e, na sequência, busca-se a sua aprovação institucional (BAPTISTA e REZENDE, 2011; VIANA, 1996).

As fases da formulação da política e da tomada de decisão são permeadas por embates políticos provocados pelas disputadas negociações entre os atores individuais e/ou coletivos, os quais buscam defender os seus interesses, por vezes, dicotômicos. Nestes termos, Arretche (2001, p. 50) adverte que as

políticas não são formuladas em condições de irrestrita liberdade. Dado que a formulação de um programa – com seus objetivos e desenho – é em si mesma um processo de negociações e barganhas, seu desenho final não será necessariamente o mais adequado, mas, sim, aquele em torno do qual foi possível obter algum grau de acordo ao longo do processo decisório.

Acrescente-se a isso o fato de que essas duas fases – tais quais as demais etapas do ciclo da política pública – sofrem limitações impostas institucionalmente, bem como interferências do contexto político, social e econômico em que estão inseridas. Esse quadro conflituoso, somado ao pouco conhecimento que se tem acerca do impacto que as ações governamentais presentes nessas duas fases causarão, faz com que muitas das decisões sejam transferidas para serem tomadas na próxima fase: a da implementação (BAPTISTA e REZENDE, 2011; VIANA, 1996)

1.3.3 – Quarta fase: Implementação

É consenso entre alguns autores que não é incomum haver um descompasso entre os objetivos e ações projetados na fase da formulação de uma política pública e aquilo que se é efetivado durante a fase da implementação. Desse modo, para Flexor e Leite (2006, p. 10) no

ciclo de vida de uma política pública “existem perturbações e modificações entre os objetivos perseguidos e as ações efetivas” Isso acarreta uma necessidade de adaptação por parte da implementação, fazendo com que esta “represente um processo pelo qual as decisões acomodam-se à realidade, ajustam-se ao campo de aplicação e se inscrevam nas rotinas dos agentes que implementam a política” (FLEXOR e LEITE, 2006, p. 10).

Em função dessa situação, muitos dos estudos no campo da análise de política cujo foco é analisar a fase de implementação centram seus esforços analíticos na tentativa de melhor entender o descompasso existente entre ações propostas e ações implementadas. Na argumentação de Frey (2000, p. 228) “o interesse da *policy analysis* nesta fase [de implementação] se refere particularmente ao fato de que, muitas vezes, os resultados e impactos reais de certas políticas não correspondem aos impactos projetados na fase da sua formulação”. Já nos termos de Viana (1996, p. 06) muitas das abordagens metodológicas em análise de políticas esforçam-se “para explicar a difícil interação de intenções, construídas na fase de formulação de políticas, e ações, presentes na fase de implementação”.

De forma bastante sintética, porém sintonizada com a ideia de existência de um desalinhamento entre política formulada e política implementada, Muller e Surel (2004, p. 28) afirmam que “a implementação (*implementation*) diz respeito à execução (ou à não execução) prática das decisões elaboradas e formalmente adotadas nas etapas anteriores”. Embora sinóptica, essa definição introduz claramente a noção do quão grande é a complexidade dessa fase do ciclo da política. Assim, ao afirmar que trata-se de uma etapa na qual serão executadas ou não as decisões tomadas em fases anteriores, os autores mostram que há, intrinsecamente à implementação, uma disputa de interesse capaz de endossar ou negar a proposta de ação política elaborada durante a formulação.

Desse modo, considerada bastante complexa, a etapa de implementação é um momento que envolve “uma série de sistemas ou atividades da administração pública: o sistema gerencial e decisório, os sistemas de informação, os agentes implementadores da política, os sistemas logísticos e operacionais (recursos materiais, financeiros), dentre outros” (BAPTISTA e REZENDE, 2011, p. 149). Tal complexidade é também expressa na variedade de concepções que se tem a respeito dessa temática. Assim, essas mesmas autoras afirmam que existem três diferentes concepções acerca da implementação, sendo elas: *top-down*, *botton-up* e multicausal.

No enfoque *top-down*, a implementação corresponde à fase na qual se dá a execução das ações planejadas nas etapas anteriores, com vistas a atingir metas definidas, sobretudo, na fase da formulação da política (SILVA e MELO, 2000). Esse enfoque desconsidera o caráter

processual do ciclo da política, não levando em conta “os aspectos relativos à implementação e seus efeitos retroalimentadores sobre a formulação da política” (SILVA e MELO, 2000, p. 05). Como expresso no próprio nome ‘*top-down*’, nessa visão a política é implementada de cima para baixo. Ou seja, o ciclo da política é concebido sob uma rígida perspectiva de “divisão do trabalho, na qual os que estão no nível central do poder detêm o monopólio da elaboração das políticas, restando aos que estão na ‘ponta dos serviços’ a colocação em prática do que foi pensado por aqueles que estão no comando da política” (BAPSTISTA e REZENDE, 2011, p. 150). Trata-se de um modelo centralizador e rigidamente hierarquizado, no qual a tomada de decisões e emissão de opiniões acerca do processo político fica restrita a poucos agentes da administração pública, negando, assim, aos outros atores envolvidos com a política a possibilidade de opinar e decidir.

Considerado insuficiente para dar conta de subsidiar a análise da fase de implementação de uma política pública, o enfoque *top-down* sofreu algumas críticas, a partir das quais foi proposta uma nova abordagem de análise. Neste contexto, surgiu outra concepção de implementação, denominada *botton-up*, que apresenta dois importantes avanços em relação ao modelo anterior. Um dos avanços do enfoque *botton-up* é que ele pressupõe o ciclo da política dotado de uma dimensão processual havendo um diálogo entre as fases de implementação e de formulação. Esse enfoque leva em consideração a imprevisibilidade típica do processo de implementação, argumentando que os problemas desta fase estão ligados a questões como: a capacidade e as limitações dos agentes implementadores; os problemas políticos; e as resistências e boicotes decorrentes da disputa de interesses dos diversos atores envolvidos (SILVA e MELO, 2000).

Outro progresso do enfoque *botton-up* é em relação aos responsáveis pelo desempenho do papel de formular e implementar uma dada política pública, que não é, *a priori*, uma responsabilidade exclusiva de um ou outro ator envolvido no processo, como o é na abordagem *top-down*. Nos termos de Baptista e Rezende (2011, p. 150) “neste enfoque, pressupõe-se que a política não se define no topo da pirâmide da administração, mas no nível concreto de sua execução”. Trata-se de uma concepção que leva em consideração a importância da descentralização decisória, abrindo espaço para uma perspectiva mais participativa no processo cíclico da política pública.

Embora considerada menos simplista que o enfoque *top-down* e, em relação a este, apresenta alguns avanços (SILVA e MELO, 2000), a abordagem *botton-up* também sofreu diversas críticas, as quais apontaram para a necessidade de uma abordagem que fosse além

desses dois modelos apresentados. Uma das críticas de Silva e Melo (2000) ao modelo *bottom-up* aponta para o fato de que esse enfoque atribui uma centralidade à fase da formulação da política, entendendo-a como uma etapa relativamente não problemática. Dessa forma, continuam os autores, na etapa da formulação, a política é traçada de forma ‘perfeita’ e, ao ser implementada de forma diferente do que foi planejada, significa que houve um ‘desvio de rota’ durante a sua implementação. Assim, a responsabilidade do descompasso existente entre a política planejada e a política implementada recai sobre a implementação. Nestes termos,

essa perspectiva de análise da implementação pressupõe uma visão ingênua e irrealista do funcionamento da administração pública, que aparece como ‘um mecanismo operativo perfeito’, onde seria possível assegurar a fidelidade da implementação ao desenho proposto inicialmente. Essa visão hierárquica da burocracia pública como correspondente ao ideal weberiano é francamente idealizada. Ela está ancorada em um *policy environment* caracterizado por informação perfeita, recursos ilimitados, cooperação perfeita, controle, hierarquia, clareza de objetivos, *enforcement* de regras perfeitas e uniformes, linhas únicas de comando e autoridade, além de legitimidade política e consenso quanto ao programa ou política (SILVA e MELO, 2000, p. 08).

Em função desse quadro de críticas e apontamentos de limitações existentes nos modelos *top-down* e *bottom-up*, surgiu uma nova geração de estudos, cujas propostas de análise abarcam as diversas e complexas questões presentes na fase da implementação. De enfoque multicausal, estes novos estudos buscam apreender a implementação “como um jogo entre implementadores onde papéis são negociados, os graus de adesão ao programa variam, e os recursos são objetos de barganha entre os atores” (SILVA e MELO, 2000, p. 09).

Esse novo formato de abordagem concebe a implementação como uma etapa integrante de um processo político ativo, em constante movimento e com grande interatividade entre suas distintas fases do ciclo da política. Cabe ressaltar que o grau de interação entre as etapas do ciclo da política previsto pelo modelo multicausal é bem maior que aquele existente no modelo *bottom-up*. No enfoque multicausal, a interatividade é de tal ordem, que a implementação é tida como um momento que vai além daquele meramente restrito à execução das ações políticas planejadas nas fases anteriores do ciclo.

Neste contexto, a implementação, além do verbo implementar, é também regida pelo verbo decidir. Assim, “cada decisão, cada tomada de posição, cada elemento de interpretação na fase da implementação provoca uma modificação do olhar dos atores sobre o problema em causa” (MULLER e SUREL, 2004, p. 30). Isso faz com que essa fase se constitua em fonte de informações capazes de subsidiar a formulação da política, transformando, assim, a própria política pública (SILVA e MELO, 2000). Nesta mesma linha de raciocínio, atestando este

caráter dinâmico e transformador da implementação, Baptista e Rezende (2011, p. 150-152) argumentam:

admite-se na literatura que, nesta fase, uma proposta política pode se modificar ou se alterar no seu argumento principal; que novas negociações podem ser processadas e, por consequência, novas decisões e formulações podem ser apresentadas, reiniciando, por vezes, o ciclo da política. [...] Estabelecem-se novos pactos, agora com novos atores, muitas vezes não participantes do pacto inicial de formulação, como os que são responsáveis pela prestação direta de serviços e que, no momento de implementação, tornam-se os principais agentes de transformação da política. Inicia-se um novo processo decisório, uma nova formulação da política, agora voltada para a sua aplicabilidade mais imediata [...].

Cabe ressaltar que essa argumentação não elimina as etapas do ciclo da política, nem propõe agrupá-las em um único momento. O que esse enfoque propõe é uma relativização das fronteiras entre as distintas fases, admitindo uma maior interação e interpenetração entre elas. Admite-se, assim, uma abertura de espaço para a tomada de decisão na fase da implementação, criando um movimento de retroalimentação que influencia a fase da formulação.

Além do exposto, Arretche (2001) chama a atenção para a importância de se considerar o caráter contingencial, instável e imprevisível da implementação no momento de procedermos com a análise de uma política pública. Para a autora, “na prática real da administração pública, a implementação de políticas ocorre em um ambiente caracterizado por contínua mutação; mutação esta que é inteiramente alheia à vontade dos implementadores” (ARRETICHE, 2001, p. 51). De fato, a literatura sobre a temática considera que a implementação é uma etapa que é influenciada por diversos fatores durante todo o seu processo de desenvolvimento. Dentre esses fatores, ressalto: os diversos atores envolvidos e seus distintos interesses, as relações interorganizacionais e intergovernamentais; e os contextos geográficos, políticos e econômicos.

A diversidade de atores e multiplicidades de seus interesses ocasionam uma zona de disputa, transformando a fase da implementação da política em uma arena de barganhas, acirradas negociações, “brechas e ambiguidades legais, omissões de normas operacionais, além de outros fatores, permitindo que os executores de política tomem decisões relevantes para o sucesso da política” (SILVA e MELO, 2000, p. 11). Dentre os diversos atores presentes nesta arena, destacam-se as organizações governamentais e as não-governamentais, os funcionários públicos, – concursados ou contratados –, os gestores, os partidos políticos, os movimentos sociais, os usuários e beneficiários da política, dentre outros.

Para além desses elementos, o contexto político e econômico também influencia a implementação, uma vez que uma política pública é posta em prática, fundamentalmente, por

agências governamentais as quais utilizam-se de recursos e benefícios público e coletivos (SILVA e MELO, 2000)

Outro aspecto importante capaz de influenciar os rumos da implementação de uma política pública é o meio onde ela se desenvolve, como é o caso da diversidade de contextos geográficos existentes nas unidades da federação brasileira. Além disso, deve-se considerar o tipo de relação – cooperada ou não-cooperada – presentes entre os entes federativos (ARRETICHE, 2001). Este aspecto é particularmente impactante no caso das políticas concebidas na lógica da descentralização política/administrativa, como é o caso da política de saúde mental, por exemplo. Essa política pública, como será apresentado no capítulo quatro desta Tese, é formulada nacionalmente pelo Ministério da Saúde e tem sua implementação completamente dependente da cooperação dos outros dois níveis de governo, sobretudo, do municipal. Isso faz com que a enorme diversidade de realidade social, política e econômica dos municípios brasileiros influencie diretamente a forma como esta política será implementada.

1.3.4 – Quinta fase: Avaliação

Embora colocada como a última fase do ciclo da política pública, tem sido tendência no campo da análise das políticas públicas, o uso da avaliação como um importante instrumento voltado para fundamentar a tomada de decisão em todas as etapas anteriores. Nesta perspectiva, a avaliação pode ser feita para traçar um diagnóstico, e a partir daí, fundamentar decisões que irão definir a formulação de uma política pública. Trata-se, neste caso, de avaliação *ex-ante* ou ‘avaliações-diagnóstico’ (BAPTISTA e REZENDE, 2011). A avaliação pode ocorrer também simultaneamente (ou mesmo depois da implementação) de uma política, sendo então caracterizada como avaliação *ex-post*, que se divide em ‘avaliação de processo’ e ‘avaliação de resultados’. A de processo avalia a implementação e suas subfases; já a de resultados estuda os impactos causados pelos programas de uma determinada política (BAPTISTA e REZENDE, 2011; VIANA e BAPTISTA, 2012).

Arretche (1999a, p. 31) afirma que a etapa da avaliação de uma dada política pública “consiste na adoção de métodos e técnicas de pesquisa que permitam estabelecer uma relação de causalidade entre um programa *X* e um resultado *Y*, ou ainda, que na ausência do programa *X*, não teríamos o resultado *Y*”. A mesma autora classifica a avaliação em termos de sua

efetividade, sua eficácia e sua eficiência. Assim, Figueiredo e Figueiredo¹¹ (1986, apud ARRETCHE, 1999a, p. 31 e 34) definem que a avaliação de efetividade é “o exame da relação entre a implementação de um determinado programa e seus impactos e/ou resultados, isto é, seu sucesso ou fracasso em termos de uma efetiva mudança nas condições sociais prévias da vida das populações atingidas pelo programa sob avaliação” Em relação à avaliação de eficácia, os autores entendem que trata-se da “avaliação da relação entre os objetivos e instrumentos explícitos de um dado programa e seus resultados efetivos”. Já no que diz respeito à avaliação de eficiência, afirmam ser “a avaliação da relação entre o esforço empregado na implementação de uma dada política e os resultados alcançados.”

A etapa da avaliação da política tem importância fundamental no ciclo de vida de qualquer política pública. Isso porque, ao mesmo tempo em que ela é um instrumental técnico, é também uma ferramenta política (DIAS e SERAFIM, 2012), cujos resultados possibilitam a detecção de eventuais erros e desvios, o que subsidia a proposição de correção das falhas ou mesmo a alteração do formato e dos rumos da política avaliada. Neste contexto, enquanto instrumental técnico, a avaliação produz resultados capazes de “1) auxiliar na melhoria da política e, assim, na sua continuação; 2) finalizar a política existente; e 3) desenvolver uma nova política” (DIAS e SERAFIM, 2012, p. 131). Já enquanto ferramenta política, “os resultados dela são utilizados para melhorar os programas e para prestar contas aos cidadãos, contribuindo, assim, para a confiança e para a legitimidade do sistema” (DIAS e SERAFIM, 2012, p. 131).

Observou-se nas subseções anteriores que há diversos modelos teórico-metodológicos para se analisar uma política pública. Nestes termos fez-se necessário selecionar uma abordagem que fosse capaz de responder às exigências postas pela investigação aqui empreendida. Nesta Tese, portanto, objetivando responder à problematização exposta na introdução, optei por investigar a implementação da política de saúde mental no âmbito municipal, segundo o modelo teórico-metodológico do Ciclo da Política, enfocando a fase da implementação sob a perspectiva multicausal.

¹¹ FIGUEIREDO, Marcus Faria & FIGUEIREDO, Argelina Maria Cheibub. *Avaliação Política e Avaliação de Políticas: Um Quadro de Referência Teórica*, In: Textos IDESP, no. 15, 1986, mimeo.

2 – O ESTADO FEDERATIVO BRASILEIRO E A DESCENTRALIZAÇÃO DA POLÍTICA SOCIAL DE SAÚDE

2.1 – Panorama histórico e características do federalismo brasileiro

O federalismo é uma forma política de organização do Estado, cujo sistema de governo é composto pela união de diversos estados autônomos que juntos formam uma nação. Na lógica de um sistema federado

as partes formam um todo organizado. Pressupõe autonomia política dos governos locais em relação ao governo central e vice-versa, e as competências são distribuídas entre os níveis de governo e definidas pela Constituição, onde se estabelece a estrutura do federalismo dos países (VAZQUEZ, 2015, p. 349).

Abrucio e Costa (1998) afirmam que, entre outras, uma das razões que levam a criação de uma estrutura federativa, está a necessidade de se fazer possível a administração democrática dos conflitos decorrentes das heterogeneidades culturais, políticas, econômicas e sociais existentes em países de grandes extensões territoriais. Para os autores, duas das principais características do federalismo são: a) a difusão de poderes de governo entre muitos centros, cuja autoridade emana do sufrágio universal popular; b) a existência de mecanismos cooperativos e competitivos que regem as relações entre os membros da federação. Assim, para ser bem sucedido, o arranjo federativo precisa desenvolver um equilíbrio entre cooperação e competição dos entes federados.

Analisando as origens do federalismo brasileiro, Abrucio e Costa (1998) argumentam que embora, tenha sido inspirado na federação estadunidense, o nascimento do modelo brasileiro se deu de forma e por razões bastante distintas daquele que o inspirou. Enquanto o federalismo dos EUA – em um movimento centralizador – resultou da união de treze ex-colônias autônomas e independentes entre si, e motivadas pela busca por maior segurança e maior grau de autogoverno; o federalismo brasileiro, de forma centrífuga, partiu de um Estado centralizado e unitário para um modelo descentralizado de poder, objetivando meramente a autonomia de suas unidades/estados. Nos dizeres de Torres¹² (1961, apud ABRUCIO e COSTA, 1998, p. 32) no Brasil, “não somos uma Federação de povos até ontem separados e reunidos de ontem para hoje. Pelo contrário, é da União que partimos. [...] Federalismo entre

¹² TORRES, João C. de Oliveira. **A formação do Federalismo no Brasil**. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1961.

nós quer dizer apego ao espírito de autonomia; nos Estados Unidos, associação de estados para defesa comum”.

Além desse mero desejo por autonomia, antes inexistente, os estados brasileiros fizeram a opção pelo federalismo em condições completamente desiguais no que tange ao poder econômico e a influência política que, à época, cada um possuía. Nestes termos, historicamente, as enormes disparidades sociais, econômicas, demográficas, culturais, políticas e territoriais entre os estados brasileiros influenciaram a conformação da federação no país. Assim, desde seu surgimento no final do século XIX até a década de 1980, o federalismo brasileiro veio oscilando entre centralização e descentralização de poder, cuja variação se dava em função dos interesses econômicos e das características do período político vivenciado.

Neste contexto, na Primeira República (1889 - 1930), o poder político dos estados foi assimetricamente ampliado, predominando um jogo não cooperativo entre os entes federados, no qual alguns estados, como, por exemplo, Minas Gerais e São Paulo, por meio de suas oligarquias locais, se uniam em coalizões contra os demais estados federados (ABRUCIO e COSTA, 1998).

No período entre 1930 e os anos de 1980, sobretudo, entre os anos de 1930/1945 e 1964/1985, utilizando-se de muito autoritarismo, o Governo Federal fortaleceu sobremaneira o seu poder político-econômico, bem como a sua capacidade administrativa (ABRUCIO e COSTA, 1998). Particularmente nesse último interregno mencionado, quando ocorreu o advento do regime militar (1964) se desencadeou uma enorme concentração de poder no âmbito do Governo Federal em detrimento do poder das unidades estaduais. Este período ditatorial “praticamente suprimi[u] as prerrogativas de autonomia das unidades federadas, assim como suas competências no campo tributário e legislativo, resultando em um modelo de organização político-territorial próximo ao de um estado unitário” (BRASIL, 2016, p. 33). Nos termos de Abrucio e Franzese (2007, p. 17), esta foi uma época em que

do ponto de vista federativo, foi montado um modelo que pode ser chamado de ‘unionista autoritário’, que centralizava fortemente os recursos nas mãos do Governo Federal e aumentava sobremaneira o controle administrativo da União sobre os governos subnacionais, ao passo que a autonomia política local era reduzida com a introdução de eleições indiretas a governador e prefeito das capitais.

Embora esse regime militar ditatorial tenha perdurado até o ano de 1985, desde meados dos anos 1970 ele começou a apresentar os primeiros abalos em sua estrutura, especialmente com a contínua perda de legitimidade frente à sociedade, causada em grande parte pelo fim do

“milagre econômico” e de seu conseqüente impacto negativo na economia, desencadeados a partir de 1973. Nesse contexto, a insatisfação por parte da sociedade tornou-se generalizada, suscitando questionamentos e críticas acerca de questões como a má qualidade da saúde e da educação, a precarização das condições de habitação, o acirramento da carestia, entre outras. Tal situação desembocou em “um avanço das forças de resistência e desenvolveu-se a prática de enfrentamento do regime militar” (PEREIRA, 2001, p. 123). Enfrentamentos estes que se deram por diversas frentes de confronto, quais foram: políticas, sociais, populares e culturais. Em consequência disso, empreenderam-se, pelas diversas regiões do país, lutas pela expansão da cidadania e pela implantação da democracia. É, pois, nessa ocasião, que “o processo da resistência democrática se alarga e se aprofunda, atraindo setores e protagonistas antes vinculados ao movimento golpista ou por ele neutralizados, levando o regime à defensiva, a concessões e, no limite, a negociar as vias de transição [...]” (NETTO, 2007, p. 34).

Não conseguindo mais manter sua hegemonia apenas pela força e coerção, o governo militar se viu obrigado a fazer algumas concessões: restabelece-se o *habeas corpus*, concede-se maior liberdade de imprensa de modo a ampliar as formas de expressão populares, concede-se anistia a condenados políticos, possibilita-se às pessoas se organizarem de forma político-partidária com o fim do bipartidarismo, retomam-se – em 1982 – as eleições diretas para os governos estaduais. Para Duriguetto (2007, p. 138) essas concessões objetivavam somente “atingir a ‘normalização institucional’, que significava liberalizar o regime não para superar a ordem autoritária, mas para institucionalizá-la”.

Apesar das manobras para promover sua autorreforma e, com isso manter seu domínio, o projeto autorreformista do regime militar encontrou alguns obstáculos vindos da conjuntura política, social e econômica da época. Assim, no aspecto econômico, o regime já não contava com a “única variável que legitimava o Estado”, ou seja, o “milagre econômico” (NETTO, 2007, p. 40). Nas dimensões social e política destacou-se o ressurgimento, no cenário político, do operariado urbano enquanto ator social reivindicador de seus direitos. Ressaltou-se também a expansão das ações dos movimentos sociais, que passaram a atingir a totalidade do tecido da Sociedade Civil. Nesse sentido, agravou-se a crise de legitimidade da autocracia burguesa (NETTO, 2007, p. 42-43), fazendo com que o governo militar se visse obrigado a iniciar um processo de transição da ditadura para a democracia.

Cabe ressaltar, que foi nesse cenário de busca de consenso do Estado junto à Sociedade Civil que a conjuntura sociopolítica do início dos anos de 1980 passou a favorecer a possibilidade de os movimentos sociais empreenderem novas práticas, sobretudo aquelas que

dependiam de uma relação mais próxima com o Estado. Assim, as mudanças nas relações Estado X Movimentos Sociais começaram a “acontecer a partir de 1982, com as eleições estaduais. Cria-se uma nova relação entre os movimentos e os partidos políticos, por um lado, e entre os movimentos e as agências públicas em geral, por outro” (CARDOSO, 1994, p. 83).

Ainda nesse mesmo contexto, Abrucio e Costa (1998) destacam também o papel dos governadores no processo de destituição do governo militar. Nestes termos, argumentam que:

o fato é que os estados, enquanto atores políticos, contribuíram, e muito, para o processo de redemocratização, especialmente por intermédio dos governadores. A vitória da oposição nas eleições estaduais de 1982, a articulação dos governadores em prol das Diretas-já, assim, como o importante papel dos governadores para a vitória de Tancredo Neves. Todos esses fatores mostram que as unidades estaduais, após um longo período em que ficaram praticamente sem poder, tiveram um papel fundamental na derrubada do regime autoritário (ABRUCIO e COSTA, 1998, p. 35).

Embora o governo autoritário militar tivesse dado lugar à Nova República, persistia a carestia, já que a redemocratização não eliminou imediatamente os problemas e dificuldades cotidianos enfrentados pela maioria da população. De fato, a expansão e consolidação das instituições democráticas – partidos políticos e processo eleitoral – não se fizeram suficientes para dar conta das necessidades dos diversos sujeitos políticos que compunham a sociedade naquela época. Assim, para Dagnino (2002, p. 10), “o retorno às instituições formais básicas da democracia não produziu o encaminhamento adequado, por parte do Estado, dos problemas de exclusão e desigualdade social nas suas várias expressões”.

Buscando alterar este quadro, diversos setores da Sociedade Civil levaram para o processo da Constituinte (1986-1988) o debate acerca da necessidade de democratizar e controlar socialmente o Estado e suas ações. De fato, afirma Pereira (2001, p. 132), “o clima em torno da futura Constituição mobilizou diferentes setores da sociedade civil e política: a elite hegemônica, os setores populares, as instituições religiosas, as organizações educacionais, das áreas de saúde e dos meios de comunicação”.

Foi nesse contexto de intensas discussões e debates, envolvendo a sociedade política e a Sociedade Civil que a Constituição Federal de 1988 foi promulgada. Esta Carta Magna expandiu sobremaneira os direitos políticos – universalizando o direito ao voto –; ampliou, também, como nunca visto antes, os direitos sociais –; melhorando aspectos gerais das políticas de educação, saúde, assistência social e previdência social –, resgatou os direitos civis suspensos durante o regime militar e inovou com alguns outros (CARVALHO, 2013).

É no bojo dessas conquistas de direitos inéditos e de expansão daqueles já existentes, que a Constituição Federal de 1988 restabeleceu o Estado Federativo, com suas características de democratização política – retomada de eleições diretas em todos os níveis de governo – e descentralização fiscal e administrativa. O federalismo trouxe, entre outras alterações, uma redefinição de competências e atribuições da gestão das políticas públicas, provocando profundas mudanças nas relações intergovernamentais (ARRETCHE, 2000), bem como nas relações entre o Estado e a Sociedade Civil (DUARTE, 2014).

Essa gradual recuperação das bases do Estado federativo brasileiro, durante os anos de 1980, fez nascer um novo federalismo formatado a partir das regras instituídas na Carta Magna de 1988 (ABRUCIO e COSTA, 1998; ARRETCHE, 2000). Nestes termos, a Constituição Federal inovou, declarando em seu Artigo 1º que “a República Federativa do Brasil, é formada pela união indissolúvel dos Estados e *Municípios* e do Distrito Federal” (BRASIL, 1999, p. 03, *grifo meu*). Além dessa característica peculiar de reconhecer juridicamente o município como membro federativo, o modelo de federação brasileiro consagrado pela Constituição de 1988 possui como principais características: 1) o aumento significativo da parcela de recursos do montante tributário destinados aos estados e municípios e a consequente perda de parte desses recursos por parte da União; 2) o fortalecimento do Congresso Nacional desdobrando-se na ampliação do poder político dos estados diante do executivo Federal; 3) a conquista de maior independência dos estados frente ao Governo Federal (ABRUCIO e COSTA, 1998).

Nesse contexto, o novo desenho do federalismo brasileiro, fortaleceu política, econômica e administrativamente não só as unidades estaduais, mas principalmente as municipais, já que “pela primeira vez na história, os municípios transformaram-se em entes federativos, constitucionalmente com o mesmo *status* jurídico que os estados e a União” (ABRUCIO, 2005, p. 47).

Como apresentei no início dessa subseção, utilizando-me da argumentação de Abrucio e Costa (1998), a adoção de um sistema federativo por um país justifica-se pela necessidade de se equacionar democraticamente as discrepâncias demográficas, políticas, econômicas e sociais em uma dada nação. Para tanto, o comportamento político-econômico dos entes federados deve se pautar pela cooperação mútua visando o bem coletivo de toda a federação. O cooperativismo entre os entes federados, configura-se assim, como uma condição para que o sistema federativo tenha êxito nos seus propósitos. No caso brasileiro, a multipolaridade da federação constituída a partir da difusão de poder político, econômico e administrativo para diversos polos, não resultou em uma coalizão nacional em torno de um objetivo coletivo que beneficiasse todo o

país, mas sim em alianças pontuais para a defesa de interesses isolados, sobretudo, dos estados e dos municípios. Desse modo, o que vigorou nas relações dos entes federados no Brasil no período pós-1988 foi marcadamente um “federalismo predatório” (ABRUCIO e COSTA, 1998). Nestes termos,

o caráter predatório do federalismo brasileiro resultou do padrão de competição não cooperativo que predominava nas relações dos estados com a União e deles entre si. [...] No plano das relações entre os estados o aspecto predatório teve sua principal manifestação na guerra fiscal, que começou a ganhar força após a Constituição de 1988 e ainda continua vigorosa (ABRUCIO, 2005, p. 47).

Exemplo dessa ‘guerra fiscal’ é dada por Abrucio e Costa (1998) ao apresentarem casos em que alguns estados brigam entre si para atrair para seus territórios investidores e empresas. Isso tem provocado a migração de empresas de um estado para outro de maneira despudorada, movidas apenas pelas maiores vantagens fiscais a elas oferecidas.

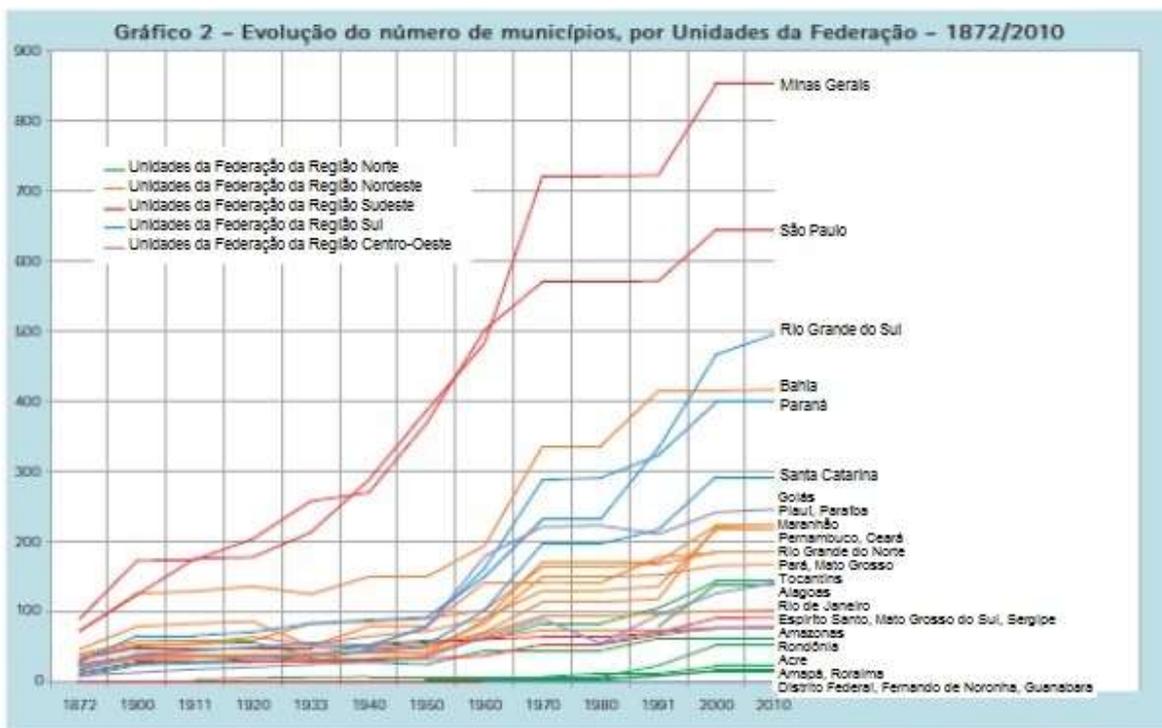
Cabe ressaltar que essas relações competitivas e nada cooperativas, não são exclusividade dos estados brasileiros, sendo comum ocorrerem também entre municípios. Nestes termos, “ao invés de uma visão cooperativa, predomina um jogo em que os municípios concorrem entre si pelo dinheiro público de outros níveis de governo, lutam predatoriamente por investimentos privados e, ainda, muitas vezes repassam custos a outros entes” (ABRUCIO, 2005, p. 48). Como exemplo dessas relações intermunicipais não-cooperativas, Abrucio e Costa (1998) citam o estrondoso aumento da quantidade de municípios brasileiros na década de 1990 (GRÁFICO 01). Esse aumento se deu em função

da busca, por parte do distrito emancipado, de recursos do Fundo de Participação dos Municípios¹³ (FPM). O problema é que o antigo ‘município mãe’ perde parcela de seus recursos. Numa luta desenfreada pela manutenção ou pela conquista de novas fontes de renda, as elites locais praticam um jogo em que não há cooperação (ABRUCIO e COSTA, 1998 p. 38).

¹³ De acordo com a Secretaria de Estado de Fazenda de Minas Gerais, “o Fundo de Participação dos Municípios é uma transferência constitucional (CF, Art. 159, I, b), da União para os Estados e o Distrito Federal, composto de 22,5% da arrecadação do Imposto de Renda (IR) e do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI). A distribuição dos recursos aos Municípios é feita de acordo com o número de habitantes, onde são fixadas faixas populacionais, cabendo a cada uma delas um coeficiente individual. Os critérios atualmente utilizados para o cálculo dos coeficientes de participação dos Municípios estão baseados na Lei n.º 5.172/66 (Código Tributário Nacional) e no Decreto-Lei N.º 1.881/81. Anualmente o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, divulga estatística populacional dos Municípios e o Tribunal de Contas da União, com base nessa estatística, publica no Diário Oficial da União os coeficientes dos Municípios. A Lei Complementar 62/89 determina que os recursos do FPM serão transferidos nos dias 10, 20 e 30 de cada mês sempre sobre a arrecadação do IR e IPI do decêndio anterior ao repasse”. Disponível em: (http://www.fazenda.mg.gov.br/governo/assuntos_municipais/repassereceita/informacoes/fpm.htm) Acesso em 11/12/2016.

GRÁFICO 01

Evolução do número de municípios, por unidades da Federação- 1872/2010



Fontes: Diretoria Geral de Estatística, Recenseamento do Brasil 1872/1920 e Divisão Administrativa do Brasil 1911/1933; e IBGE, Censo Demográfico 1940/2010.

Fonte: IBGE (2011, p. 18).

Observa-se no Gráfico 01 dois momentos de exponencial aumento do número de municípios brasileiros, sendo um deles o período compreendido entre as décadas de 1950 e 1960 e o outro que abarcou a década de 1990. Nos demais períodos da série histórica contemplada pela Gráfico, à exceção dos estados de Minas Gerais e São Paulo, que tiveram um crescimento ascendente do número de seus municípios desde o primeiro ano da série, os outros estados da federação mostram-se com números estáveis, à exceção dos dois períodos já destacados (1950/1960) e (anos de 1990) (IBGE, 2011).

Cabe ressaltar que os dois períodos com aumento da quantidade de municípios, corrobora a argumentação de Abrucio e Costa (1998) acerca das relações intergovernamentais predatórias características do federalismo brasileiro. Isso porque,

as duas décadas de 1950 e de 1960, apresentaram muitas emancipações em praticamente todas as unidades federativas. De acordo com Mello¹⁴ (1992), uma das causas da onda emancipacionista verificada no Brasil nessas décadas está no sistema de tributos partilhados, que favoreciam, sobretudo, os municípios mais pobres, através do Fundo de Participação dos Municípios (FPM). Quando foi introduzido pela Constituição Federal de 1946, as cotas eram iguais para todos os municípios, levando alguns governos estaduais a

¹⁴ MELLO, D. L. de. **A multiplicação de municípios no Brasil**. Revista de Administração Municipal. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Administração Municipal - IBAM, v. 39, n. 203, p. 23-28, abr./jun. 1992

estimularem a criação de novos municípios de modo a atrair recursos do governo federal para o seu estado (IBGE, 2011, p. 18).

Nestes termos, as décadas de 1950 e 1960 marcam um comportamento não-cooperativo entre os estados e a União, no qual os primeiros tiram proveito da União, por meio de uma distorção no usufruto do FPM. Já nos anos de 1990, o comportamento predatório envolvendo o FPM se reedita, como já destacado há alguns parágrafos, só que agora nas relações entre os municípios. A título de exemplo, o estado de Minas Gerais que abriga os cinco municípios estudados na presente tese, aparece destacado no Gráfico 01 como aquele com maior número de cidades do país. Assim, segundo dados do IBGE (2016) em 1970, Minas possuía 722 municípios e manteve esse número até o censo demográfico de 1980. Em 1991 o estado mineiro contava com 723 municípios, entretanto, durante os nove anos seguintes teve um aumento de 18% chegando aos anos 2000 com 853 municípios¹⁵. Ressalta-se que este último número não se alterou até o ano de 2016¹⁶.

O panorama de constituição do federalismo brasileiro apresentado nesta subseção, com as especificidades de suas características socioeconômicas e de seus traços histórico-político-administrativos se faz pertinente para subsidiar a análise da implementação da política de saúde mental no âmbito loco-regional, pois “a estrutura federativa é um dos balizadores mais importantes do processo político no Brasil. Ela tem afetado a dinâmica partidária eleitoral, o desenho das políticas sociais e o processo de reforma do Estado”. (ABRUCIO, 2005, p. 41). Nestes termos, no que diz respeito especificamente às políticas sociais, sobretudo na redefinição

¹⁵ Em análise do processo de emancipação municipal da década de 1990, Wanderley (2008, p. 03), defende o argumento de que o estrondoso aumento de número de municípios no Brasil está estreitamente ligado à Carta Magna de 1988. Nestes termos, o autor afirma que “a Constituição Federal de 1988 implementou um grande processo de descentralização política no país. Além de dar aos municípios *status* de entes federativos (fato raro nas diversas federações existentes), esta permitiu aos estados definir os critérios pelos quais os municípios se emancipariam. Assim, ao contrário do ocorrido na década de 1980, o país viu surgir, entre 1990 e 2000, 1.054 municípios (estes eram 4.491 em 1991 e 5.561 em 2001)”.

¹⁶ O Crescimento indiscriminado do número de municípios brasileiros foi, em parte, limitado pela Emenda Constitucional n.º 15 de 1996 que alterou a redação do § 4º do artigo 18 da Constituição Federal de 1988. Assim, o novo texto define que “A criação, a incorporação, a fusão e o desmembramento de Municípios, far-se-ão por lei estadual, dentro do período determinado por lei complementar federal, e dependerão de consulta prévia, mediante plebiscito, às populações dos Municípios envolvidos, após divulgação dos Estudos de Viabilidade Municipal, apresentados e publicados na forma da lei” (BRASIL, 1999, p. 20). Nessa mesma direção, o IBGE (2011, p. 17) afirma que, antes da Emenda Constitucional n.º 15, “o Parágrafo 4º do Art. 18º, determinava que um município só seria emancipado se aprovado pela maioria dos eleitores em plebiscito. Até 1996 entendia-se que essa consulta deveria ser realizada apenas aos eleitores da área que se estava desmembrando. Naquele ano, o Congresso Nacional reinterpreto esse artigo da Constituição Federal e, pela Emenda Constitucional nº 15, de 12 de setembro de 1996, expandiu-o à população da área remanescente do(s) município(s) de origem. Apesar de todas essas determinações serem legais, ainda se verifica, em muitos estados, a criação de municípios que não cumprem os requisitos mínimos estabelecidos e que, assim, servem de exemplos e sustentação às muitas críticas que o processo de emancipação municipal brasileiro vem sofrendo há muitas décadas.”

de competências e atribuições de sua gestão, elas têm sido realizadas sob as bases institucionais do estado federativo brasileiro (ARRETCHE, 2000). Assim, a descentralização dos poderes político, econômico e administrativo constringendo o poder da União e redirecionando-o para os estados e municípios, teve forte impacto sobre o processo de descentralização das políticas sociais no país.

Nestes termos, no próximos tópicos apresentarei a repercussão desses aspectos da federação brasileira na descentralização das políticas sociais com ênfase na política de saúde.

2.2 – A descentralização das políticas sociais

Em seu livro *Estado Federativo e Políticas Sociais: determinantes da descentralização*, Arretche (2000) analisa o processo de descentralização de algumas políticas sociais, as quais compõem o Sistema de Proteção Social brasileiro. Na análise empreendida, dentre outros resultados encontrados, a pesquisadora constatou que as políticas sociais passaram por processos distintos de descentralização, tendo suas gestões se deslocado da União para os outros entes da federação. Enquanto algumas políticas deixaram de ser geridas centralmente pelo Governo Federal e foram predominantemente assumidas pelos estados, outras tiveram a maior parte da responsabilidade de suas gestões transferida para os municípios. Assim, a autora nomeou de ‘estadualização’ o processo de descentralização quando este ocorreu mais vinculado ao nível do governo estadual, e de ‘municipalização’ quando a descentralização se deu mais voltada para o âmbito municipal. Neste contexto, Arretche, (2000, p. 16) entende que a descentralização é “a institucionalização no plano local [municipal e/ou estadual] de condições técnicas para a implementação de tarefas de gestão de políticas sociais”.

Nestes termos, inspirado nesse pensamento de Arretche (2000) e levando em consideração que a política de saúde – a qual a temática da presente Tese se vincula – tem sua descentralização pautada na “transferência de poder decisório, responsabilidades gestoras e recursos financeiros da União para os estados e, *principalmente para os municípios*” (LIMA, et al, 2012, 823, *grifo meu*), fundamentarei minha argumentação acerca da descentralização das políticas sociais, enfatizando a perspectiva da municipalização¹⁷.

Como visto na subseção anterior, o desenho federativo brasileiro consagrado pela Constituição de 1988 gerou um Estado bastante descentralizado, uma vez que promoveu um

¹⁷ Veremos nas próximas subseções que o processo de descentralização da política de saúde, em um primeiro momento teve seu foco voltado para a municipalização e em seguida o elemento balizador do processo descentralizador foi a regionalização.

importante constrangimento do poder político e fiscal da União redistribuindo parte desse poder entre os estados e os municípios. Essa situação promoveu uma significativa alteração tanto nas relações intergovernamentais – tornando-as mais horizontalizadas –, quanto nas relações entre Estado e Sociedade Civil – que a partir de então passaram a ser mais dialogadas. Foi neste contexto que se assistiu no país um empreendimento de um amplo processo de descentralização da gestão de diversas políticas sociais.

De fato, é consenso entre alguns autores, dentre os quais estão Arretche (1999b, 2000), Abrucio (2005), Souza (2004) e Viana (et al, 2002), que as mudanças decorrentes da recuperação das bases federativas do Estado brasileiro causaram fortes impactos no desenho e na gestão das políticas sociais. Assim, à exceção da Previdência Social, as diversas outras políticas sociais – assistência social, educação, habitação, saúde, etc. – tiveram seu processo de descentralização com transferência de atribuições de gestão da União para os estados e municípios, desencadeado no bojo da retomada do federalismo brasileiro (ARRETCHE, 2000).

Nesse contexto, a descentralização das políticas sociais não se limitou a uma reordenação ao nível estatal, atingindo sobremaneira a esfera do governo municipal. Para Lima (et al, 2012), além da influência do desenho federativo brasileiro na descentralização das políticas sociais na década de 1990, outros elementos de ordem democrática e econômica interferiram no processo. Desse modo,

as razões para o privilegiamento da descentralização estão relacionadas ao contexto de redemocratização do Brasil a partir de 1980. A transferência de recursos, competências e responsabilidades para os governos subnacionais associou-se aos movimentos contra o regime militar e o autoritarismo e a favor da ampliação da democracia e maior eficiência governamental. Sem embargo, outros fatores devem ser considerados, como os citados a seguir. A agenda desenvolvimentista foi substituída pela busca de estabilização monetária nos anos 90, tendo sido possível adequar a descentralização aos projetos de enxugamento do Estado e de estabilização macroeconômica, em um contexto de restrição fiscal e financeira (LIMA, et al, 2012, p. 836).

Assim, pressionada por fatores econômicos e ancorada na expectativa de promover uma melhora na gestão das políticas sociais e um fortalecimento da participação popular local, a maioria dessas políticas teve seus processos de descentralização voltados para os municípios. Estes, constitucionalmente definidos como entes federativos, passaram a receber diversas novas atribuições para a gestão das políticas sociais.

Diante do exposto, para se discutir descentralização na perspectiva da municipalização, faz-se necessário entender que “município é uma divisão territorial prevista na legislação brasileira que designa uma unidade administrativa com autonomia política e financeira” (LEVI,

2015, p. 599). Essa autonomia decorre, em grande medida, do *status* jurídico de ente federativo dado aos municípios brasileiros pela Constituição Federal de 1988. Embora com algumas restrições, este *status* conferiu maior poder político e financeiro a estes entes subnacionais.

Neste contexto, pode-se afirmar que os municípios são politicamente autônomos, uma vez que contam com governos próprios eleitos por meio do voto popular direto, o que lhes confere autoridade política em seus territórios de abrangência. No que diz respeito à ampliação do poder financeiro municipal, ela deriva, ao menos em parte, da garantia constitucional de maior acesso dos municípios a uma fatia dos recursos do montante tributário, repassados a eles pelo estado e sobretudo, pela União. Nestes termos, Souza (2004, p. 31) afirma que “nenhuma Constituição anterior à de 1988 cedeu aos municípios o volume de recursos públicos de que hoje dispõe. Tais recursos provém, como se sabe, de transferências federais e estaduais, assim, como de receitas próprias”. Essas receitas próprias são oriundas da autonomia adquiridas pelos municípios em tributar na circunscrição de seus territórios (ARRETCHE, 1999b).

Cabe destacar entretanto, que apesar do *status* jurídico de ente federativo, do avanço na ampliação do poder político e da capacidade fiscal conquistados com o reestabelecimento do federalismo nos anos de 1980, a autonomia alcançada pelos municípios brasileiros ainda hoje é bastante relativa. Isso porque, conforme assinala Abrucio (2005), no plano jurídico, por exemplo, a autonomia municipal vai até os limites impostos pelas Constituições Estaduais e Federal. Já nos aspectos financeiro e administrativo, muitos municípios frequentemente ainda dependem dos outros níveis de governo. Politicamente, a autonomia também é restrita, considerando que ela resume-se ao autogoverno. Finalmente, “até mesmo a condição de unidade federada é limitada, já que os municípios não têm assento no Congresso Nacional, ao contrário dos estados, que têm no Senado Federal seu espaço específico de representação na política nacional” (LEVI, 2015, p. 599).

A despeito de a autonomia conquistada pelos municípios na prática não ser totalmente plena, as transformações decorrentes das novas regras postas pelo federalismo brasileiro haviam preconizado uma transferência de poder para os estados e municípios para que estes fossem capazes de planejar, gerir, executar e tomar decisões em suas áreas de circunscrição. Isso abriu caminho para que o Governo Federal ampliasse para os estados, e sobretudo para os municípios não só as estratégias de descentralização política e financeira, mas também a administrativa.

Para além disso, desde os anos de 1990, o município tem sido visto, entre os três entes federados, como aquele que está em uma posição privilegiada para o atendimento das demandas

locais, uma vez que é nele que o cidadão vive e é nele onde ocorre a circulação imediata das informações acerca da realidade e das necessidades dos grupos populacionais. Isso fez com que se atribuísse ao município a tarefa de ser o executor direto da maioria dos serviços e ações advindos das políticas sociais. Nos termos de Dourado e Elias, (2011, p. 206)

os governos locais teriam condições mais favoráveis de alcançar melhores resultados para seus cidadãos por meio da relação direta, por estarem mais bem informados de suas preferências – portanto, em melhor situação para decidir sobre a alocação dos recursos – e mais suscetíveis ao controle (*accountability*¹⁸).

Vale ressaltar que, no Brasil, exigir a *accountability* dos gestores públicos, mencionado pelos autores, bem como exercer o controle democrático e social sobre o Estado e suas ações por parte da Sociedade Civil organizada já era um anseio manifesto desde o processo constituinte nos anos de 1980. Desse modo, a municipalização da gestão das políticas públicas objetivava não só fortalecer as comunidades locais, como também democratizar as relações dessas com o Estado. Assim, “a municipalização de alguns serviços sociais universais [...] não se limita à transferência de sua implementação, mas tem significado também o envolvimento das comunidades locais no processo decisório e de controle da implementação de políticas sociais” (SOUZA, 2004, p. 38).

De fato, a possibilidade de envolvimento da Sociedade Civil na gestão da política pública foi uma das grandes vantagens trazidas pela municipalização. Nesta mesma linha de raciocínio, Abrucio (2005) defende que a municipalização contribuiu para pressionar as oligarquias locais, possibilitando o surgimento de novas lideranças e novos atores políticos, além de criar e/ou fortalecer arenas de debate político como, por exemplo, os conselhos gestores. Levi (2015) apresenta algumas vantagens semelhantes às já apontadas por Souza (2004) e Abrucio (2005) e acrescenta que a municipalização também abriu espaço para o surgimento de iniciativas inovadoras e criativas no campo de atuação das diversas políticas sociais, aproximando-as do cotidiano dos cidadãos e respondendo com mais eficácia às demandas destes. Finalmente, a municipalização propiciou que um grande número de serviços previstos pelas políticas sociais alcançassem uma capilaridade sem precedentes no país.

¹⁸ Trata-se de um “termo cunhado na língua inglesa e de difícil tradução para o português, principalmente devido à complexidade das aplicações que pode ter. A palavra que melhor o traduz é responsabilização. *Accountability* é a expressão utilizada para tratar da obrigação e capacidade de uma pessoa ou instituição de prestar contas a outra pessoa ou instituição. Ou seja, quando determinada instituição age em nome de um conjunto de pessoas, e essa instituição pode ser, de alguma maneira responsabilizada, punida ou recompensada por essas ações, podemos afirmar que essa instituição é *accountable* e existe um processo de *accountability* na relação entre a instituição e o conjunto de pessoas que ela representa” (MARQUES, 2015, p. 45).

Cabe destacar, entretanto, que embora a municipalização tenha ampliado sobremaneira as possibilidades de a democracia brasileira se fortalecer e prosperar no âmbito local, ela não resultou na imediata melhoria da gestão das políticas públicas, nem tampouco no automático envolvimento da Sociedade Civil no controle social do Estado e suas ações (ABRUCIO, 2005). Isso porque, continua o autor, a despeito das conquistas e avanços decorrentes da descentralização ocorridas sobretudo no nível municipal, persistiram as desigualdades econômicas, sociais e administrativas, as quais sempre marcaram a federação do país. Soma-se a isso o agravante das práticas não-cooperativas comuns nas relações intergovernamentais no federalismo brasileiro, as quais colocam em risco o sucesso da implantação das políticas públicas, e acarretam uma situação de desigualdade na municipalização dessas políticas.

Corroborando a argumentação de Abrucio (2005), Arretche (2000) menciona esses mesmos aspectos como obstáculos postos para o processo de descentralização da gestão das políticas sociais no Brasil e ainda acrescenta outros dois: 1) o predomínio quantitativo de municípios de pequeno porte e, 2) o rarefeito hábito da participação popular, redundando em um frágil exercício do controle social.

Ainda para essa mesma autora, as discrepâncias econômicas, políticas, sociais e de capacidade administrativa dos governos locais têm grande peso negativo no processo de descentralização – estadualização e/ou municipalização – das políticas sociais. Apesar disso, essas dificuldades não determinam em si o fracasso da descentralização. Isso porque, há outros ‘contrapesos’ capazes de promover um equilíbrio na balança.

Assim, continua a autora, requisitos institucionais de uma dada política social que se pretende descentralizar, como por exemplo, as regras constitucionais que a regulamentam, o seu legado prévio e a sua engenharia operacional podem minimizar as dificuldades eventualmente causadas pela heterogeneidade dos governos locais. Além desse ‘contrapeso’ há um outro ainda mais decisivo em qualquer processo de municipalização e/ou estadualização das políticas sociais, qual seja: a ação política deliberada, a qual diz respeito às relações intergovernamentais e as relações entre Estado e Sociedade Civil. Nestes termos, a capacidade da Sociedade Civil de se organizar para vocalizar demandas e pressionar o poder público a dar respostas qualificadas para aquilo que está sendo reivindicado, bem como a iniciativa dos governos dos níveis mais abrangentes de criar “estratégias de indução eficientemente desenhadas para delegar a outro nível de governo a responsabilidade pela gestão destas políticas, podem compensar obstáculos à descentralização derivados daqueles fatores de natureza estrutural ou institucional” (ARRETCHE, 1999b, p. 112). Importa destacar

finalmente, que essas estratégias de indução incluem uma série de incentivos, cujas características variam de acordo com cada uma das políticas sociais, visando convencer o governo local a aderir as novas competências e atribuições decorrentes da responsabilização de assumir a gestão de uma determinada política social. Nos termos de Arretche (2000, p. 47) “em Estados Federativos, estados e municípios – porque dotados de autonomia política e fiscal – [...] assumem a gestão de políticas públicas sob a prerrogativa da adesão, precisando, portanto, ser incentivados para tal”.

2.3 – Descentralização da política de saúde: diretrizes nacionais

O texto constitucional da Carta Magna brasileira de 1988 ratificou grande parte dos anseios reivindicados desde o final da década de 1970 pelo movimento da Reforma Sanitária. Uma das principais reivindicações desse movimento era a construção da universalidade do direito à saúde a partir de um sistema descentralizado de ações e serviços que abrangesse todo o país. Considerada um marco histórico para a saúde pública brasileira, a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS)¹⁹ foi realizada em 1986, consagrando os princípios preconizados pelo Movimento da Reforma Sanitária. Entre estes, destacavam-se a universalização do acesso, a descentralização do processo decisório e a compreensão da saúde como um direito de todos e dever do Estado. A VIII CNS lançou as bases político-assistenciais que inscreveram a saúde como um direito social universal na Carta Magna de 1988.

Nestes termos, a Constituição Federal de 1988 estabeleceu a saúde como *um direito de todos e dever do Estado* e instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS) como norteador dessa política. Assim, definido pelo artigo 198 da Constituição Federal brasileira como um conjunto assistencial público de ações e serviços de saúde integrados, regionalizados e hierarquizados, cuja responsabilidade de planejamento, financiamento e execução é dividida entre a União, os estados e os municípios, o SUS possui três diretrizes constitucionalmente estabelecidas: “I - Descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - Participação da comunidade” (MINAS GERAIS, 2013, p. 42).

Cabe destacar que além dessa base constitucional, a conformação da política de saúde está fundamentada em leis específicas da área, como as leis n.º 8080/90, 8142/90 e o decreto

¹⁹ Nesta mesma época, em 1987, no Rio de Janeiro, a I Conferência Nacional de Saúde Mental (I CNSM) realizou-se como desdobramento da VIII Conferência Nacional de Saúde e propôs a reformulação do modelo assistencial em saúde mental e sua consequente reorganização para serviços extra-hospitalares (BRASIL, 1988).

7508/11. O SUS na qualidade de Sistema que incorpora essa política na concretude do cotidiano dos cidadãos é definido pela lei n.º 8080/90, conhecida como a lei orgânica da saúde, como “o conjunto de ações e serviços de saúde, prestadas por órgãos e instituições públicas, federais, estaduais e municipais, da administração direta e das fundações mantidas pelo Poder Público” (MINAS GERAIS, 2013, p. 642). Além dessa definição, a lei n.º 8080/90 estabelece os princípios e as diretrizes do SUS, dentre os quais estão: 1) a *universalidade do acesso aos serviços de saúde* – garantindo a gratuidade às ações e serviços de saúde a todos os cidadãos brasileiros, independentemente da complexidade e/ou custos dos serviços ofertados; 2) a *integralidade da assistência* – entendida como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; 3) a *descentralização político-administrativa das ações e serviços* – ênfase na descentralização dos serviços de saúde para os municípios, bem como a regionalização e hierarquização desses serviços com vistas a aprimorar a eficiência e a efetividade da assistência prestada; 4) a *participação da comunidade no controle social* – democratização dos processos e etapas inerentes à elaboração e execução da política de saúde, de modo a possibilitar à população a participar, acompanhar e verificar as ações da gestão pública na área da saúde (NORONHA et al, 2012, p. 367-369; MINAS GERAIS, 2013, p. 644-645).

Mesmo não tendo a intenção de escalonar graus de importância entre os princípios e diretrizes do SUS, já que cada um, a seu modo, tem sua relevância e a articulação entre todos eles é imprescindível para o bom funcionamento do Sistema, nesta subseção enfatizarei o princípio da descentralização e sua importância para a consolidação do SUS. Isso porque, como afirma Scatena e Tanaka (2001, p. 56) “em termos mais amplos, a descentralização pode auxiliar na viabilização da democratização do Estado e de maior justiça social”, já no caso específico da política de saúde, continuam os autores, a descentralização “pode ser um dos elementos viabilizadores da universalidade e equidade de acesso aos serviços, da mudança do modelo de atenção à saúde, da oferta adequada às necessidades e da participação e controle social, entre outros princípios de sustentação do SUS”.

Neste contexto, como visto há alguns parágrafos, o SUS é composto por um conjunto de ações e serviços integrados, hierarquizados e regionalizados, além de ter a “descentralização, com direção única em cada esfera de governo” como uma de suas diretrizes constitucionalmente estabelecidas. Já na letra da Lei Orgânica da Saúde n.º 8080/90 o princípio da descentralização é expresso literalmente no Artigo 7º como: “Descentralização político-administrativa, com

direção única em cada esfera de governo: a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde” (MINAS GERAIS, 2013, p. 645).

Cabe destacar que as ‘esferas de governo’ mencionadas nos textos normativos referem-se à União, aos estados e aos municípios. Tal qual a Constituição Federal de 1988 define que estes três entes federados possuem autonomia administrativa e não possuem vinculação hierárquica, a ‘direção única em cada esfera de governo’ busca garantir a cada um deles uma relativa autonomia no que diz respeito à gestão da política de saúde. Assim, esse princípio estabelece que não há uma hierarquia nem uma subordinação da Secretaria Municipal de Saúde – órgão gestor da saúde pública no âmbito municipal – à Secretaria Estadual de Saúde – órgão gestor da saúde pública no âmbito estadual – e nem dessas duas ao Ministério da Saúde – órgão gestor da saúde pública no âmbito federal. Nos termos de Brasil (2003, p. 21) essa ausência de hierarquia e/ou subordinação entre os três entes federados “resulta do modelo brasileiro de federalismo e da definição constitucional e legal do comando único em cada esfera de governo”. Desse modo, cada um dos entes tem seu papel e suas responsabilidades específicas, devendo processar o compartilhamento da gestão da política de saúde entre as três esferas governamentais de forma complementar e cooperativa.

Nesse contexto, o desenho da política pública de saúde expresso na organização institucional do SUS “reproduz a disposição tríplex [do federalismo brasileiro] e legitima a autonomia dos três níveis de governo na gestão de ações e serviços de saúde em seus territórios ao construir o sistema nacional de saúde” (DOURADO e ELIAS, 2011, p. 205). Observa-se então que o formato descentralizado da federação brasileira repercutiu diretamente na conformação do modelo de gestão da política de saúde. Essa repercussão pode ser notada também na hipervalorização atribuída ao município pela política de saúde tal qual fez o federalismo nacional. Assim, os recursos financeiros bem como a responsabilidade pela gestão político-administrativa e o poder de decisão no âmbito da saúde, que antes centravam-se na União, foram partilhados com os estados e, sobretudo, com os municípios, conferindo a esses últimos um protagonismo até então inexistente na descentralização da política de saúde brasileira (LIMA et al, 2012; NORONHA, et al, 2012).

Como apresentado na subseção anterior, há alguns fatores que articulados entre si, contribuem para que o processo de descentralização de uma dada política social seja capaz de fazer frente aos desafios encontrados nas discrepâncias econômica, social, cívica, política e demográfica presentes entre os entes federados brasileiros, sobretudo entre os municípios.

Dentre os fatores já mencionados por Arretche (1999b) estão os requisitos institucionais, os quais dizem respeito às regras normativas e constitucionais regulamentares da política social que se pretende descentralizar, o seu legado anterior e a sua engenharia institucional. Além desses requisitos institucionais, destacam-se outros dois decorrentes da ação política deliberada, quais sejam: as negociações entre Sociedade Civil e Estado e as estratégias de indução adotadas pelos governos dos níveis mais abrangentes objetivando delegar ao outro nível governamental a responsabilidade pela gestão da política em questão.

Para Arretche (2000) a política de saúde foi entre várias outras políticas sociais a que nos anos 1990 apresentou maiores taxas de adesão à proposta de descentralização. Isso porque essa política apresentava todos os requisitos acima mencionados. Nestes termos, o bem articulado movimento pela Reforma Sanitária detinha forte capacidade de vocalização das demandas no setor da saúde. Dentre as inúmeras reivindicações desse movimento social estava, desde o final da década de 1970, a tentativa da descentralização e universalização dos serviços de saúde. Graças a forte capacidade de pressão política do movimento sanitário, essas reivindicações já haviam conseguido espaço na agenda governamental desde o início dos anos de 1980. Após serem levadas para o debate no interior do processo constituinte, as demandas sanitárias por uma saúde pública de direito universal, a ser materializada por um sistema nacional de saúde descentralizado, alcançaram o *status* de reconhecimento constitucional pela Carta Magna de 1988. Dois anos depois, em 1990, foi promulgada a Lei Orgânica da Saúde n.º 8080, que instituiu o Sistema Único de Saúde com seus princípios, diretrizes e formato organizacional, além de definir as atribuições de cada esfera de governo na gestão da política de saúde brasileira. Ainda em 1990, foi promulgada a lei 8142 que por sua vez, complementa a lei 8080, dispendo sobre o controle social e participação popular no âmbito da saúde.

Neste contexto, nota-se que, desde o ano de 1990, a política de saúde já possuía um legado político prévio que tinha um histórico de lutas sociais desde as décadas anteriores, liderado por um forte e bem articulado movimento social que, além de ser o porta voz das demandas da área da saúde, era o principal ator social que pressionava o Estado para atendê-las. Contava também com um sólido aparato normativo legal/constitucional, o qual dava sustentação jurídica tanto ao Sistema Único de Saúde, quanto ao padrão descentralizado da política de saúde na direção dos municípios. Além disso, possuía ainda uma engenharia institucional, organizacional e administrativa preconizada pelo SUS, cujo desenho era prioritariamente voltado para a descentralização e para a regionalização (FLEURY, 2006).

No que diz respeito às estratégias de indução, elas foram predominantemente instituídas e implementadas pela União – Ministério da Saúde – direcionadas aos outros dois entes subnacionais. Neste contexto, para além do artigo 198 da Constituição Federal de 1988, da Lei Orgânica da Saúde n.º 8080/90 e da lei 8142/90, um arcabouço normativo – constituído por instrumentos regulatórios próprios dessa política – foi progressivamente sendo criado, não só durante a década de 1990, mas também nas duas primeiras décadas dos anos 2000. Assim, foram editadas quatro Normas Operacionais Básicas (NOB) respectivamente em 1991, 1992, 1993 e 1996. Foram criadas duas Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS), sendo a primeira em 2001 e a segunda em 2002. Em 2006 foi publicado o Pacto Pela Saúde. Finalmente, em 2011 foi promulgado o Decreto 7508/11 que regulamenta a Lei Orgânica da Saúde n.º 8080/90.

É importante ressaltar que, embora a saúde seja uma das políticas que integram o sistema de proteção social brasileiro e seu processo de descentralização possua semelhanças com o das demais políticas sociais, tal processo tem suas particularidades. Dentre essas especificidades, destaca-se que a descentralização dessa política se deu processualmente em dois momentos distintos, sendo que no primeiro deles foi priorizada a municipalização e no outro, o foco descentralizador enfatizou a regionalização. A este respeito, Dourado e Elias (2011, p. 207) argumentam que

a descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo, nos termos do Art. 7º da Lei no 8.080/90, foi concebida compreendendo a “ênfase na descentralização dos serviços para os municípios”, associada à “regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde”. Todavia, a opção política do primeiro decênio da implantação do SUS seguiu o movimento que marcou a descentralização das políticas sociais no país na década de 1990, de modo que a municipalização da saúde foi priorizada, enquanto a regionalização foi praticamente desconsiderada.

De fato, as Normas Operacionais Básicas editadas durante os anos de 1990 foram, à época, os instrumentos mais importantes e mais utilizados pelos gestores para balizar a descentralização da política de saúde. Entretanto, esses instrumentos normatizadores, como se verá a seguir, reforçaram as atribuições e responsabilidades dos municípios na provisão das ações e serviços de saúde em um movimento abertamente vinculado à municipalização sem qualquer alusão à questão da regionalização (LIMA et al, 2012).

2.3.1 – Municipalização da política de saúde: diretrizes nacionais

As Normas Operacionais Básicas (NOB/SUS) editadas em 1991 e 1992 regulamentaram mecanismos de financiamento do Sistema Único de Saúde configurados como incentivos ao processo de descentralização. Esses mecanismos se deram por meio de repasse de recursos da União para os estados e municípios, sendo que vários desses recursos eram exclusivos para os municípios, configurando-se assim em claros propósitos de estimular a municipalização da assistência em saúde (SCATENA e TANAKA, 2001).

Já a NOB/SUS editada em 1993 foi bastante influenciada pela IX Conferência Nacional de Saúde realizada em 1992, tendo como temática central “Saúde: municipalização é o caminho”. Essa NOB ampliou sobremaneira o processo de municipalização da gestão da política de saúde, habilitando inúmeros municípios como gestores e incrementando incentivos de repasses financeiros com transferência automática do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde. A regulamentação preconizada nessa Norma Operacional evidencia uma fragilidade do papel dos estados se comparado à relevância do papel dos municípios no tocante à gestão da política de saúde. Além dessas características, a NOB/93 inovou ao constituir importantes espaços de negociação, pactuação e articulação entre os gestores municipais, estaduais e federal como as Comissões Intergestores Bipartite (CIB) – atuantes no âmbito estadual – e as Comissões Intergestores Tripartite (CIT) – atuantes no âmbito nacional²⁰ (BRASIL, 2003).

A NOB/SUS editada em 1996 promoveu significativo avanço no processo de descentralização da gestão da saúde pública, embora tenha mantido a ênfase na municipalização. Para tanto, redefiniu as competências dos estados e dos municípios objetivando promover e consolidar o pleno exercício por parte do poder público municipal da função de gestor da atenção à saúde de seus munícipes. Essa NOB também aumentou o número de municípios aptos a receber recursos em seus Fundos Municipais de Saúde diretamente do Fundo Nacional de Saúde. Promoveu ainda uma maior valorização das Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite, fortalecendo assim, a gestão compartilhada entre os gestores da saúde nos três níveis de governo (BRASIL, 2003). Finalmente, outro importante avanço dessa Norma Operacional foi a instituição da Programação Pactuada Integrada (PPI), que se constitui em estratégias de melhoria de acesso dos usuários aos serviços de saúde. Assim, a PPI é um

²⁰ Em relação à inovação da instituição dessas novas arenas de debate e articulação política, Viana (et al, 2002) argumentam que as Normas Operacionais Básicas criaram muito mais que mecanismos de indução. Nestes termos, para as autoras “as NOBs não expressam meramente estratégias indutivas ou constrangedoras da descentralização; ao contrário, configuram outros espaços de negociação e de pactuação de interesses na área da saúde, originando novos ordenamentos, além da emergência e do fortalecimento de novos atores, através da incorporação de inúmeros centros de poder na arena decisória da política (VIANA, et al, 2002, p. 499).

instrumento que propõe reorganizar “o modelo de atenção e da gestão do SUS, a alocação dos recursos e a explicitação do pacto criado entre as três esferas de governo. Traduz as responsabilidades de cada município com a garantia de acesso da população aos serviços de saúde” (BRASIL, 1997a, p. 18).

Cabe destacar que é consenso entre alguns autores, entre eles Arretche, (2000), Souza (2004), Duarte (et al, 2015), Viana (et al, 2002) e Dourado e Elias (2011) que essa estratégia descentralizadora de municipalizar a gestão da política de saúde rendeu alguns avanços importantes para a área. Assim, houve ampliação do acesso da população a serviços básicos de saúde; expandiu-se sobremaneira por todo o território nacional – em especial na esfera municipal – a participação popular fazendo surgir novas arenas de negociação política – Conselhos de Saúde, Comissões Intergestores, Programação Pactuada Integrada –, além de novos atores na área da saúde pública; abriu-se a possibilidade de aprimoramento da capacidade gestora em saúde de um sem número de municípios, estimulando neles novas competências e capacidades política, administrativa e institucional.

Apesar dessas muitas conquistas, a descentralização por meio da municipalização não conseguiu transpor todos os problemas existentes nos municípios brasileiros, impondo dificuldades impeditivas para a obtenção de novos avanços. Neste contexto, a política de saúde apresentou muitos dos mesmos problemas dos quais já haviam advertido Abrucio (2005) e Arretche (2000)²¹, quando esses autores discutiram o processo de descentralização das políticas sociais em geral. Assim, a ausência de uma cultura político-participativa no âmbito local; a persistência das graves desigualdades econômicas, sociais e de capacidade administrativa entre os municípios; a persistência de práticas não-cooperativas entre os entes federados; o predomínio do grande número de municípios muito pequenos fizeram com que a descentralização esbarrasse em barreiras que limitaram seus avanços.

Em síntese, a descentralização, na década de 1990, não favoreceu processos de coordenação intergovernamentais para gerar uma racionalidade sistêmica e cooperativa da divisão territorial do trabalho em saúde. Pelo contrário, ajudou a aprofundar as desigualdades territoriais concentrando recursos, equipamentos e fluxos assistenciais nos municípios e estados já concentradores de outras variáveis do desenvolvimento econômico. A descentralização acabou incentivando a competitividade entre os entes federados pela atratividade de recursos públicos e privados no sistema de saúde, prejudicando o estabelecimento de relações intergovernamentais mais cooperativas e coordenadas no âmbito da assistência à saúde (ALBUQUERQUE, 2013, p. 135-136).

²¹ A argumentação desses autores acerca desse assunto foi apresentada na subseção 2.2 do presente capítulo.

Além dessas dificuldades apresentadas, Viana (et al, 2002) e Dourado e Elias (2011) ressaltam outro entrave ocorrido diretamente no âmbito da política de saúde, que diz respeito às atribuições e competências entre os níveis de governos. Nestes termos, os autores argumentam que a relação direta entre União e municípios fragilizou o papel dos estados no processo de descentralização e por consequência a relação deles com os municípios, prejudicando assim definições de responsabilidades e de comando sobre alguns serviços e ações em saúde. Assim, continuam os autores, mesmo com a instituição das Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e das Programações Pactuadas Integradas (PPI) a fragilidade do papel do estado persistiu uma vez que essas iniciativas se mantiveram muito vinculadas à perspectiva da municipalização, desconsiderando quaisquer possibilidades de regionalização. Nesse contexto, para Lima (et al, 2012, p. 838) “sem a face da regionalização, a descentralização acoplou-se ao desenho federativo brasileiro, desconsiderando o papel das esferas estaduais de governo e acentuando as atribuições dos municípios na provisão dos serviços.”

Esses fatores – avanços e entraves – ocorridos nesse processo de descentralização municipalista da política de saúde nos anos de 1990, foram cruciais para que se percebesse a necessidade de se promover uma inflexão no processo de descentralização dessa política social. Assim, sem desconsiderar os inúmeros avanços trazidos pela municipalização e ao mesmo tempo buscando superar as dificuldades e os entraves então apresentados é que, a partir dos anos 2000, a regionalização apareceu como uma nova estratégia balizadora do processo de descentralização da gestão da saúde pública. “A complexidade dessa estratégia exigiu a definição de novos instrumentos e conceitos de planejamento e gestão, que aumentaram a densidade normativa, informacional, técnica e política do processo de regionalização do SUS” (ALBUQUERQUE, 2013, p. 136).

Nestes termos a regionalização no âmbito da política de saúde será a temática abordada na próxima subseção.

2.3.2 – Regionalização da política de saúde: diretrizes nacionais

Como visto na subseção anterior, a regionalização da política de saúde já estava prevista desde 1988 no artigo 198 da Constituição Federal e foi reiterada em 1990 na Lei Orgânica da Saúde 8080/90. Entretanto, durante toda a primeira década de implantação do SUS, priorizou-se uma descentralização político-administrativa da saúde pública fortemente vinculada à municipalização em detrimento da regionalização. Embora tenha conseguido muitos avanços,

a estrutura municipalizada não foi capaz de oferecer as condições para a plena realização dos objetivos do sistema nacional de saúde no ambiente de extrema heterogeneidade que caracteriza a federação brasileira. Identificava-se a necessidade de racionalização do sistema para equacionar a fragmentação na provisão dos serviços e as disparidades de escala e capacidade produtiva existentes entre os municípios, sob o risco de perda de eficiência e, conseqüentemente, de piores resultados. O reconhecimento dessa situação levou ao caminho da regionalização no início da década de 2000 [...] (DOURADO e ELIAS, 2011, p. 207).

Neste contexto, buscando aprimorar o processo de descentralização na área da saúde que vinha se desenvolvendo desde a década de 1990, em 2001 foi publicada a primeira Norma Operacional Assistencial da Saúde (NOAS/SUS/2001²²). Essa Norma Operacional reconhece a regionalização como uma diretriz fundamental para a consolidação dos princípios do Sistema Único de Saúde – Universalidade, Equidade no acesso e Integralidade da atenção – e estabelece estratégias de planejamento para a constituição de redes regionais de saúde. Deste modo, a regionalização enquanto um princípio organizacional do SUS está proposta na NOAS/SUS/2001 como uma macroestratégia que busca imprimir uma maior equidade e racionalidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção. Nessa perspectiva, a regionalização preconizada pela NOAS/SUS objetiva

contemplar uma lógica de planejamento integrado de maneira a conformar sistemas funcionais de saúde, ou seja, redes articuladas e cooperativas de atenção, referidas a territórios delimitados e a populações definidas, dotadas de mecanismos de comunicação e fluxos de inter-relacionamento que garantam o acesso dos usuários às ações e serviços de níveis de complexidade necessários para a resolução de seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis (BRASIL, 2001, p. 15).

Para se atingir esses objetivos, essa Norma Operacional propõe três conjuntos de estratégias que, articuladas entre si, contribuiriam para o processo de regionalização na saúde como forma de promover a descentralização. Neste contexto as estratégias traçadas foram: 1) o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS através da instrumentalização dos gestores estaduais e municipais para o desenvolvimento de funções como planejamento, regulação,

²² Segundo Brasil (2006b, p. 12-13), “a necessidade de revisão de alguns pontos da NOAS/SUS/2001 levou o Ministério da Saúde a editar [em 2002] a NOAS/SUS/2002 que, em termos gerais, não alterou as diretrizes preconizadas pela NOAS/SUS/2001”. Ou seja, essa NOAS assegurou a manutenção de todas as diretrizes organizativas definidas pela NOAS/SUS/2001. Nestes termos, não considere necessário abordar, nesta Tese, o conteúdo específico da NOAS/SUS/2002, uma vez que esta, em nada inovou e/ou cerceou o processo de regionalização que à época se encontrava em andamento.

controle e avaliação; 2) elaboração do Plano Diretor de Regionalização da saúde; 3) estabelecimento de novos critérios do processo de descentralização, alinhando-os com a perspectiva da regionalização (BRASIL, 2001).

Desse modo, o fortalecimento da capacidade gestora dos estados e dos municípios, bem como a vinculação dos novos critérios descentralizadores à ideia da regionalização traduziram-se na elaboração do Plano Diretor de Regionalização (PDR) da saúde. Isso porque, o PDR é o instrumento de gestão criado para planejar as ações e serviços de saúde pública em uma perspectiva regional e de acordo com as necessidades particulares de cada uma das unidades estaduais da federação. A criação do PDR é de responsabilidade da Secretaria Estadual de Saúde, que deve coordenar todo o processo de elaboração contando com a participação dos municípios localizados na área de abrangência de cada estado. Além disso, o PDR deve ser elaborado em consonância com o Plano Estadual de Saúde e deve ser aprovado pela Comissão Intergestores Bipartite e pelo Conselho Estadual de Saúde (BRASIL, 2001).

Observa-se que o desenho da estrutura desse modelo de gestão regionalizado proposto pela NOAS/SUS/2001 atribui aos estados a competência de articular e coordenar a regionalização, fortalecendo assim a importância do papel daqueles no processo. Para Dourado e Elias (2011, p. 209) “a intenção geral dessa nova proposta [foi] reduzir o protagonismo do Ministério da Saúde na relação direta com os municípios em prol de uma maior participação dos estados”. Isso possibilitou o fortalecimento das relações entre os estados e os municípios, definindo mais claramente as responsabilidades de comando de cada um deles em relação aos serviços e ações no âmbito da gestão da política de saúde.

Embora a NOAS/SUS/2001 tenha promovido uma importante inflexão no processo de descentralização da política de saúde, ela não passou ilesa a alguns obstáculos. Assim, dependendo de uma relação cooperativa entre os entes federados municípios-estados e municípios-municípios, a regionalização esbarrou em disputas entre estes entes pelo domínio de recursos e administração de serviços. Além disso, as novas competências atribuídas aos estados, sobretudo, a responsabilidade pela coordenação do processo de planejar e coordenar as novas regiões de saúde, gerou fortes resistências por parte dos municípios que temiam um retrocesso que os levasse ao antigo sistema centralizado em vigor antes dos anos 1990 (DOURADO e ELIAS, 2011; LIMA et al, 2012).

Os avanços e desafios vivenciados no processo de implantação da regionalização, tal qual foi preconizado pela NOAS/SUS e a convicção de que, apesar dos obstáculos, a

regionalização era o caminho mais promissor para a efetivação do Sistema Único de Saúde levaram os governos federal, estaduais e municipais a assinar um Pacto pela saúde.

Publicado em 2006, o Pacto pela saúde com suas três dimensões: 1) Pacto pela vida, 2) Pacto em defesa do SUS, e 3) Pacto de gestão, é o resultado de um esforço coletivo que envolveu técnicos e diretores do Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) (BRASIL, 2006a). Trata-se de um conjunto de mudanças para a execução do SUS, as quais são pactuadas entre as três esferas de governo e visam melhorar a eficiência e a qualidade da saúde pública brasileira de acordo com as necessidades apresentadas pela população. Ao mesmo tempo, o Pacto pela saúde redefine as responsabilidades da União, dos estados e dos municípios no que concerne ao alcance dessas melhorias (BRASIL, 2006a; CEAP, 2009).

Vale destacar que todas as dimensões do Pacto pela saúde possuem diretrizes, objetivos e ações que para serem desenvolvidas e alcançadas dependem do trabalho conjunto e articulado dos gestores da saúde localizados nos três níveis de governo. Assim, o Pacto instituiu um sistema de gestão, no qual União, estados e municípios deveriam atuar de forma corresponsável na condução da política de saúde.

Para viabilizar essa cogestão cooperativa, o Pacto pela saúde, avançou em relação à NOAS/SUS, restringindo ainda mais os poderes da União e concedendo aos entes subnacionais – que mantiveram relações interfederativas marcadas por muita disputa e total falta de cooperação durante a implantação da NOAS/SUS – uma maior liberdade de gestão regional de modo a estimulá-los a praticar o exercício da negociação política em nome do bem coletivo (DOURADO e ELIAS, 2011). Neste contexto,

o Pacto pela saúde enfatizou a importância da condução e adaptação estadual da regionalização, restringindo as determinações federais nesse processo, atualizou os instrumentos de planejamento da NOAS/SUS (PDR, PDI e PPI) e ampliou a visão da regionalização para além da assistência à saúde [...]. Propôs-se ainda, o fortalecimento da cogestão por meio da implantação de instâncias colegiadas em regiões de saúde definidas nos PDR: os Colegiados de Gestão Regional (CGR). Formados por representação da Secretaria de Estado de Saúde (nível central ou das estruturas regionais do estado) e pelos secretários municipais de saúde em cada região, os CGR representam a criação de um canal permanente de negociação e decisão intergovernamental no plano regional. Em síntese, o Pacto pela saúde representou uma inflexão nas relações federativas por enfatizar a necessidade de articulação de ações e cooperação intergovernamental na política de saúde de forma ampla, com valorização das esferas estaduais e municipais e criação de novas instâncias regionais (LIMA, et al, 2012, p. 840-841).

Diferentemente da NOAS/SUS que investiu esforços em promover uma regionalização ‘de cima para baixo’ (DOURADO e ELIAS, 2011), na qual a União e os municípios desempenharam competências e papéis de protagonismo, enquanto os estados eram coadjuvantes no processo, o Pacto pela saúde inaugura uma regionalização em que os principais atores envolvidos são os estados e os municípios. Neste contexto, a regionalização fica submetida a um planejamento regional moldado e adaptado às necessidades de saúde de cada estado da federação e, sobretudo, de cada região dentro desses estados. Esse planejamento deve possuir flexibilidade suficiente para respeitar as diferenças entre cada região. de modo a elaborar suas estratégias de acordo com as especificidades loco-regionais.

Assim, a necessidade de qualificar e fortalecer a descentralização da política de saúde, contanto com um maior senso de cooperação nas relações entre estados e municípios e sobretudo, entre os próprios municípios, o Pacto pela saúde, entre outras diretrizes, adotou a “regionalização solidária e cooperativa como eixo estruturante do processo de descentralização” (BRASIL, 2006a, p. 3).

A regionalização na perspectiva da solidariedade e do cooperativismo tem como objetivos: 1) garantir acesso, resolutividade e qualidade às ações e serviços de saúde disponibilizando-os em regiões que transcendam os limites locais e regionais; 2) ampliar o conceito de cuidado à saúde, reordenando todo o processo assistencial à saúde de modo a garantir a integralidade no atendimento; 3) fortalecer o papel dos estados e municípios para que exerçam amplamente suas funções gestoras, potencializando assim a descentralização regionalizada; 4) racionalizar gastos e otimizar a aplicação dos recursos, possibilitando ganhos de escala nas ações e serviços de saúde de abrangência regional (BRASIL, 2006b).

O Pacto pela saúde estabelece que as estratégias técnicas e políticas de planejamento adotadas pelos gestores para se alcançar esses objetivos devem ser elaboradas à luz de alguns pressupostos, cujas definições conceituais são especialmente elaboradas para esse contexto de regionalização solidária e cooperativa.

Um desses pressupostos é o de região de saúde, que para o Pacto é assim definido:

Regiões de Saúde são recortes territoriais inseridos em espaços geográficos contínuos. Identificá-los é responsabilidade dos gestores municipais e estaduais, tendo como base a existência de identidades culturais, econômicas e sociais, assim como de redes nas áreas de comunicação, infraestrutura, transportes e saúde. Nessas regiões, as ações e serviços devem ser organizados com o objetivo de atender às demandas das populações dos municípios a elas vinculados, garantindo o acesso, a equidade e a integralidade do cuidado com a saúde local. Para tanto, deve estar garantido o desenvolvimento da atenção básica da assistência e parte da média complexidade, assim como as ações

básicas de vigilância em saúde. As Regiões de Saúde podem assumir diferentes desenhos, desde que adequados às diversidades locais, mesmo que não acompanhando as divisões administrativas regionais já utilizadas por alguns estados na organização de seus trabalhos. A delimitação das Regiões de Saúde não pode ser vista, portanto, como um processo meramente administrativo. Para que seja eficaz e efetiva, deve levar em conta todos os fatores envolvidos, viabilizando dessa forma o desenvolvimento de uma ‘regionalização viva’. (BRASIL, 2006b, p. 23).

Nota-se que a definição de região de saúde posta pelo Pacto pela saúde vai além do mero recorte geográfico. Há nela um conteúdo político (LIMA et al, 2011), uma vez que seu desenho deve ser elaborado de modo a transcender o aspecto administrativo e romper com a visão limitada às questões de saúde, considerando assim outros elementos como os culturais, os econômicos, os sociais, os de infraestrutura, etc. Ou seja, é uma definição que abarca não só a saúde em si, mas também os seus determinantes sociais expressos na lei 8080/90²³. Para Albuquerque (2013), essa perspectiva ampliada de saúde passa a ser um importante critério para a formatação da regionalização. Assim, para a autora, “pode-se afirmar que o Pacto pela saúde inicia uma nova fase da regionalização – a ‘regionalização viva’ – ao procurar trazer os conteúdos do território para dentro da lógica do sistema de saúde, buscando maior coerência na sua organização” (ALBUQUERQUE, 2013, p. 106).

A sustentação dessa visão ampliada do que vem a ser uma região de saúde exigiu do Pacto estabelecer outros pressupostos: o de territorialização, o de flexibilidade, o de cooperação e o de cogestão.

Nessa perspectiva a **territorialização** consiste no reconhecimento, na apropriação e sobretudo, no tipo de relação estabelecido por parte da população e dos gestores locais com os elementos que compõem o território (BRASIL, 2006b). Cabe destacar que o território não é constituído apenas por seus elementos geográficos e sim pelos equipamentos sociais, sejam eles públicos como os de saúde, de educação e de assistência social, ou de outra natureza como as igrejas, as associações comunitárias, as famílias, as organizações não governamentais, etc. Além desses elementos, o território é composto também, “pelas dinâmicas das redes de transporte e de comunicação, pelos fluxos assistenciais seguidos pela população [...] e por outros dados que se mostrem relevantes para a intervenção no processo saúde/doença, como o próprio contexto histórico e cultural da região” (BRASIL, 2006b, p. 16).

²³ O artigo 3º da lei orgânica da saúde (8080/90) afirma que “a saúde tem como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais” (MINAS GERAIS, 2013, p. 641).

O reconhecimento dessa particularidade característica de cada território, bem como o respeito às diversidades regionais típicas do Brasil exige que haja uma **flexibilidade** no momento de delimitar uma região de saúde. Isso porque, “a heterogeneidade territorial brasileira revela-se de muitas formas: nas especificidades estaduais e municipais, nas dinâmicas regionais distintas e mesmo nas distribuições desiguais dos serviços de saúde” (BRASIL, 2006b, p. 16). Nestes termos, considerando os pressupostos da territorialização e da flexibilidade, as regiões de saúde “podem ser formadas dentro de um único município ou por diversas municipalidades e, ainda, por municípios de mais de um país, desde que situados em regiões de fronteiras” (BRASIL, 2006b, p. 16). Assim, o Pacto pela saúde prevê quatro desenhos distintos de Regiões de saúde, sendo os intramunicipais, os intraestaduais, os interestaduais e os fronteiriços (BRASIL, 2006b).

Cabe destacar que a complexidade e ao mesmo tempo a particularidade da conformação de cada região de saúde fez com que o Pacto pela saúde estabelecesse também os pressupostos de cooperação e de cogestão para viabilizar a gestão nessas regiões na perspectiva da regionalização viva, solidária e cooperativa. Assim, a **cooperação** – entre os gestores, as equipes técnicas e as esferas de governo – é um pressuposto que leva em consideração a coordenação de ações governamentais para a busca de soluções solidárias para as dificuldades apresentadas em cada território (BRASIL, 2006b). Isso, por sua vez, exige a prática de uma **cogestão** por parte dos gestores de uma dada região, no sentido de desenvolverem coletivamente esforços políticos, técnicos, de planejamento e de pactuação. Essa cogestão tem como instrumentos norteadores de planejamento o Plano Diretor de Regionalização (PDR), o Plano Diretor de Investimento (PDI) e a Programação Pactuada Integrada (PPI) – todos eles mantidos²⁴ e aprimorados pelo Pacto pela saúde por meio de Portarias Ministeriais e realização de oficinas em diversas regiões dos estados brasileiros (ALBUQUERQUE, 2013). Além desses instrumentos operacionais, o Pacto “engendrou uma forma colegiada de resolução de problemas no plano regional, o que se configurou como avanço real em relação às Normas Operacionais de Assistência à Saúde” (DUARTE, et al, 2015, p. 482). Trata-se dos Colegiados de Gestão Regional (CGR), cuja criação é obrigatória em cada região de saúde existente. Os CGR são instâncias de negociações intergovernamentais que operam como espaços permanentes de pactuação e cogestão solidária, semelhantes às Comissões Intergestores Bipartite (CIB). Eles

²⁴ Como já apresentado anteriormente, a Programação Pactuada Integrada (PPI) foi instituída pela NOB/SUS/96. Já o Plano Diretor de Regionalização e o Plano Diretor de Investimento foram criados pela NOAS/SUS/01.

são compostos por todos os gestores municipais de saúde dos municípios que integram uma dada Região de saúde e por representantes dos gestores do estado (BRASIL, 2006b).

Os desenhos e as formas de organização dos CGR devem espelhar as diversas possibilidades de conformação das Regiões de saúde: portanto, deve envolver representações dos Distritos de Saúde nos casos das Regiões de saúde intramunicipais e dos municípios envolvidos, nos casos das Regiões de saúde intraestaduais, interestaduais ou fronteiriças (BRASIL, 2006b, p. 35).

Cabe destacar que os CGR deram uma impulsionada no aspecto político da regionalização ao horizontalizarem as relações “entre os governos municipais e o emprego dos processos decisórios compartilhados para a definição das políticas de saúde de abrangência regional” (DOURADO e ELIAS, 2011, p. 209). Apesar desse avanço político Albuquerque (2013, p. 112) chama a atenção para o fato de que persistiu “uma ‘desarticulação entre os processos de planejamento e de pactuação intergovernamental’, pois o Pacto pela saúde não trouxe mudanças nos instrumentos de planejamento regional do SUS, ao contrário, tais instrumentos e recursos foram pouco valorizados no documento”.

Desse modo, ao não valorizar os instrumentos de planejamento, não houve um avanço técnico na mesma magnitude do avanço político. O desnivelamento entre esses dois avanços – técnico e político – no processo de regionalização da política de saúde, somado “a emergência, a partir de 2007, de políticas voltadas para a estruturação de redes temáticas de atenção à saúde demandaram mudanças importantes nas normas estabelecidas, resultando na nova fase da *regionalização contratualizada*” (ALBUQUERQUE, 2013, p. 114). Essa nova fase tem como principal marco jurídico regulatório o Decreto Federal n.º 7508/2011.

O Decreto 7508/11 regulamenta a Lei Orgânica da Saúde (8080/90) dispondo sobre quatro pontos cruciais dessa política pública: 1) a organização do Sistema Único de Saúde, 2) o planejamento da saúde, 3) a assistência à saúde e 4) a articulação interfederativa.

No que diz respeito à organização do SUS, conforme já preconizado pela Lei 8080/90, ele conforma-se pela articulação de ações e serviços de saúde, que abarcam dimensões de promoção, de proteção e de recuperação da saúde. Essas ações e serviços são executadas conjuntamente pelos três níveis de governo e devem ser organizadas de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente²⁵. Visando melhor organizar a distribuição das ações e serviços de saúde e conseqüentemente melhor o acesso do usuário a eles, o Decreto 7508/11 busca aprimorar a noção de Região de saúde posta pelo Pacto pela saúde. Assim, para

²⁵ Cf. Artigo 8º da Lei 8080/90 (MINAS GERAIS, 2013).

efeitos do Decreto, as Regiões de saúde – elementos centrais no processo de regionalização – são consideradas como

espaços geográficos contínuos constituídos por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitados a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011e²⁶).

Elas devem ser instituídas pelos estados em articulação com os municípios, respeitando as diretrizes gerais pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite (CIT)²⁷. Nestes termos, observa-se que o Decreto reitera preceitos do Pacto pela saúde quando mantém a região de saúde em um formato que transcende a geografia e abarca aspectos culturais, econômicos, sociais e de infraestrutura. Além disso, mantém também o município e o estado como protagonistas no processo de delimitação de uma Região de saúde, sendo responsabilidade deles definir a abrangência geográfica de cada Região, quais os serviços e ações de saúde serão ofertados, qual a população usuária e quais os critérios de acessibilidade da população usuária aos serviços e ações oferecidos²⁸. Embora tendo alguns pontos em comum, a definição de Região de saúde posta pelo Decreto 7508/11 supera aquela preconizada pelo Pacto pela saúde, uma vez que o novo documento acrescenta, em seu Artigo 5º, que “para ser instituída, a Região de saúde deve conter, no mínimo, ações e serviços de: I) atenção primária; II) urgência e emergência; III) atenção psicossocial; IV) atenção ambulatorial especializada e hospitalar e V) vigilância em saúde”. O conjunto dessas ações e serviços ofertados de forma hierarquizada e articulada em níveis de complexidade crescente constituem-se nas Redes de atenção à saúde²⁹. Assim, essas Redes assumem um papel de destaque na organização do Sistema Único de Saúde, uma vez que o Decreto 7508/11 estabelece uma forte relação entre a regionalização e à estruturação das Redes de Atenção à Saúde no território (ALBUQUERQUE, 2013).

Cabe destacar que as Redes de saúde vêm acompanhando o processo de descentralização da política de saúde desde o início dos anos 2000 quando a ideia de regionalização e a conformação de Redes de saúde entraram para a agenda governamental (ALBUQUERQUE e VIANA, 2015). Segundo o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), o movimento de desenvolvimento e implantação das Redes de Atenção à Saúde no

²⁶ Cf. Artigo 2º, Inciso I do Decreto 7508/11 (BRASIL, 2011e).

²⁷ Cf. Artigo 4º, § 1º do Decreto 7508/11 (BRASIL, 2011e).

²⁸ Cf. Artigo 7º do Decreto 7508/11 (BRASIL, 2011e).

²⁹ Cf. Artigo 4º, Inciso VI do Decreto 7508/11 (BRASIL, 2011e). Cabe destacar que as Redes de Atenção à Saúde têm suas diretrizes de organização estabelecidas pela Portaria Ministerial n.º 4279, de 30 de dezembro de 2010.

Sistema Único de Saúde pode ser dividido em quatro momentos distintos. Assim, o primeiro momento iniciou-se por volta do ano de 2004 com o surgimento da ideia e construção da proposta de Redes de Saúde. O segundo momento foi marcado pela disseminação da proposta concebida, objetivando que estados e municípios tivessem uma melhor compreensão do conceito de Redes de Atenção à Saúde, possibilitando assim um avanço teórico-metodológico sobre o tema. O terceiro momento foi a institucionalização das Redes por meio da Portaria Ministerial 4279/2010, que estabeleceu diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. O quarto e último momento é o atual e diz respeito à implantação das Redes de Atenção. Essa implantação vem sendo desenvolvida por todo o país a partir de cinco Redes de saúde temática priorizadas pelo Ministério da Saúde. Dentre elas, estão: Rede Cegonha³⁰, Rede de Urgência e Emergência (RUE)³¹, Rede de Atenção Psicossocial para as pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas (Raps)³², Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiências³³ e Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas³⁴ (BRASIL, 2015a).

O planejamento do SUS é posto pelo Decreto 7508/11 como obrigatório para os três entes da federação e deve ser elaborado de forma ascendente e integrada – do nível local até o federal – levando-se em conta as necessidades de saúde da população e o parecer dos Conselhos de Saúde (municipal, estadual e nacional)³⁵. Elaborada à luz do Decreto 7508/11, a Portaria Ministerial n.º 2135/2013 estabelece as diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do SUS e, para tanto, institui três instrumentos básicos: o Plano de Saúde, a Programação Anual de Saúde (PAS) e o Relatório de Gestão³⁶.

³⁰ Instituída no âmbito do SUS pela Portaria Nº 1.459, de 24 de junho de 2011 (BRASIL, 2011d).

³¹ Instituída pela Portaria n.º 1.600, de 07 de julho de 2011 (BRASIL, 2011f).

³² Instituída pela Portaria n.º 3.088, de 23 de dezembro de 2011 (BRASIL, 2011b).

³³ Instituída pela Portaria n.º 793, de 24 de abril de 2012 (BRASIL, 2012a).

³⁴ A Portaria n.º 483 de 1º de abril de 2014 redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado (BRASIL, 2014a).

³⁵ Cf. Artigo 15 do Decreto 7508/11 (BRASIL, 2011e).

³⁶ A Portaria 2135/2013 assim define cada um desses instrumentos de planejamento: “**Art. 3º O Plano de Saúde**, instrumento central de planejamento para definição e implementação de todas as iniciativas no âmbito da saúde de cada esfera da gestão do SUS para o período de quatro anos, explicita os compromissos do governo para o setor saúde e reflete, a partir da análise situacional, as necessidades de saúde da população e as peculiaridades próprias de cada esfera. § 1º O Plano de Saúde configura-se como base para a execução, o acompanhamento, a avaliação da gestão do sistema de saúde e contempla todas as áreas da atenção à saúde, de modo a garantir a integralidade dessa atenção. [...] **Art. 4º A Programação Anual de Saúde (PAS)** é o instrumento que operacionaliza as intenções expressas no Plano de Saúde e tem por objetivo anualizar as metas do Plano de Saúde e prever a alocação dos recursos orçamentários a serem executados. [...] **Art. 6º O Relatório de Gestão** é o instrumento de gestão com elaboração anual que permite ao gestor apresentar os resultados alcançados com a execução da PAS e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários no Plano de Saúde. § 1º O Relatório de Gestão contemplará os seguintes itens: I - as diretrizes, objetivos e indicadores do Plano de Saúde; II - as metas da PAS previstas e executadas; III - a análise da execução orçamentária; e IV - as recomendações necessárias, incluindo eventuais redirecionamentos do Plano de Saúde” (BRASIL, 2013c).

Visando imprimir uma maior coesão interfederativa entre União, estados e municípios no sistema de planejamento, o Decreto 7508/11 introduz a ideia de Mapa de Saúde, o qual é entendido como “descrição geográfica da distribuição de recursos humanos e de ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada, considerando-se a capacidade instalada existente, os investimentos e o desempenho aferido a partir dos indicadores de saúde do sistema.³⁷” Nestes termos, o Mapa de saúde busca identificar as necessidades da população e orientar o planejamento integrado dos entes federados. Albuquerque (2013, p. 127) considera que o Mapa proposto pelo Decreto 7508/11

constitui-se instrumento imprescindível para o planejamento regional, integrando espacialmente um conjunto de informações estratégicas sobre a conformação do sistema de saúde e outras necessárias à compreensão das realidades locais. O Mapa deverá facilitar a sistematização, a consulta e a análise integrada dos dados mapeados por município, região de saúde, estados e macrorregiões brasileiras.

No que diz respeito à assistência à saúde, ela se fundamenta no princípio da integralidade, devendo se iniciar e se completar no âmbito da Rede de atenção à saúde, a qual o usuário está referenciado. Ou seja, o usuário deverá encontrar, nos limites de uma Rede de Atenção à Saúde, respostas condizentes com quaisquer de suas necessidades de saúde. Desse modo, buscando atingir a integralidade na assistência à saúde, o Decreto 7508/11 cria a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) e aprimora a já então existente Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME). Um desdobramento direto do Decreto 7508/11, foi a instituição, pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT), de resoluções que dispõem sobre as diretrizes nacionais para a elaboração daquelas duas Relações. Assim, “a RENAME compreende a seleção e a padronização de medicamentos indicados para atendimento de doenças ou de agravos no âmbito do SUS” (BRASIL, 2012b). Já “a RENASES é o conjunto de ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde oferecidos pelo SUS à população para atender à integralidade da assistência à saúde” (BRASIL, 2012c). Assim, a RENAME e a RENASES, juntas compõem um conjunto de ações, serviços e medicamentos disponibilizados pelo SUS, de forma a completar um arsenal assistencial capaz de oferecer cobertura de cuidado nos diversos níveis: de atenção primária; de urgência e emergência; de atenção psicossocial; de vigilância em saúde; e de atenção ambulatorial e hospitalar.

Como apresentado até agora neste capítulo, desde os anos 1990, quando o foco da descentralização da política de saúde era a municipalização, passando pelos anos 2000 com a

³⁷ Cf. Artigo 2º, inciso V do Decreto 7508/11 (BRASIL, 2011e).

edição das NOAS e do Pacto pela saúde – ambos voltados para a regionalização – o processo de descentralização enfrentou diversos obstáculos. Entre eles, um se fez presente durante todo esse período histórico: a ausência de cooperação entre os entes federativos e sua consequente desarticulação e disputas entre os diferentes gestores envolvidos no processo. Reconhecendo a persistência desse obstáculo na gestão da política pública de saúde e buscando superá-lo por meio do fortalecimento dos vínculos entre os três entes federados e entre estes e as Regiões de saúde, o Decreto 7508/11 dedicou o seu Capítulo V, exclusivamente para tratar da “Articulação Interfederativa”. Nesses termos, redefiniu os papéis das Comissões Intergestores – previstas em documentos anteriores – e instituiu o Contrato Organizado da Ação Pública de Saúde (COAPS).

Entre as Comissões Intergestores cabe destacar que foram criadas as Comissões Intergestores Regionais (CIR), que são, na verdade, uma versão mais atualizada dos Colegiados de Gestão Regional (instituídos pelo Pacto pela saúde). Elas são espaços regionalizados permanentes para que estados e municípios possam se encontrar para negociar e tomar decisões acerca da constituição e do funcionamento em nível regional das ações e serviços de saúde integrados na Rede de atenção à saúde. Neste contexto, as CIRs configuram-se como um recurso fundamental para a ocorrência, o monitoramento e a avaliação do planejamento regional elaborado no âmbito da Região de saúde³⁸.

Em relação ao Contrato Organizado da Ação Pública de Saúde (COAPS), Albuquerque (2013) argumenta que ele foi a principal inovação do Decreto 7508/11. Para essa autora, o COAPS é um instrumento jurídico de gestão fundamental para firmar institucionalmente os acordos feitos pelos três entes federados. Assim, baseado em regras e acordos jurídicos “O COAPS estabelece para cada ente signatário, as responsabilidades organizativas, executivas, orçamentárias, financeiras e de monitoramento, avaliação de desempenho e auditoria³⁹” (BRASIL, 2012d).

³⁸ Cf. Artigo 8º da Portaria Ministerial nº 2135/2013 (BRASIL, 2013c).

³⁹ Cf. Artigo 4º da Resolução 03 de 30/0182012 da CIT (BRASIL, 2012d).

3 – A DESCENTRALIZAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE EM MINAS GERAIS

Seguindo a tendência da descentralização da política de saúde adotada em nível nacional, o estado de Minas Gerais também passou por dois momentos distintos: a municipalização na década de 1990 e a regionalização a partir dos anos 2000. Entretanto, antes de discorrer sobre esse processo de descentralização propriamente dito, faz-se necessário apresentar algumas características particulares desse estado, as quais tiveram forte influência tanto na municipalização, quanto na regionalização da saúde no território mineiro.

Nestes termos, localizado na Região Sudeste do país, Minas Gerais é o quarto maior estado da federação, possuindo uma enorme extensão territorial com 586.521.235 Km² e é o segundo Estado mais populoso do país, cuja população total estimada para o ano de 2016 foi de 20.997.560 habitantes (IBGE, 2016). Para efeitos de planejamento e gestão, o estado está dividido em dez regiões (FIGURA 01).

FIGURA 01

Regiões para fins de planejamento de Minas Gerais



Fonte: Fundação João Pinheiro (2011, p. 14)⁴⁰

As Regiões mineiras guardam características bastante divergentes entre si, tanto nos aspectos socioeconômicos quanto nos demográficos. Neste contexto, em um estudo

⁴⁰ Disponível em: <http://www.fjp.mg.gov.br/index.php/docman/cei/perfil-de-minas-gerais/127-perfil-de-minas-gerais-2011-portugues-ingles/file> Acesso em 23/01/2017.

comparativo entre essas dez Regiões de planejamento e gestão de Minas Gerais, cuja base de dados foi alguns indicadores demográficos, econômicos e sociais apresentados entre os anos de 1991 e 2000, Scavazza (2003) explicita as enormes desigualdades regionais existentes no estado (TABELA 01).

TABELA 01
Síntese de indicadores sociais, econômicos e demográficos de Minas Gerais no período de 1991-2000

Região	População (1991)	População 2000	Média densidade demográfica (1991/2000) hab./Km ²	PIB total R\$ 1.000,00 (1999)	PIB por habitante R\$ 1,00 (1999)	Arrecadação tributária total (2000)
Central	5.261.469	6.278.865	71,61	39.471.814	6.408,49	6.640.752.482,62
Mata	1.847.158	2.030.856	54,09	7.325.997	3.646,10	459.960.810,08
Sul de Minas	2.082.001	2.384.851	42,06	11.146.369	4.744,63	809.317.232,11
Triângulo	1.081.901	1.280.022	21,91	6.905.153	5.494,50	983.592.610,48
Alto Paranaíba	513.747	589.864	14,94	3.060.434	5.268,26	138.243.399,36
Centro Oeste	859.421	987.765	29,2	4.272.684	4.392,68	245.750.878,33
Noroeste	305.285	334.509	5,09	1.631.627	4.928,27	46.192.006,07
Norte	1.359.049	1.492.715	11,09	4.095.961	2.773,15	165.559.624,65
Jequitinhonha/Mucuri	971.717	977.779	15,45	1.695.927	1.735,73	48.710.209,16
Rio Doce	1.461.404	1.534.268	35,72	6.905.977	4.526,42	494.123.429,31
Minas Gerais	15.743.152	17.891.494	28,58	86.511.944	4.904,58	10.032.202.682,17

Fonte: Adaptado de Scavazza (2003, p. 03-20).

O estudo da autora mostra que Minas Gerais possuía regiões pobres, pouco povoadas e com baixa arrecadação tributária, ao mesmo tempo que outras regiões apresentavam indicadores sociais, econômicos e demográficos mais favoráveis.

Neste contexto, os dados da Tabela 01 mostram a Região Noroeste com uma densidade populacional (5,09 hab./Km²) quatorze vezes menor que a apresentada pela Região Central (71,61 hab./Km²). Em relação à média estadual de densidade demográfica (28,58 hab./Km²) a Região Noroeste é cinco vezes menor ao mesmo tempo que a Região Central é duas vezes e meia maior.

Essas acentuadas discrepâncias se repetem, em todos os outros indicadores analisados por Scavazza (2003), sobretudo, se a comparação for entre a Região Central e as demais. Essa Região, apesar de, em 2000, apresentar uma população correspondente a cerca de 35% do total de habitantes no estado, ela sozinha era a “responsável por quase metade do PIB total gerado no estado em 1999. Gerava quase metade do PIB industrial do Estado e pouco mais da metade

do PIB de serviços. Possuía o maior PIB por habitante, além de responder por 69,26% da arrecadação de tributos estaduais” (p. 22-23).

Já a Região Centro-Oeste, onde se localiza os municípios da amostra da presente Tese, na década de 1990 ocupava uma posição relativamente mediana em relação às demais regiões pesquisadas pela autora. Assim, em relação ao número de habitantes, a Região Centro-Oeste estava em 8º lugar em 1991 (859.421 hab.) e em 7º no ano 2000 (987.765 hab.). Na média desse interregno, ocupou a 5ª posição em densidade demográfica (29,2 hab./Km²). Apresentou a 6ª colocação em contribuição para o PIB total do estado e o 7º maior PIB por habitante (R\$ 4.392,68). No que diz respeito à arrecadação tributária, ocupou o 5º lugar (R\$ 459.960.810, 08) (SCAVAZZA, 2003).

Em relação ao número de municípios que compõem cada uma das dez Regiões de planejamento, tem-se a seguinte distribuição: Noroeste (19), Alto Paranaíba (31), Triângulo (35), Centro-Oeste de Minas (56), Jequitinhonha/Mucuri (66), Norte de Minas (89), Rio Doce (102), Mata (142), Sul de Minas (155) e Central (158). Assim, juntas elas totalizam 853 municípios o que faz de Minas Gerais o Estado com maior número de cidades da federação (IBGE, 2016).

É importante destacar que, tal qual as Regiões do Estado, os municípios mineiros guardam características bastante divergentes entre si, tanto nos aspectos socioeconômicos quanto nos demográficos. Assim, as cidades menos favorecidas economicamente e geograficamente mais distantes umas das outras se concentram nas regiões Norte, Noroeste, Jequitinhonha/Mucuri e Alto Paranaíba. Ao passo que os municípios com melhor desempenho econômico e com indicadores de desenvolvimento mais altos concentram-se nas regiões Rio Doce, Triângulo, Centro-Oeste, Mata, Sul e Central. Além disso, os municípios dessas regiões mais desenvolvidas, em geral, possuem menor extensão territorial e situam-se geograficamente mais próximos uns dos outros gerando uma maior densidade demográfica no território onde se localizam (MALACHIAS, et al, 2013).

A título de exemplo das enormes diferenças entre as cidades mineiras, o Estado possui Belo Horizonte com 2.513.451 habitantes enquanto Serra da Saudade possui 815 habitantes (IBGE, 2016). Para além desses dois extremos, os municípios de Minas possuem a seguinte distribuição populacional apresentados na Tabela 02:

TABELA 02

Municípios de Minas Gerais classificados por tamanho da população

População por município	Quantidade de municípios	%
-------------------------	--------------------------	---

Mais de 1.000.000 habitantes	01	0,1
Entre 500.000 e 1.000.000 habitantes	03	0,3
Entre 200.000 e 499.999 habitantes	09	1,1
Entre 100.000 e 199.999 habitantes	19	2,2
Entre 50.000 e 99.999 habitantes	38	4,4
Entre 30.000 e 49.999 habitantes	50	5,9
Entre 20.000 e 29.999 habitantes	67	7,9
Entre 15.000 e 19.999 habitantes	68	8,0
Menos que 15.000 habitantes	598	70,1
Total	853	100

Fonte: Criado pelo autor a partir de dados do IBGE (2016).

Nota-se que 598 municípios mineiros, ou seja 70,1% têm menos que 15.000 habitantes e se considerarmos aqueles com menos de 50.000 habitantes o número chega a 783 municípios, ou seja, 92%. Já os que abrigam menos de 20.000 habitantes somam 666 cidades, correspondendo a 78%.

Cabe destacar que, embora os dados apresentados na Tabela 02 sejam os dos dias atuais, eles expressam uma realidade bastante semelhante àquela vivenciada durante os anos 1990 pelo Estado de Minas. Assim, o Censo do IBGE realizado no ano 2000 registrou uma média nacional de municípios com menos de 20.000 habitantes em torno de 73%, ao passo que em Minas Gerais esse percentual ultrapassou os 80%, ficando mais alto não só do que a média nacional, como também do que quaisquer outros estados do Sudeste brasileiro (TABELA 03).

TABELA 03

Unidades da federação e classe de tamanho da população dos municípios no ano 2000

Nacional/Estados	Nº total de municípios Estados/Nacional	Nº de municípios com menos de 20.000 habitantes	%
Brasil	5.561	4.074	73,26
Minas Gerais	853	687	80,53
São Paulo	645	411	63,72
Espírito Santo	78	47	60,25
Rio de Janeiro	92	34	36,95

Fonte: Criado pelo autor a partir de dados do IBGE (2000).

No caso específico dos cinco municípios estudados nesta Tese, vemos na série histórica abaixo (TABELA 04), que no início da década de 1990 eles eram significativamente menores se comparados o número de habitantes que possuíam em 1990 com os que possuem em 2016.

Assim, temos a cidade de Perdígão com uma população, em 1990, 57% menor que a apresentada em 2016, ao passo que São Sebastião do Oeste era 22% menor quando se compara o mesmo interregno. Já os municípios de Conceição do Pará, Divinópolis e São Gonçalo do Pará apresentavam, em 1990, um percentual populacional respectivamente de 29%, 35% e 36% menor que o apresentado em 2016. Além disso, os dados da Tabela 04 mostram uma enorme diferença demográfica quando se compara o município de Divinópolis com os demais.

TABELA 04

Estimativa populacional dos municípios pesquisados – Série histórica 1990/2016

Município/ano	1990	1996	2000	2010	2016
Conceição do Pará	3.899	4.775	4.793	5.162	5.488
Divinópolis	151.4662	171.565	183.962	213.076	232.945
Perdígão	4.546	4.865	5.707	8.912	10.637
São Gonçalo do Pará	7.541	7.874	7.969	10.405	11.823
São Sebastião do Oeste	5.057	4.735	4.648	5.805	6.512

Fonte: Criado pelo autor a partir de dados do IBGE (2016).

Antônio Roque Citadini em seu texto “Municípios inviáveis e controle de déficit público”, publicado em 1998 já afirmava que a participação das administrações municipais é fundamental para que se atingisse o equilíbrio das contas públicas do país como um todo. Para tanto, os municípios deveriam ter capacidade de gerar receitas próprias para garantir sua sobrevivência, deixando assim de serem tão dependentes do repasse de recursos dos estados e da União, como por exemplo, o Fundo de Participação dos Municípios (FPM) e o Imposto Sobre Circulação de Mercadorias (ICMS). Entretanto, continua o autor, o município com baixo número populacional conta com uma restrita população economicamente ativa e um inexpressivo número de contribuintes. Assim, afirmando que a arrecadação tributária depende diretamente da demografia e da economia de uma dada localidade, para o autor, as cidades muito pequenas correm o risco de não conseguirem

produzir atividade econômica suficiente, muitas vezes não gerando receitas sequer para cobrir o custo da estrutura político-administrativa, quanto mais para a prestação de serviços essenciais à população, no campo da educação, saúde, transporte, assistência social e outros serviços públicos que os munícipes esperam do seu governo local. Ficam na dependência de repasses de verbas estaduais e federais (CITADINI, 1988, p. 03).

Mesmo o repasse de algumas recursos financeiros dos Estados e da União para os municípios está atrelado ao contingente populacional de cada município. Assim, o cálculo do

coeficiente do Fundo de Participação dos Municípios (FPM), por exemplo, é feito com base nas populações de cada cidade brasileira, cujo quantitativo é enviado anualmente ao Tribunal de Contas da União pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Sabe-se que isso é determinante para a gestão municipal, gerando grande impacto – positivo ou negativo – no planejamento das políticas públicas em geral, sobretudo, a política de saúde que tem seus recursos financeiros e administrativos definidos a partir do contingente populacional de um determinado espaço territorial.

Neste contexto, as discrepâncias inter-regionais presentes no estado de Minas Gerais desde a década de 1990, aparecem também na dimensão intra-regional. Ou seja, uma Região ao possuir municípios com enormes diferenças demográficas, como é o caso dos cinco municípios pesquisados nesta tese, potencializa-se as chances de esses municípios, ainda que geograficamente fronteiros, apresentarem também discrepâncias sociais e econômicas.

3.1 – A municipalização da política de saúde em Minas Gerais

Como apresentado no capítulo anterior, no início dos anos de 1990, tanto o texto constitucional, quanto as normatizações específicas atribuíram um protagonismo aos municípios no que diz respeito ao processo de descentralização da política de saúde, fazendo desse ente federativo o principal prestador de serviços nesta área. Como também já destaquei naquele capítulo, embora a municipalização tenha trazido inegáveis avanços para um melhor funcionamento do sistema público de saúde, ela evidenciou inúmeros problemas presentes nos municípios brasileiros, em especial naqueles de pequeno porte.

De fato, implementar um sistema público de saúde zelando pela sua integralidade e sua universalidade em municípios com expressiva fragilidade social, administrativa e econômica, não foi tarefa fácil. Mesmo os mecanismos de financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) regulamentados pelas Normas Operacionais Básicas (NOB/SUS) de 1991 e 1992, os quais instituíram repasses da União para os municípios e o incremento desses repasses pelas NOB/SUS de 1993 e 1996 não foram suficientes para que muitos municípios, sobretudo aqueles de pequeno porte, conseguissem implementar um sistema de saúde do tamanho e da complexidade do SUS. Assim, “a partir do momento em que os municípios passaram a receber e aplicar os recursos se constatou quão difícil era solucionar todos os problemas de saúde de forma isolada” (COSECS/MG, 2010, p. 18). Isso porque, na década de 1990, uma enorme quantidade de municípios brasileiros eram incapazes de expandir sua arrecadação de impostos

por meio da estruturação de suas próprias fontes geradoras de receita. Assim, contando com exíguas atividades econômicas e baixa capacidade de tributação, as atividades relacionadas à gestão da política de saúde só chegavam até o limite que os recursos transferidos da União para o município lhes impunha (SOUZA, 2002; TOMIO, 2002).

Essa realidade nacional se fez perceber, com nitidez, sobretudo em Estados como Minas Gerais, detentor de um enorme quantitativo de municípios, os quais possuíam (e ainda possuem) características econômicas, demográficas, sociais, geográficas e culturais bastante diversificadas. Um exemplo da fragilidade administrativa existente nos municípios de Minas Gerais no início dos anos de 1990 é dado por Souto Júnior (2010). Assim, afirma o autor, em 1993, quando se começa a instituir o repasse de recursos financeiros para financiamento da saúde diretamente da União para os municípios – fundo a fundo – fez-se necessário que as áreas jurídica e financeira da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais fizessem um diagnóstico da situação, objetivando traçar uma estratégia para viabilizar a nova proposta de repasse financeiro. Isso porque, à época

Existia uma concentração de recursos nos fundos federal e estadual, visto que não existiam nos municípios as Secretarias Municipais de Saúde ou departamentos correspondentes. Este momento representava o início do processo de municipalização e os municípios ainda não estavam estruturados e nem preparados para exercer autonomia sobre os recursos (SOUTO JÚNIOR, 2010, p. 38).

Entretanto, mesmo que muitos municípios mineiros apresentassem as fragilidades mencionadas e essas se traduzissem no cotidiano da saúde pública municipal em falta de recursos materiais, ausência de recursos humanos qualificados, escassez de equipamentos e de tecnologias para apoio diagnóstico, etc., a municipalização da política de saúde já se encontrava em curso nos primeiros anos da década de 1990. Nessa conjuntura, ao se depararem com inúmeros desafios e limitações para cumprir o papel imposto pela descentralização, os municípios tiveram de lançar mão de práticas de gestão inovadoras, buscando parcerias com outros municípios de modo a tentar ampliar suas capacidades de gestão e de organização do sistema de saúde (LIMA, 2000).

A parceria para gerir e organizar o sistema de saúde mencionada por Lima (2000) se expressou predominantemente na criação e implementação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS). Esses Consórcios eram – e ainda são – de iniciativa eminentemente municipal e se constituíam a partir da associação estabelecida entre alguns municípios localizados em uma mesma região geográfica. O objetivo do CIS era que seus consorciados realizassem atividades

conjuntas referentes à promoção, proteção e recuperação da saúde de suas populações, buscando resolver problemas e alcançar objetivos comuns na área da saúde, de forma a otimizar recursos financeiros, materiais e humanos disponíveis a um determinado grupo de municípios. Ao se consorciarem, os municípios pactuavam – em comum acordo – quais seriam os serviços de saúde oferecidos, como eles seriam financiados e a forma com que a população circunscrita na área de abrangência do CIS acessaria os serviços disponibilizados (BRASIL, 1997b).

Assim, a estratégia de articular diversos sistemas municipais de saúde por meio do consorciamento representou um esforço das cidades para enfrentar a sobrecarga dos dispendiosos custos e despesas postos pela descentralização da gestão da política de saúde na perspectiva da municipalização (BRASIL, 1997b).

Cabe destacar que os Consórcios Administrativos Intermunicipais como estratégia de gestão não eram uma novidade no Brasil, uma vez que eles já estavam previstos no Artigo 29 da Constituição Federal Brasileira de 1937. Entretanto, foi no contexto de descentralização fiscal e administrativa das políticas públicas, desencadeado no final dos anos de 1980, que esse tipo de associação entre municípios começou a ser mais largamente praticada no Brasil (BRASIL, 1997b). No caso específico da política de saúde, os Consórcios foram previstos pela Lei Orgânica n.º 8080/90⁴¹ e pela Lei do Controle Social n.º 8142/90⁴². Assim, foi no contexto de implementação do SUS e através das dificuldades enfrentadas pelos municípios no processo de municipalização dessa política que os Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS) passaram a ser amplamente constituídos e utilizados, sobretudo a partir do ano de 1995, quando os municípios brasileiros se viam às voltas para dar conta da gestão da política de saúde.

O trabalho de pesquisa realizado por Lima (2000) contou com um levantamento da quantidade de CIS existentes no Brasil em 1997. Neste ano haviam 91 Consórcios de Saúde espalhados por diversos estados brasileiros. Deste total, 54, ou seja 59% eram em Minas Gerais⁴³. Ainda segundo a mesma autora, em 1997, os 54 CIS mineiros abarcavam 636 municípios, ou seja 75% do total de 853 cidades existentes no Estado. A população coberta por esses consórcios era de 9.694.504 habitantes, enquanto a população total estimada naquele mesmo ano para Minas era de 16.673.097 habitantes. Observa-se assim, que o percentual da

⁴¹ Cf. Artigo 10 e Artigo 18, Inciso IIV da Lei 8080/90 (MINAS GERAIS, 2013, p. 645 e 651).

⁴² Cf. Artigo 3º, parágrafo 3º da lei 8142/90 (MINAS GERAIS, 2013, p. 666).

⁴³ Dentre estes 54 CIS mineiros, está o Consórcio Intermunicipal do Vale do Itapeçerica (CISVI), o qual será mais detalhado na subseção 5.1 do próximo quinto capítulo.

população coberta (58%) era bem menor que o percentual de municípios consorciados⁴⁴ (75%) (LIMA, 2000).

Essa diferença se justificava pelo fato de que a imensa maioria das cidades mineiras consorciadas eram aquelas de até 20.000 habitantes, as quais não eram – e ainda não são – capazes de, isoladamente, atenderem a maioria das demandas na área da saúde apresentadas pelos seus municípios. Isso fez com que uma enorme quantidade de municípios pouco populosos aderissem à estratégia de se consorciarem. Ao mesmo tempo, as grandes e mais populosas cidades de Minas Gerais optavam por não aderir aos consórcios, uma vez que não experimentavam nos seus cotidianos os problemas apresentados pelos municípios pequenos. Ou seja, as grandes cidades contavam com boa capacidade administrativa, econômica e de estrutura em geral para responder com mais autonomia ao compromisso imposto pela municipalização da saúde, de gerir a política de saúde, sobretudo, provendo ações e serviços nesta área para a sua população local.

Neste contexto, a partir da segunda metade da década de 1990, em Minas Gerais

os Consórcios Intermunicipais de Saúde se tornaram um dos pilares da política do governo para o setor saúde, fazendo parte de uma proposta hierarquizada, ficando para os consórcios a atuação direta na *atenção secundária - a média complexidade*⁴⁵ - que desde aquela época já se mostrava como um dos maiores ‘engasgos’ do sistema. A atuação conjunta trouxe a possibilidade de se negociar menores preços, investimentos em equipamentos que só existiam em grandes centros e a otimização de equipamentos inoperantes no interior por escassez de profissionais, economizando recursos. Isso permitiu evitar o deslocamento de pacientes do interior de Minas Gerais para grandes centros (COSECS/MG, 2010, p. 12, *grifo meu*).

⁴⁴ Um diagnóstico especificamente sobre os Consórcios Intermunicipais de Saúde mineiros, publicado em 2010 pelo Colegiado dos Secretários Executivos dos Consórcios Intermunicipais de Saúde de Minas Gerais (COSECS/MG) mostra que em 2007 existiam 65 CIS neste estado, os quais envolviam 714 municípios (84%), abrangendo 58% da população total de Minas à época. Dos 714 municípios consorciados, 441 (51,7%) eram cidades cuja população não ultrapassava 10.000 habitantes. Considerando os municípios de até 20.000 habitantes, este número subia para 581, ou seja, 81,3% do total de 853 municípios existentes no estado (COSECS/MG, 2010). Atualmente, a discrepância entre o número de municípios consorciados e o quantitativo de população coberta pelos CIS existentes em Minas Gerais é ainda maior que aquelas apresentadas em 1997 e em 2007. Assim, segundo o COSECS/MG, em 2016 o estado possuía 80 CIS, os quais abarcavam 810 municípios consorciados. Os 80 CIS, juntos, atendiam uma população de aproximadamente 13.656.678 habitantes. Considerando que a população de Minas Gerais estimada pelo IBGE (2016) era de 20.997.560 habitantes, observa-se uma desproporcionalidade entre o percentual de municípios consorciados (95%) e o percentual de população coberta (65%). Isso se justifica pelo fato de os CIS manterem sua característica de serem compostos predominantemente por municípios de pequeno porte, ficando cidades mais populosas sem participarem de nenhum Consórcio Intermunicipal de Saúde.

⁴⁵ Para Solla e Chioro (2012, p. 555), a média complexidade “é composta por um conjunto de ações e serviços que visam a atender aos principais problemas de saúde e agravos da população, cujo nível de complexidade da prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico. [...] No Brasil, a oferta de serviços de média complexidade constitui-se em um dos maiores pontos de estrangulamento do sistema [...]”

Cabe destacar que, embora a atuação dos CIS fosse focada na atenção secundária/média complexidade, isso não significa que todos os Consórcios disponibilizavam o mesmo pacote de serviços em saúde. Ao contrário. Cada grupo de municípios consorciados tinham autonomia para estabelecer o cardápio de serviços típicos da média complexidade a serem prestados pelo CIS. Assim, a partir da tomada de decisão em comum acordo e levando-se em conta as demandas da região de abrangência do CIS, cabia aos gestores consorciados decidirem quais serviços seriam ofertados partindo dos interesses e das necessidades que eram comuns aos municípios associados. Nestes termos, os serviços de saúde mental, por exemplo, – os quais estão vinculados à média complexidade do SUS – sejam eles ambulatoriais de psiquiatria ou os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)⁴⁶, eram serviços a serem potencialmente disponibilizados por quaisquer Consórcios Intermunicipais de Saúde.

Apesar de a estratégia das cidades mineiras se associarem em consórcios de saúde ter sido uma iniciativa dos próprios municípios – sobretudo dos pequenos e médios –, Silva e Mendes (2004, p. 08) destacam que

os consórcios não foram concebidos como uma releitura crítica da municipalização do SUS, mas como uma solução pragmática aos problemas de déficits da atenção secundária à saúde. Foram soluções de baixo para cima, realizadas no vácuo deixado pela fragilidade regulatória das Secretarias Estaduais de Saúde e através de uma lógica eminentemente política. Mas, sem dúvida, os consórcios intermunicipais de saúde foram estimulados pela municipalização do SUS, sem, contudo, significar uma crítica a esse movimento de descentralização.

Cabe destacar também que, à época, os CIS não foram uma unanimidade na opinião dos integrantes do governo de Minas Gerais, pois, além de não terem contado com a aderência dos grandes municípios, “os consórcios foram encarados até pela técnico-burocracia do estado como uma instância de poder regional que enfraqueceria o poder das estruturas estaduais” (SOUTO JÚNIOR, 2010, p. 42).

Simultaneamente a esse processo de consorciamento dos municípios mineiros, em 1997 a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG), a partir de uma iniciativa inédita no país, deu início às discussões acerca da Programação Pactuada Integrada (PPI) (SOUTO JÚNIOR, 2010), a qual foi instituída pela NOB/SUS/1996. Como mencionado no capítulo anterior, embora essa NOB mantivesse o foco na municipalização, a instituição da PPI

⁴⁶ Destaca-se que as ações e os serviços de saúde mental não se resumem à atenção secundária/média complexidade. Existem ações e serviços de saúde mental sendo desenvolvidas não só na atenção primária, como por exemplo algumas ações praticadas nos Núcleos de apoio à família (NASF), como também há os serviços de atenção terciária à saúde, como é o caso da internação hospitalar psiquiátrica.

representou um importante avanço, uma vez que ela “foi concebida para desencadear um planejamento descentralizado, ‘ascendente e de base municipal’, sob a coordenação dos gestores estaduais” (DOURADO, 2010, p. 92-93).

Assim, a PPI constituiu-se em um instrumento de planejamento e gestão por meio da possibilidade de se pactuar ações e serviços de saúde, bem como de se buscar organizar estes em redes regionalizadas. Através da PPI foi possível aos próprios gestores municipais, desde que mediados pelo gestor estadual, negociarem entre si requerendo serviços de saúde uns dos outros. Isso desencadeou uma reordenação do financiamento e da forma de alocação de recursos financeiros, o qual deixou de ser exclusivamente baseado no critério populacional – o que beneficiava sobremaneira os grandes municípios – e passou a ser firmado em critérios e mecanismos mais compatíveis com os gastos decorrentes do tipo e da quantidade de ações e de serviços prestados via PPI (BRASIL, 1997a). Desse modo,

foi instituído o Piso da Atenção Básica (PAB) municipal, estabelecendo repasses regulares e automáticos de recursos federais para o custeio das ações básicas. A partir de então, todo município passou a ser um potencial receptor de transferências ‘fundo a fundo’, bastando que se habilitasse em qualquer condição estabelecida pela NOB/96 (DOURADO, 2010, p. 93)

Souto Júnior (2010), ressalta que em Minas Gerais, esse processo de discussão e elaboração da PPI foi marcado por intensos conflitos, pois, ele ocorreu sem o apoio direto do Ministério da Saúde e com muita resistência dos municípios mineiros de maior porte. Neste contexto, os debates acerca da PPI ocorreram nas reuniões das Comissões Intergestores Bipartite de Minas Gerais (CIB/MG), as quais tinham sido significativamente valorizadas enquanto arena de negociação e enquanto instrumento de gestão compartilhada entre o gestor estadual e os gestores municipais pela NOB/SUS/96. Os representantes dos gestores municipais integrantes da CIB/MG eram indicados pela diretoria do Conselho de Secretarias Municipais de Minas Gerais (COSEMS/MG⁴⁷), o qual à época, “mantinha-se constituído por representantes

⁴⁷ Segundo o sítio oficial do Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado de Minas Gerais (COSEMS/MG), atualmente, este Conselho é uma entidade colegiada, sem fins lucrativos, com autonomia administrativa, financeira e patrimonial. Foi fundado em abril de 1991 com a finalidade de ser o elo entre os Secretários Municipais de Saúde e as esferas estadual e federal, bem como viabilizar cursos de atualização em saúde. O COSEMS/MG é a entidade que representa e defende os municípios de Minas Gerais nas pactuações interfederativa do Sistema Único de Saúde. Constituído por gestores municipais, o COSEMS/MG é, desde a década de 1990, um importante ator político na construção da saúde pública de Minas Gerais, lutando pela autonomia dos municípios; congregando os gestores dos serviços municipais de saúde; funcionando como órgão permanente de intercâmbio de experiências e informações de seus membros; atuando de todas as formas para que a saúde das populações dos municípios mineiros seja a melhor possível. Atualmente o COSEMSMG engloba ainda os COSEMS Regionais, que agrupam as 28 regionais administrativas de saúde do Estado. (Disponível em <http://www.cosemsg.org.br/site/> Acessado em 19/01/2017).

dos municípios de grande porte que não aceitavam as propostas do novo governo [estadual] com receio de perder recursos do seu teto” (SOUTO JÚNIOR, 2010, p. 42).

Ainda segundo o mesmo autor, essa resistência só foi enfraquecida quando, em 1998, os pequenos e médios municípios se uniram e venceram as eleições para a diretoria do COSEMS/MG. Assim, ao assumirem essa diretoria, as pequenas e médias cidades mineiras conseguiram se fazer representar na CIB/MG, defendendo os seus interesses e interferindo na tomada de decisões que definiam os rumos da saúde pública no Estado (SOUTO JÚNIOR, 2010). A partir de então, os debates acerca da PPI, bem como dos desdobramentos dela decorrente, seguiram de forma politicamente mais equilibrada e não mais com a balança pendendo para o lado das grandes cidades. Neste contexto, “os novos atores dos pequenos e médios municípios começaram a ter noção de onde realmente estavam alocados os seus recursos e começaram a reivindicar o direito de programarem o uso dos recursos próprios com seus cidadãos” (SOUTO JÚNIOR, 2010, p. 50).

Nestes termos, o processo de municipalização da saúde em Minas Gerais, ao mesmo tempo que sobrecarregou financeira e administrativamente muitos municípios, provocou um certo amadurecimento dos gestores municipais. Estes, tiveram de – em um curto espaço de tempo – aprender a gerir a política de saúde, lidando com serviços, responsabilidades, poder de decisão e recursos que lhes foram transferidos durante o processo. Além disso, o próprio Plano Estadual de Saúde de Minas Gerais 2012-2015, destaca que “a adoção da descentralização, com ênfase na municipalização, favoreceu, sobremaneira, a desconcentração e a capilarização dos serviços de saúde, com consequente ampliação do acesso da população, bem como a criação de estratégias de atenção e gestão inovadoras” (MINAS GERAIS, 2012a, p. 14).

Dentre as inovações no âmbito da gestão, destaca-se a associação entre os municípios por meio dos Consórcios Intermunicipais de Saúde. Desse modo, os municípios mineiros, sobretudo os pequenos e médios, chegaram ao final dos anos de 1990 politicamente mais fortalecidos e com uma maior capacidade de se articularem entre si e assim defenderem seus interesses.

No que diz respeito ao gestor estadual, o “processo de municipalização ocorrido em Minas Gerais tinha deixado o Estado meio inoperante, talvez por não entender seu papel no processo de construção e gestão do sistema estadual de saúde” (CAMPOS⁴⁸, apud, SOUTO JÚNIOR, 2010, p. 53). De fato, como apresentado no capítulo anterior, no plano nacional, a

⁴⁸ CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso. **Gestão Intergovernamental no Financiamento do Sistema Único de Saúde: A Programação Pactuada e Integrada (PPI) do SUS-MG 1997-1998**. 2000. 157f. Dissertação (Mestrado em Administração). UFMG, Belo Horizonte, 2000.

municipalização da saúde estabeleceu uma relação mais direta entre a União e os municípios, deixando mais vulnerável o papel do Estado no processo de descentralização.

Essa foi a conjuntura em que se desenvolveu a municipalização da saúde em Minas Gerais. Em um primeiro momento, sem apoio do ente federativo estadual, apresentando-se frágeis financeira e administrativamente e sofrendo críticas de alguns setores do estado, a grande maioria dos municípios mineiros apostaram nos Consórcios Intermunicipais de Saúde para enfrentarem as responsabilidades lhes imposta pela municipalização da saúde. Em um segundo momento, a partir de uma iniciativa da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, entretanto, com grande resistência dos municípios de grande porte, as pequenas e médias cidades passaram a participar dos ciclos de debates acerca da Programação Pactuada Integrada, a qual propunha uma alocação de recursos financeiros mais justa, mais organizada e mais regionalizada.

Nota-se assim, que nos dois momentos apresentados, o processo de municipalização da saúde de Minas Gerais foi marcado por uma fragilidade do papel do ente federativo estadual no que diz respeito, sobretudo à organização e funcionamento dos CIS, bem como foi marcado também, por uma competitividade por recursos financeiros entre os grandes e pequenos municípios, cujas relações nada cooperativas são típicas do ‘federalismo predatório’ (ABRUCIO e COSTA, 1998; ABRUCIO, 2005).

3.2 – A regionalização da política de saúde em Minas Gerais

A Comissão Intergestores Bipartite do SUS de Minas Gerais (CIB/MG), enquanto espaço de negociação e debate sobre a saúde pública no âmbito do estado – e sobretudo, no final dos anos de 1990, quando os pequenos e médios municípios mineiros nela se fizeram representar – foi um importante ator político que contribuiu para que o processo de municipalização da política de saúde alterasse seu rumo em direção à regionalização. Assim, as discussões em Minas acerca da necessidade de reorganizar o sistema de saúde em uma perspectiva mais regionalizada antecederam à própria Norma Operacional da Assistência à Saúde/2001 (NOAS/01), a qual oficializou a ideia e as diretrizes nacionais da regionalização da saúde no Brasil. Desse modo, após discussões e debates acerca da regionalização, que remontam o ano de 1999, em 2000, foi aprovado, na CIB/MG, o Modelo de Organização da Assistência à Saúde no SUS de Minas Gerais, cuja prestação de serviços estava prevista em

níveis crescentes de complexidade tecnológica e em uma perspectiva micro e macrorregional⁴⁹. Neste mesmo ano, foi pactuado na CIB/MG uma proposta de elaboração de um plano de regionalização da saúde pública no Estado (SOUTO JÚNIOR, 2010).

Como mencionado no capítulo anterior a NOAS/01 definiu a regionalização como princípio organizacional do SUS, buscando assim, uma maior equidade e racionalidade na alocação de recursos financeiros, bem como no acesso da população às ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção. Para tanto, a NOAS/01 propôs como estratégias: 1) alinhar todo o processo de descentralização à perspectiva da regionalização, 2) fortalecer a capacidade de gestão do estado e dos municípios e 3) elaborar o Plano Diretor de Regionalização da Saúde.

Nestes termos, pode-se afirmar que o movimento que a CIB/MG já vinha fazendo em colocar a descentralização da saúde na rota da regionalização deixava o Estado de Minas Gerais em uma posição de alinhamento com a primeira estratégia traçada pela NOAS/01. Em relação às outras duas estratégias: fortalecer a gestão estatal e municipal e elaborar o PDR, elas vieram se consolidando ao longo dos anos 2000, sendo significativamente aprimoradas na medida em que o processo de descentralização evoluiu em Minas Gerais. Cabe destacar que, embora passe por mudanças e aprimoramento até nos dias de hoje, os principais momentos de amadurecimento desse processo se deram como desdobramento da promulgação das normativas federais, sobretudo, o Pacto da Saúde em 2006 e o Decreto 7.508 em 2011.

Para Malachias (et al, 2013), o atual estágio do processo de descentralização da política de saúde em Minas Gerais tem a regionalização como eixo estruturante que, como mostrarei a seguir, materializa-se no cotidiano dos mineiros por meio do Plano Diretor de Regionalização, das Redes de Atenção à Saúde e da cogestão regional.

3.2.1 – O Plano Diretor de Regionalização de Saúde de Minas Gerais

Conforme argumentado no início do presente capítulo, o Estado de Minas Gerais apresenta enormes discrepâncias sociais, políticas e econômicas no âmbito loco-regional, as quais impõem dificuldades a alguns municípios mineiros de assumirem a gestão da política de saúde. Malachias (et al, 2013) afirma que somada a essas dificuldades, há outra que diz respeito à desigualdade na distribuição de serviços e tecnologias em saúde pelas cidades mineiras. Tais dificuldades fogem ao controle dos municípios por se tratarem de questões ligadas às características históricas, sociais e econômicas da formação do estado brasileiro. Para a mesma

⁴⁹ Cf. Deliberação CIB/MG N.º 035 de 06 de dezembro de 2000 (MINAS GERAIS, 2000).

autora, há uma certa impotência dos municípios frente a essa conjuntura, uma vez que a natureza desses problemas extrapolam a capacidade da gestão municipal. Em estados como Minas Gerais, isso justifica a necessidade do gestor estadual ter a iniciativa de organizar e de conduzir um processo de regionalização da política de saúde, cujas soluções são pensadas no âmbito regional.

Imbuída dessas ideias, a Comissão Intergestores Bipartite do SUS de Minas Gerais (CIB/SUS/MG), protagonizou, em abril de 2001 a criação de um grupo de trabalho composto pela Secretaria de Estado de Saúde (SES/MG), pelo Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS/MG) e pelo Conselho Estadual de Saúde (CES/MG) para discutir as propostas de elaboração do Plano Diretor de Regionalização de Saúde de Minas Gerais (PDR/MG). Enfatizando o papel do gestor estadual, tal discussão ocorreu sob a coordenação da SES/MG que buscou organizá-la de forma a possibilitar a participação de um maior número possível de Secretarias Municipais de Saúde. Assim, o debate acerca da elaboração do PDR/MG foi executado conjuntamente com as Secretarias Municipais por meio das microrregionais correspondentes às Gerências Regionais de Saúde (GRS/MG⁵⁰), à época existentes. Apenas seis meses após a criação do grupo de trabalho, ou seja, em outubro de 2001, na 71ª reunião ordinária da CIB/MG, foi aprovada uma versão preliminar do PDR/MG e em outubro de 2002 o Conselho Estadual de Saúde aprovou a versão final desse Plano Diretor⁵¹. Com vigência prevista para o período de 2001/2004, esse PDR dividiu o Estado em regiões de saúde, sendo 07 macrorregiões, 95 microrregiões e 21 regiões assistenciais.

Embora definido pela NOAS/01 como sendo um instrumento para planejar e gerir as ações e os serviços de saúde, o primeiro PDR mineiro não chegou, à época, a influenciar nem o planejamento, nem a gestão da saúde. Isso porque, houve fortes críticas ao modelo de divisão intraestadual posto pelo Plano. Além disso, tanto os municípios quanto o Estado se mostraram muito resistentes à proposta da regionalização. Assim, de um lado, os municípios temiam um movimento de retrocesso à ‘re-centralização’ da política de saúde típica do período anterior à Constituição Federal de 1988, de outro lado, o governo estadual se revelou incapaz de cumprir o seu papel de regulador do processo (BENEVIDES, 2011; SOUTO JÚNIOR, 2010).

⁵⁰ As Gerências Regionais de Saúde eram ramificações da Secretaria de Estado de Saúde (SES) que localizavam-se espalhadas pelo território mineiro objetivando oferecer apoio técnico-administrativo mais próximo a algumas regiões do Estado. Mostrarei na subseção 3.2.2 que esta estratégia de descentralizar a gestão estadual da política de saúde foi significativamente ampliada a partir de 2011, quando a SES alterou sua estrutura organizacional.

⁵¹ As informações que subsidiaram a construção desse parágrafo foram extraídas da **Síntese do Histórico dos documentos editados referentes à elaboração do PDR-SUS/MG**, publicada no sítio oficial da Secretaria de Estado de Saúde de MG (Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/parceiro/regionalizacao-pdr2> Acessado em 25/01/2017).

Com a mudança de governo no Estado em 2003, a regionalização foi assimilada pela gestão estadual como uma diretriz central para a organização do sistema de saúde, tal qual estava previsto na NOAS/01. O gestor estadual buscou apropriar-se do processo de regionalização assumindo para si a responsabilidade de ser o organizador do processo.

Nestes termos, a equipe técnica da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, fortalecida pelo apoio político do governo estadual, liderou uma série de iniciativas para promover a descentralização – na perspectiva da regionalização – das ações e serviços de saúde, bem como dos processos de negociação e pactuação dessas ações e serviços pelos gestores municipais. Para tanto, foi necessário uma melhor definição e redistribuição das regiões de saúde que cobriam o território estadual. Desse modo, essa conjuntura favoreceu a abertura de espaço para a instauração de um processo de rediscussão e revisão do PDR/MG à época vigente. Tal processo culminou com a reformulação e a aprovação de uma nova versão do PDR/MG em outubro de 2003, na 42ª reunião ordinária da CIB/SUS/MG.

Levando em consideração todos os contrastes loco-regionais presentes em Minas Gerais e tendo que operacionalizar a proposta de regionalização em um Estado com tais características, o PDR mineiro foi reformulado já prevendo a necessidade de eventuais ajustes e revisões que o moldasse para conseguir responder às diversas demandas de saúde apresentadas pelas heterogêneas regiões e municípios de Minas. Desde então, a flexibilidade desse Plano Diretor é intrínseco à sua própria concepção. Nestes termos, para Malachias (et al, 2013, p. 52)

a elaboração do PDR de Minas requereu sempre um trabalho dinâmico, participativo e eventuais ajustes. [...] Os ajustes podem ser anuais ou bianuais, devendo ser efetuados globalmente e com os prazos fixados em reunião da CIB-SUS/MG. Os processos de revisão e ajustes são fatores que, naturalmente, integram a implementação de qualquer Plano e, para tanto, são previstos nas reuniões da CIB-SUS/MG que o aprovam. As mudanças no Plano de Regionalização, desse modo, são feitas em conformidade e na medida em que os trabalhos de implementação avançam.

E continua a autora, “o Plano Diretor de Regionalização de MG é um instrumento de planejamento da saúde que, sem perda de seu propósito, objetivos, princípios e conceitos básicos, tem sido ajustado desde sua elaboração inicial em 2002 até o momento atual” (MALACHIAS, et al, 2013, p. 39). Neste contexto, sendo o instrumento oficial de planejamento e coordenação do processo de regionalização da saúde em Minas Gerais, o PDR vem evoluindo

e se adequando concomitantemente ao amadurecimento desse processo no Estado. Assim, ele passou por diversas modificações sendo elas em 2004, 2005, 2007, 2008, 2011 e 2014⁵².

As principais modificações feitas no PDR/MG ocorreram por influência direta tanto da publicação do Pacto Pela Saúde em 2006, quanto da promulgação do Decreto Federal n.º 7.508 em 2011. Essas duas importantes normativas detalhadas no capítulo anterior, cada uma a seu modo, estabeleceu novas concepções de descentralização, as quais foram assimiladas pelo processo de regionalização da saúde em Minas Gerais e expressas nas reformulações feitas no PDR mineiro. Nestes termos, o resgate do conteúdo político da regionalização com o reforço do protagonismo do gestor estadual; o aprimoramento dos espaços de consenso interfederativo; a redefinição dos papéis das Comissões Intergestores Regionais e o refinamento conceitual de termos como regiões de saúde, territorialização, redes de saúde, dentre outros, foram elementos que balizaram as revisões e os ajustes do Plano Diretor de Regionalização da Saúde em Minas Gerais, conferindo-lhe o formato que possui atualmente.

3.2.1.1 – *O atual desenho do Plano Diretor de Regionalização de Saúde de Minas Gerais: Regiões e Redes de Saúde*

A PDR atualmente vigente no Estado de Minas Gerais tem como principal função estabelecer uma delimitação de territórios sanitários, os quais são os elementos norteadores para a organização das ações e serviços de saúde em uma perspectiva regionalizada, hierarquizada e em rede. Busca-se assim, promover o acesso da população a uma assistência em saúde de forma integral. Para além dessa preocupação com a integralidade assistencial da saúde, a territorialização do PDR se propõe também, a ser referência para a descentralização do sistema de gestão da política de saúde.

Para proceder com tal delimitação territorial, o PDR partiu da ideia de que uma região

é um conjunto de municípios circunvizinhos que mantêm entre si inter-relações para as questões de promoção e assistência à saúde do SUS, sendo a maioria periféricos a um polo que exerce força de atração sobre os demais, e constituem-se como base populacional e territorial para cálculos do planejamento em saúde e organização de redes. Para o PDR/MG, cada região se configura conforme o modelo de atenção adotado; cada região se caracteriza segundo o nível de atenção, o âmbito de cobertura dado, o porte,

⁵²Cf. **Síntese do Histórico dos documentos editados referentes à elaboração do PDR-SUS/MG**, publicada no sítio oficial da Secretaria de Estado de Saúde de MG (Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/parceiro/regionalizacao-pdr2> Acessado em 25/01/2017).

as inter-relações com as demais regiões do sistema, circunvizinhas ou não (MALACHIAS, et al, 2013, p. 30).

Esse conceito de região foi basilar para que o PDR mineiro estabelecesse uma regionalização da política de saúde escalonada em três níveis distintos e articulados entre si, sendo eles: o municipal, o regional e o regional ampliado. Assim, após uma série de estudos e análises técnicas, bem como depois de um longo processo de negociação e pactuação entre os gestores estadual e municipais⁵³, chegou-se à delimitação e ao reconhecimento do atual desenho das regiões de saúde existentes em Minas Gerais. Desse modo, o PDR/MG reconheceu cada um dos 853 municípios mineiros como uma delimitação regional de saúde. A coligação desses municípios em pequenos grupos, constituíram-se em 77 Regiões de Saúde (RS) (FIGURA 02). Essas por sua vez, foram agrupadas de modo a formarem 13 Regiões Ampliadas de Saúde (RAS)⁵⁴ (FIGURA 03).

FIGURA 02

Atuais Regiões de Saúde definidas pelo PDR/MG



Fonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais⁵⁵

⁵³ Estas etapas de estudos e pactuações contaram com a participação de inúmeros atores sociais, sendo: a equipe técnica da Secretaria de Estado de Saúde (SES/MG); uma comissão formada por membros da SES/MG e do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de Minas Gerais (COSEMS/MG); os representantes dos gestores estaduais e municipais assentados no COSEMS/MG e nas Comissão Intergestores de Minas Gerais – a Bipartite (CIB), a Regional (CIR) e a Regional Ampliada (CIRA); além de diversos profissionais e *experts* em planejamento e gestão na área da saúde pública (MALACHIAS, et al, 2013, p. 9-12).

⁵⁴ Cf. Deliberação CIB/SUS/MG n.º 1219 de 21/08/2012 (MINAS GERAIS, 2012b).

⁵⁵ Disponível em http://www.saude.mg.gov.br/images/fotos/Mapas_Mg.pdf Acessado em 12/02/2017.

FIGURA 03

Atuais Regiões Ampliadas de Saúde definidas pelo PDR/MG



Fonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais⁵⁶

Cabe destacar que, cada Região de Saúde tem um município polo, o qual é referência para as demais cidades da Região. Seguindo essa mesma lógica, cada Região Ampliada de Saúde, também possui o seu polo regional. Para efeitos do PDR/MG o município polo tanto para a RS quanto para a RAS é assim definido, caso reúna algumas características básicas exigidas. Desse modo, polo é aquela cidade que possui uma maior densidade populacional dentre aquelas que compõem a RAS e/ou a RS e deve ser capaz de exercer uma “força de atração sobre um número significativo de outras [...] por sua capacidade histórica, atual e potencial, de absorção de fluxos populacionais gerados pela demanda por serviços médico-assistenciais [...]” (MALACHIAS, et al, 2013, p. 88). Além disso, o município polo deve significar para o território em que esteja localizado “um tradicional centro regional, [...] dotado de infraestrutura tecnológica e profissional suficiente para prestar aos demais a assistência necessária aos serviços que requeiram maior nível de complexidade” (SILVA e RAMIRES, 2010, p. 67). Ressalta-se, finalmente que o município polo de uma Região Ampliada de Saúde (RAS), necessariamente, será também, o município polo da Região de Saúde (RS) na qual está localizado (MALACHIAS, et al, 2013).

⁵⁶ Disponível em http://www.saude.mg.gov.br/images/fotos/Mapas_Mg.pdf Acessado em 12/02/2017.

No caso específico da RAS Oeste – representada na Figura 03 – onde se localizam todas as cidades estudadas nesta tese, Divinópolis é o município polo. Tal qual Divinópolis, outras doze cidades são polos em suas respectivas RAS sendo elas: Barbacena (Centro-Sul), Belo Horizonte (Centro), Diamantina (Jequitinhonha), Governador Valadares (Leste), Juiz de Fora (Sudeste), Montes Claros (Norte), Passos (Sul), Patos de Minas (Noroeste), Ponte Nova (Leste-Sul), Teófilo Otoni (Nordeste), Uberaba (Triângulo Sul) e Uberlândia (Triângulo Norte).

Uma vez delimitados o nível regional municipal, as Regiões e as Regiões Ampliadas de Saúde, com seus municípios adstritos e os seus respectivos municípios polos, foi possível ao PDR/MG estabelecer os critérios para a hierarquização, distribuição e organização das ações e serviços de saúde a serem ofertados dentro da circunscrição territorial de cada município, Região e Região Ampliada.

Assim sendo, à luz da lei orgânica da saúde (8080/90), o PDR/MG correlacionou os três níveis de regiões de saúde por ele criados, com a hierarquização preceituada pelo Sistema Único de Saúde brasileiro. Nestes termos, cada um dos três níveis de atenção à saúde – primário, secundário e terciário – preconizados pelo SUS, se vincula a um dos níveis da trina regional – município, Região de Saúde ou Região Ampliada de Saúde.

Desse modo, ao município cabe a responsabilidade pela oferta de serviços e ações de *atenção primária à saúde*. Enquanto as Regiões de Saúde devem oferecer a *atenção secundária à saúde* e as Regiões Ampliadas de Saúde ficam a cargo de dar conta da *atenção terciária à saúde*.

Neste contexto, a *atenção primária à saúde* “caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde” (BRASIL, 2012k, p. 19). Tais ações e serviços devem se distribuir o mais amplamente possível pelo território nacional de modo a se aproximar ao máximo da vida cotidiana das pessoas (NORONHA, et al, 2012). Considerando que é no município que a população vive seu dia-a-dia e, em função da descentralização e da capilaridade que as ações de *atenção primária à saúde* exigem, o PDR/MG fez de cada um dos 853 municípios mineiros o local por excelência onde tais ações devem ser disponibilizadas.

No que diz respeito à *atenção secundária à saúde* ou ações e serviços de média complexidade, como também é conhecida, ela é composta

por um conjunto de ações e serviços que visam a atender aos principais problemas de saúde e agravos da população, cujo nível de complexidade da prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a

utilização de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico que implicam o uso mais intenso para alcançar algum grau de economia de escala, o que acarreta não serem realizados em todos os municípios do país (SOLLA e CHIORO, 2012, p. 555).

As características dessas ações e serviços de média complexidade permitem que elas sejam ofertadas de modo geograficamente mais concentradas se comparadas à necessária capilaridade da distribuição da assistência na atenção primária. Desse modo, o PDR/MG definiu que a atenção secundária à saúde deverá estar disponível à população no âmbito dos municípios polos de cada uma das 77 Regiões de Saúde de Minas Gerais.

Finalmente a *atenção terciária à saúde* ou ações e serviços de alta complexidade – como é o caso da internação hospitalar psiquiátrica, por exemplo, – são ações que em função de seu alto custo e por serem relativamente utilizados com menor frequência (SILVA e RAMIRES, 2010), têm sua oferta concentrada nos municípios polos de cada uma das Regiões Ampliadas de Saúde.

Cabe destacar que o conjunto dessas ações e serviços previstos pelos três níveis de atenção à saúde distribuídos regionalmente, ofertados hierarquicamente e articulados em níveis de complexidade crescente – atenção básica, média complexidade e alta complexidade – formam as Redes de Atenção à Saúde. Desse modo, tal qual preconizado pelo Decreto 7508/11, o PDR/MG adotou como concepção norteadora de Rede de Atenção à Saúde aquela que

representa uma malha que interconecta e integra os estabelecimentos e serviços de saúde de determinado território, organizando-os sistematicamente para que os diferentes níveis e densidades tecnológicas de atenção estejam articulados e adequados para o atendimento integral ao usuário e para a promoção da saúde (SILVA e MAGALHÃES JÚNIOR, 2013, p. 85).

Assim, ao propor a organização dos serviços em Redes de Atenção à Saúde, o PDR/MG o faz, tanto na perspectiva da economia de escala, quanto na busca pela garantia da integralidade da assistência à saúde.

No que diz respeito à economia de escala, para Silva e Magalhães Júnior (2013, p. 84), ela tem a ver com o

volume de procedimentos e atividades realizados pelo serviço. Idealmente, existe uma relação entre oferta assistencial, produção e necessidades que deve ser considerada. Unidades assistenciais que não atendam a esse requisito, além de gerar ineficiência econômica, pressionam seus serviços por produção em magnitude superior à necessária, provocando desarmonia na rede. Para ilustrar, não seria adequado criar um ponto de oferta de ultrassonografia para determinado número de pessoas cuja soma de necessidades desse exame fosse

bem inferior à capacidade instalada do serviço criado. O serviço ficaria ocioso e dispendioso. Esse raciocínio vale para os diversos níveis de complexidade⁵⁷.

Nestes termos, a economia de escala possibilita a oferta de serviços – sobretudo aqueles de maior complexidade tecnológica – de forma mais racional e otimizada, evitando tanto a subutilização/ociosidade, quanto a sobreposição de oferta. Assim, esse tipo de economia, permite ao sistema público de saúde ter seus gastos reduzidos, alcançando uma maior contenção de recursos financeiros, de gastos com tecnologia e com recursos humanos especializados (MALACHIAS, et al 2013; SILVA e MAGALHÃES JÚNIOR, 2013; SILVA e RAMIRES, 2010).

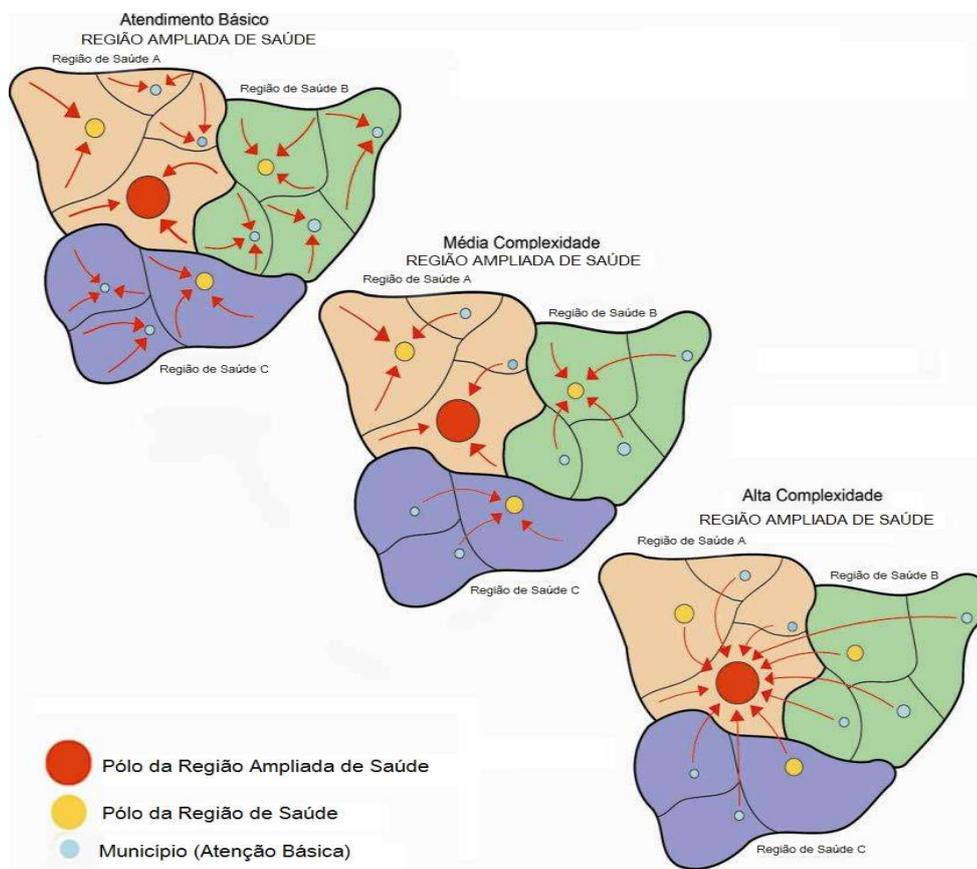
Com relação à busca pela integralidade assistencial na área da saúde, ela está estreitamente ligada aquela concepção de Rede de Atenção à Saúde adotada pelo PDR/MG. A Rede de Atenção ao propor a integração dos estabelecimentos e serviços de saúde de um determinado território sanitário, possibilitará ao usuário ter acesso a um conjunto de ações e serviços de saúde que sejam condizentes com suas necessidades de saúde e, sempre que necessário, deverá ser encaminhado a uma outra unidade mais especializada. Assim, por exemplo, um usuário pode procurar por uma unidade de atenção primária à saúde localizada em seu município e próximo de seu domicílio, mas se este atendimento inicial não for suficiente para resolver as suas demandas, ele deverá ser encaminhado para uma outra unidade de saúde vinculada a um nível superior de complexidade assistencial, ainda que esta esteja situada em um outro município.

Como já mencionado na subseção 2.3.2 do capítulo anterior, durante todo o processo de saúde-doença-saúde eventualmente vivenciando pelo usuário, ou seja, todas as etapas – o diagnóstico da doença, o tratamento e o reestabelecimento da saúde de uma pessoa – devem se iniciar e se completar no âmbito de uma Rede de Atenção à Saúde. Para tanto, o usuário deverá encontrar, nos limites dessa Rede, todas as respostas condizentes com quaisquer de suas demandas por saúde. Isso equivale a afirmar que, independentemente das questões de saúde apresentadas por um usuário do SUS, ele não precisará sair da Região Ampliada de Saúde em que está inserido para receber atendimento compatível com as necessidades de seu caso. É o que mostra o esquema desenhado na Figura 04.

⁵⁷ Vale ressaltar que em Regiões Ampliadas de Saúde como, por exemplo, a RAS Jequitinhonha, que possui baixa densidade populacional, dificilmente se conseguirá alcançar economia de escala. Neste caso, em que se “manifesta um conflito entre escala e acesso, há de predominar, sempre, o princípio do acesso. Essas relações dialéticas entre escala/qualidade e acesso foram contempladas no desenho do PDR mineiro (MALACHIAS, et al, 2013, p. 14).

FIGURA 04

Mostra esquemática de como funciona a rede de serviços proposta em uma hipotética Região Ampliada de Saúde no estado de Minas Gerais.



Fonte: Silva, C. B. (2008) apud Silva e Ramires (2010, p. 69)⁵⁸.

Entretanto, para uma boa organização das Redes de Atenção à Saúde, é necessário que a delimitação de uma região sanitária leve em conta não só os limites geográficos, mas também a quantidade de habitantes que ali vivem e o rol de serviços que serão ofertados. A adequada definição desses três elementos constitutivos de uma região sanitária é essencial para basilar a formatação de uma Rede de Atenção à Saúde que, em última instância definirá a capacidade ou incapacidade da Rede operar em uma perspectiva de economia de escala e de oferecer uma assistência à saúde de forma integral.

Além do exposto, Silva e Ramires (2010, p. 67) advertem que para que o rol de serviços ofertados em uma Rede esteja ao alcance da população usuária, “o sistema de saúde deve oferecer à população a totalidade desses serviços numa distância que viabilize o deslocamento

⁵⁸ Os nomes utilizados na figura original – Microrregião de Saúde e Macrorregião de Saúde – foram substituídos por – Região de Saúde e Região Ampliada de Saúde – uma vez que estas são as nomenclaturas atualmente utilizadas pelo PDR/MG.

do usuário, garantindo assim acessibilidade a todos aqueles que estiverem nesta área de influência”

Foi a partir desse entendimento acerca das Redes de Atenção à Saúde que o PDR/MG estabeleceu os critérios para o desenho de cada um dos níveis das regiões sanitárias – município, Região de Saúde e Região Ampliada de Saúde (RS e RAS).

Desse modo, na perspectiva do PDR/MG, o município é considerado a menor base territorial para o recorte regional em saúde. Ainda assim, levando-se em consideração a enorme diversidade demográfica, econômica, política e administrativa típicas dos municípios de Minas Gerais, o PDR/MG previu a possibilidade de uma regionalização intramunicipal⁵⁹, a qual é aplicável às cidades de grande porte.

No caso das RS, elas são constituídas por um grupo de municípios circunvizinhos e adstritos a um município polo regional. “O município que se apresente como polo assistencial das cidades vizinhas deve dispor de acessibilidade satisfatória e autossuficiência na prestação de serviços de nível secundário para toda a população do município e [Região de Saúde]” (SILVA e RAMIRES, 2010, p. 68). A população de uma RS deve totalizar aproximadamente 150.000 habitantes.

Já as RAS são formadas pela aglomeração de algumas RS com seus respectivos municípios. O número de habitantes de uma RAS deve ser em torno de 1.500.000. (MALACHIAS, et al, 2013, p. 65-66). A RAS possui um município polo regional ampliado que é referência para as ações e serviços em saúde de alta complexidade. Tal qual o município polo regional está para a Região de Saúde, “a cidade polo da [Região Ampliada de Saúde] deve dispor de fácil acessibilidade e infraestrutura urbana capaz de receber os munícipes das cidades por ela polarizadas além da autossuficiência nos serviços de atenção terciária (SILVA e RAMIRES, 2010, p. 69).

Além desse critério populacional para a definição da RS e da RAS, o PDR/MG considerou também, “a capacidade instalada, os recursos humanos especializados e as condições socioeconômicas locais” (MALACHIAS, et al, 2013, p. 56). A esses critérios, associaram-se ainda outros dois: o fluxo populacional e a acessibilidade aos serviços de saúde.

Desse modo, foram considerados o fluxo da população na busca e no uso de serviços de saúde, bem como, as distâncias geográficas a serem percorridas pelo usuário para chegar a tais

⁵⁹ Este tipo de regionalização é regulamentado pela Portaria Ministerial n.º 2844 publicada em 2010. Segundo o artigo 1º dessa Portaria “A adoção de estratégias de regionalização interna ao território do município constitui uma prerrogativa da esfera municipal. A constituição, a organização, a gestão e o funcionamento das Regiões de Saúde Intramunicipais são de responsabilidade exclusiva do gestor municipal” (BRASIL, 2010a).

serviços (SILVA e RAMIRES, 2010). Essa preocupação com a distância e com o deslocamento do usuário de seu domicílio até o local onde o serviço de saúde será prestado, diz respeito ao critério da acessibilidade. Assim, buscando minimizar os problemas decorrentes das dificuldades de deslocamento – em função de discrepâncias de infraestrutura viária e de logística, por exemplo, – em um Estado com as dimensões territoriais e heterogeneidades loco-regionais como é o caso de Minas Gerais, o PDR/MG realizou

[...] levantamentos de distâncias e condições viárias procura[ndo] focar a busca por serviços de maior densidade entre os municípios mais distantes e os polos, buscando-se as melhores condições viárias e as menores distâncias para vinculação de municípios a um polo agregador, e consequente desenho da Região de Saúde (MALACHIAS, et al, 2013, p. 56).

Objetivando definir limites de tempo e/ou de distância de viagem que sejam seguros para a população que busca por uma assistência em saúde, ficou estabelecido que a distância máxima entre quaisquer dos municípios de uma Região de Saúde até o seu município polo não pode ser superior a 150 km em estradas pavimentadas. Quando as estradas não forem pavimentadas e apresentarem precárias condições de tráfego, independentemente da distância, o tempo de viagem não deve ultrapassar duas horas de duração (MALACHIAS, et al, 2013).

Vale ressaltar que o deslocamento do usuário pela Região e/ou Região Ampliada de Saúde para acessar quaisquer dos serviços de média e alta complexidade, foi objeto de intervenção de políticas específicas. Nestes termos, existem duas possibilidades de atuação quando o assunto é transporte público para usuários do SUS, sendo elas o Tratamento Fora de Domicílio (TFD) e o Sistema Estadual de Transporte em Saúde (SETS).

No caso do Tratamento Fora do Domicílio

é um benefício definido pela portaria ministerial nº 55 de 1.999, que tem por objetivo fornecer auxílio a pacientes atendidos pela rede pública ou conveniados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) a serviços assistências de outro município, desde que esgotadas todas as formas de tratamento de saúde na localidade em que o paciente residir (MINAS GERAIS, 2016a, p. 215).

Todos os transportes intermunicipais de usuários do SUS feitos via TFD são de inteira responsabilidade do município de origem do usuário. Assim, compete a este município assumir todas as despesas com deslocamento, alimentação e hospedagem, quando for necessário, tanto do paciente quanto do acompanhante (MINAS GERAIS, 2016a).

No que diz respeito ao Sistema Estadual de Transporte em Saúde (SETS), ele foi

criado em 2005 [...] para proporcionar o deslocamento de pacientes para realização de consultas e exames fora de seu domicílio [...]. Ao todo, 535 cidades foram beneficiadas com a entrega de 695 micro-ônibus a 53 Consórcios Intermunicipal de Saúde, que gerencia o programa em 74 [Regiões de Saúde] do Estado (MINAS GERAIS, 2016a, p. 214).

A política do SETS foi regulamentada pela resolução 3608/2013. Embora tenha como único financiador a Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, o SETS é executado em parceria com os Consórcios Intermunicipais de Saúde, os quais gerenciam o Sistema em cada Região de Saúde onde atuam (MINAS GERAIS, 2016a).

Retomando a delimitação dos níveis de regiões sanitárias, apresentadas anteriormente, pode-se afirmar que ela denota um grande esforço da equipe de elaboração do PDR/MG em se pautar por critérios técnicos, racionais e funcionais. Entretanto, apesar desse esforço, nota-se pela Tabela 05 que a aplicação de critérios padronizados a um Estado com municípios e regiões tão heterogêneos como é Minas Gerais, gerou Regiões de Saúde e Regiões Ampliadas de Saúde com características que destoam daquelas preconizadas pelo PDR/MG.

TABELA 05

Características das Regiões Ampliadas de Saúde de Minas Gerais

Região Ampliada de Saúde (RAS)	Quantidade de municípios	Quantidade de Regiões de Saúde	População total da RAS (IBGE/2014)
Centro	99	10	6.480.169
Centro-Sul	51	03	780.011
Leste	86	07	1.532.984
Leste do Sul	61	03	694.964
Jequitinhonha	34	03	296.870
Nordeste	57	07	811.368
Noroeste	34	03	931.946
Norte	86	09	1.661.130
Oeste	54	06	1.254.944
Sudeste	83	08	1.651.433
Sul	154	12	2.745.220
Triângulo Norte	27	03	1.260.398
Triângulo Sul	27	03	752.948

Fonte: Elaborado pelo autor a partir do PDR/MG e Deliberação CIB/SUS/MG n.º 1979 de 2014.

Observa-se na Tabela 05 que somente três das RAS (Leste, Norte e Sudeste) de Minas Gerais possuem um quantitativo populacional próximo do padrão ideal de 1.500.000 habitantes estabelecido pelo PDR/MG. As dez outras RAS possuem um número de habitantes bastante diferente daquele preconizado pelo PDR/MG. Dentre elas, ressalta-se que a RAS Centro possui

mais de quatro vezes o número idealizado, enquanto as RAS Noroeste, Leste do Sul e Jequitinhonha não possuem a metade da quantidade de habitantes preconizada.

Essas diferenças entre o ideal e o real não são uma exclusividade das Regiões Ampliadas, elas também aparecem nas Regiões de Saúde. No caso da Região Ampliada de Saúde Oeste (FIGURA 05), onde se localiza todos os cinco municípios estudados nesta tese, percebe-se várias diferenças entre o número de habitantes de suas RS e aquele de 150.000 preceituado pelo PDR/MG como ideal para uma Região de Saúde.

FIGURA 05

Região de Saúde Ampliada (RAS) Oeste



Fonte: Plano Municipal de Saúde Mental de Divinópolis 2014-2017 (DIVINÓPOLIS, 2014, p. 05).

Como mostra a Figura 05, a RAS Oeste é constituída por 54 municípios, os quais estão divididos em seis Regiões de Saúde (RS). Cada uma dessas RS é conhecida pelo nome de seu(s) município(s) polo(s). Assim, temos a RS de Bom Despacho composta por 07 municípios, a RS de Divinópolis/Santo Antônio do Monte constituída por 13 municípios, a RS de Formiga que conta com 09 municípios, a RS de Itaúna com 04 municípios, a RS de Para de Minas possuindo 08 municípios e a RS de Santo Antônio do Amparo/Campo Belo composta por 13 municípios.

Nestes termos, nota-se pela Figura 05 que, das seis Regiões de Saúde que compõem a RAS Oeste, somente a RS de Formiga possui um número demográfico bem próximo dos

150.000 habitantes estabelecido como ideal pelo PDR/MG. Todas as outras cinco RS diferem da quantidade estabelecida, com destaque para a RS de Bom Despacho, que possui 107.220 habitantes, ou seja, quase 30% a menos, ao passo que a RS de Divinópolis/Santo Antônio do Monte possui uma população de 469.432 habitantes, o que equivale a mais de três vezes o quantitativo sugerido pelo PDR/MG.

Como mencionado anteriormente, o município polo de uma Região Ampliada de Saúde (RAS) acumula também a função de ser polo da Região de Saúde (RS) onde se localiza. Logo, Divinópolis por ser a cidade polo da RAS Oeste, é também o polo da sua RS. Entretanto, como mostra a Figura 06, Divinópolis divide com a cidade de Santo Antônio do Monte o papel de município polo para a Região de Saúde denominada Divinópolis/Santo Antônio do Monte, a qual é composta por 13 municípios. É nesta RS que se localizam quatro dos cinco municípios estudados nesta tese, sendo eles Divinópolis, Perdigoão, São Gonçalo do Pará e São Sebastião do Oeste. No caso da cidade de Conceição do Pará, embora pertença ao Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Itapecerica, ela está adstrita a uma outra RS, como será mostrado mais adiante.

FIGURA 06

Região de Saúde Divinópolis/Santo Antônio do Monte



Fonte: Plano Municipal de Saúde Mental de Divinópolis 2014-2017 (DIVINÓPOLIS, 2014, pag. 06).

No que diz respeito à distância entre os municípios polos e as demais cidades da Região de Saúde Divinópolis/Santo Antônio do Monte, os números são bastante favoráveis quando comparados ao preconizado pelo PDR/MG (máximo de 150 Km de distância ou duas horas de

viagem em estradas não pavimentadas). Embora não seja suficiente para garantir o acesso aos serviços de saúde, sabe-se que a distância geográfica que separa tais serviços dos usuários influenciam positiva ou negativamente esse acesso.

Como se pode notar na Figura 06, tanto Divinópolis, quanto Santo Antônio do Monte localizam-se de forma relativamente central no território geográfico abrangido pela RS. Além disso os municípios que compõem essa Região não possuem grandes extensões territoriais, fazendo com que essa RS também não seja muito extensa possuindo 6.599,51 km², ou seja, cerca de 1,12% do território mineiro (IBGE, 2016). Assim, não há nenhum município pertencente a essa RS que se distancie mais que 100 km de quaisquer dos dois polos. Além disso, todas as cidades são interligadas por rodovias asfaltadas. Aliás, pode-se afirmar que os municípios dessa Região de Saúde levam vantagem no que diz respeito à distância geográfica que os separam dos serviços de alta complexidade⁶⁰, visto que, como já mencionado, tais serviços concentram-se no município polo da Região Ampliada de Saúde, que no caso da Região Oeste, é Divinópolis.

Cabe ressaltar, entretanto, que essa não é uma realidade de todas as RS de Minas Gerais. Alguns estudos como os de Alves e Magalhães (2015) e Silva e Ramires (2010) apontam para estrondosas distâncias entre diversos municípios e o seus polos de referência, sobretudo nas Regiões Ampliadas de Saúde (RAS) Norte e Noroeste. Neste contexto, seguindo a mesma tendência das características das regiões para fins de planejamento, as quais mencionei no início desse capítulo, essas duas RAS estão entre aquelas que possuem cidades com grandes extensões territoriais, fazendo com que a distância geográfica entre elas seja muito grande. A título de comparação, a RAS Oeste possui uma extensão territorial de 29.257,90 km², enquanto as RAS Norte e Noroeste possuem respectivamente 117.072,10 km² e 79.594,30 km².

Silva e Ramires (2010) afirmam que houve grande esforço por parte do PDR/MG em tentar delimitar os territórios sanitários levando-se em conta conceitos bastante avançados de região e rede, os quais contemplam aspectos culturais, sociais e econômicos. Além disso, no próprio texto introdutório do PDR/MG está registrado que cada vez mais

tem crescido a conscientização dos aspectos técnicos e políticos da regionalização por parte dos atores envolvidos, o que inclui o fato de o PDR não se referir apenas a uma distribuição espacial/geográfica, e a interesses parciais, de cunho loco-regional. A concepção atual é que a regionalização deve direcionar e refletir processos que levem em conta o âmbito estadual e

⁶⁰ Ressalta-se que, diferentemente dos serviços de média complexidade, para os quais existem referências quanto à distância geográfica entre eles e o domicílio do usuário, o PDR/MG é omissivo no que diz respeito aos serviços de alta complexidade, já que não estabeleceu nenhum critério para esses últimos.

metas de serviços a serem ofertados com equidade, o que é de grande importância para o fortalecimento do SUS e de seus instrumentos de planejamento e gestão (MALACHIAS, et al, 2013, p. 22).

Entretanto, apesar de ter sido elaborado com rigores técnicos e com base em um modelo de regionalização balizado por conceitos e ideias que mesclaram o direito universal à saúde com modernas tendências da gestão pública, o PDR/MG não se manteve imune aos efeitos dos interesses particulares de alguns grupos específicos. Exemplo disso, é a ascensão da cidade de Santo Antônio do Monte à condição de município polo da RS Divinópolis/Stº. Atº. do Monte, dividindo esse papel com Divinópolis. Como já apresentado, para um município ser polo de uma Região de Saúde, ele deve possuir uma maior densidade populacional, exercer força de atração sobre as outras cidades da RS e ser capaz de atender um elenco de procedimentos de saúde na atenção secundária. À época, Santo Antônio do Monte não reunia estas características, entretanto, em função de interesses político/pessoais locais a cidade tornou-se polo da RS Divinópolis/Stº. Atº. Monte como afirma o depoimento de um Trabalhador entrevistado⁶¹:

Isso foi uma questão politqueira mesmo. Na época, o Ministério da Saúde havia lançado um Programa chamado Centro Viva Vida para cuidar de questões relacionadas à saúde da mulher e da criança. Cuidar principalmente da parte da oncologia. A questão do câncer ginecológico era um grande problema na época. Então o Ministério da Saúde lançou o investimento para construir o CVV e o município que quisesse, poderia receber um recurso financeiro pra construir essa unidade pra atendimento basicamente da mulher. Obviamente todo município polo tinha preferência para sediar o serviço, mas se o município polo não quisesse outra cidade da região podia se candidatar. Divinópolis além de ser o município polo, já tinha o Hospital do Câncer que era uma referência para toda a região. Divinópolis se interessou pelo CVV, fez o projeto e levou a solicitação para ser aprovada na reunião da CIB. A CIB aprovou e encaminhou para o Estado, e a gente ficou aguardando. Quando saiu a publicação no Diário Oficial, a gente levou um susto! Aprovaram o Viva Vida para Santo Antônio do Monte! Isso foi muito estranho, porque a preferência era do município polo, e Divinópolis tinha manifestado o interesse e feito todo os procedimentos necessários. Santo Antônio do Monte não era polo e nem tinha submetido nenhum projeto na CIB. No mesmo Diário Oficial, eles colocam uma publicação alterando a regionalização, colocando Santo Antônio como polo. Desde então, nossa Região de Saúde passou a ser bipolar sendo Santo Antônio do Monte município polo junto com Divinópolis. Foi uma questão de interesse político local e isso ficou muito claro. Hoje Santo Antônio do Monte tem só uns 27 mil habitantes, na época era menor ainda. Transformaram Santo Antônio do Monte em cidade polo para dar respaldo, para justificar de o município construir o CVV lá (T 7).

⁶¹ Os sujeitos entrevistados para a coleta de dados da presente pesquisa só serão detalhadamente apresentados no Capítulo 05 desta Tese, sobretudo, na subseção 5.5.1. Entretanto, considere pertinente adiantar parte dos depoimentos do Trabalhador 7 nesta parte do texto, em função de ser uma fala bastante esclarecedora para a compreensão do processo de bipolarização da Região de Saúde Divinópolis/Santo Antônio do Monte.

Esse atravessamento político/pessoal prejudica sobremaneira todo o propósito do PDR, bem como o funcionamento da regionalização da política de saúde como um todo. A sobreposição de critérios político/pessoais em detrimento dos critérios técnicos acabam por impactar negativamente nos princípios de hierarquização e acessibilidade do SUS, dificultando ainda mais o alcance da integralidade do cuidado. Essa situação é assim expressa no depoimento transcrito abaixo.

Se o CVV tivesse sido instalado aqui em Divinópolis, perto do Hospital do Câncer, a mulher que fizesse o exame citopatológico ou de mamografia e desse resultado aletrado, ela já seria encaminhada para o Hospital do Câncer o mais rápido possível e o atendimento seria muito mais eficaz. [...] Na época, Divinópolis tinha uns 200 mil habitantes. Nós fizemos um levantamento e agora eu não me lembro direito, mas a gente ia ter de colocar uma quantidade absurda de ônibus na estrada para levar nossas mulheres para realizar exames lá. Enquanto que para Santo Antônio do Monte trazer as mulheres deles para Divinópolis era muito mais fácil já que era uma quantidade muito menor. Divinópolis é dez vezes maior que Santo Antônio do Monte [...]. Isso fere muito a lógica da regionalização, porque o desenho da regionalização leva em consideração que tem que ter um mínimo de pessoas circulando nas estradas. Além disso transportar pacientes fica muito caro e isso é gasto também, gasto com TFD [Tratamento Fora de Domicílio]. E o que falaram também na época é que a gente [Divinópolis] ia receber recurso de TFD, já que a gente ia mandar muitas pacientes pra lá, mas até hoje esse recurso não veio não. O resultado disso foi um problema de acessibilidade das nossas mulheres a alguns exames. Muitos dos exames de mamografia acabam sendo feitos aqui em Divinópolis e o serviço de Santo Antônio do Monte fica reclamando que Divinópolis tem cota de exames lá mas não usa (T 7).

É importante ressaltar que além do desenho de regionalização estabelecido pelo PDR/MG, na Região de Saúde Divinópolis/Santo Antônio do Monte existem também, quatro Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS). A saber: o CIS do Vale do Itapeçerica (CISVI), o CIS Alto do Rio Pará (CIS Pará), o CIS dos Municípios da Microrregião do Alto Rio Grande (CIS MARG) e o CIS do alto São Francisco (CIS ASF). Dentre esses CIS, o CISVI será melhor detalhado no quinto capítulo desta Tese, uma vez que os cinco municípios estudados na presente pesquisa a ele estão consorciados.

3.2.2 – As Comissões Intergestores mineiras e a cogestão da política de saúde

Embora tenha representado um grande avanço no processo de regionalização da política de saúde em Minas Gerais, o PDR, com seus recortes regionais e seu formato assistencial assentado nas Redes de Saúde, não foi suficiente para contemplar a dimensão da complexidade da gestão regional presente no contexto de heterogeneidade que sempre marcou as regiões

A criação dessas vinte e oito ramificações da Secretaria de Estado de Saúde (SES) propiciou uma maior capilaridade no apoio técnico-administrativo oferecido pelo gestor estadual ao extenso território mineiro. Nestes termos, essa reestruturação organizacional visava fortalecer e qualificar a presença do Estado tanto nos municípios, quanto nas Regiões de Saúde e Regiões Ampliadas de Saúde desenhadas pelo PDR/MG, buscando assim, consolidar as redes de atenção à saúde presentes em toda Minas Gerais (MINAS GERAIS, 2012a).

Desse modo, as SRS objetivam sobretudo, oferecer apoio na implementação e no monitoramento das políticas e ações de saúde, fortalecendo a governança regional do Sistema Estadual de Saúde em suas áreas de atuação. Para tanto, entre outras ações, compete às SRS coordenar, implementar, monitorar e avaliar as redes e ações de saúde, em todos os níveis de atenção, no âmbito regional, bem como auxiliar os municípios na criação de uma identidade loco-regional⁶⁴. No que diz respeito às GRS, elas oferecem apoio às Superintendências Regionais de Saúde às quais se vinculam, cobrindo áreas geográficas onde a SRS não estão diretamente instaladas.

Cada Superintendência Regional de Saúde é identificada conforme a Região Ampliada de Saúde onde se localiza e o município no qual está sediada (QUADRO 01)

QUADRO 01

Superintendências Regionais de Saúde e Gerências Regionais de Saúde de MG

Região Ampliada de Saúde (RAS)	Identificação da Superintendência Regional Saúde (SRS)	Município sede da Superintendência Regional Saúde	Gerência Regional de Saúde (GRS)	Quant. municípios	População (IBGE/ 2014)
Centro	SRS da RAS Centro SRS da RAS Centro	Belo Horizonte Sete Lagoas	GRS de Itabira	99	6.480.169
Centro-Sul	SRS da RAS Centro-Sul	Barbacena	GRS de São João Del Rei	51	780.011
Jequitinhonha	SRS da RAS Jequitinhonha	Diamantina	Não há	34	296.870
Leste	SRS da RAS Leste SRS da RAS Leste	Cel. Fabriciano Gov. Valadares	Não há	86	1.532.984
Leste do Sul	SRS da RAS Leste do Sul	Ponte Nova	GRS de Manhumirim	61	694.964
Nordeste	SRS da RAS Nordeste	Teófilo Otoni	GRS de Pedra Azul	57	811.368
Noroeste	SRS da RAS Noroeste	Patos de Minas	GRS de Unaí	34	931.946
Norte	SRS da RAS Norte	Montes Claros	GRS de Januária GRS de Pirapora	86	1.661.130

⁶⁴ Cf. Resolução SES N.º 3070/11 (MINAS GERAIS, 2011b).

Oeste	SRS da RAS Oeste	Divinópolis	Não há	54	1.254.944
Sudeste	SRS da RAS Sudeste	Juiz de Fora	GRS de Leopoldina GRS de Ubá	83	1.651.433
Sul	SRS da RAS Sul SRS da RAS Sul SRS da RAS Sul SRS da RAS Sul	Alfenas Passos Pouso Alegre Varginha	Não há	154	2.745.220
Triângulo Norte	SRS da RAS Triângulo Norte	Uberlândia	GRS de Ituiutaba	27	1.260.398
Triângulo Sul	SRS da RAS Triângulo Sul	Uberaba	Não há	27	752.948

Fonte: Elaborado pelo autor a partir do PDR/MG e Deliberação CIB/SUS/MG n.º 1979 de 2014.

Observa-se no Quadro 01 que há algumas Regiões Ampliadas de Saúde (RAS) que possuem mais de uma Superintendência Regional de Saúde (SRS) e há outras que possuem simultaneamente SRS e Gerência Regional de Saúde (GRS). A quantidade de SRS e GRS em cada RAS depende das características de cada uma dessas Regiões, ou seja, as maiores RAS, no quantitativo de municípios ou populacional, sediam uma maior quantidade de SRS e GRS em suas áreas de abrangência. Assim, a RAS Sul, por exemplo, cujo número de municípios (153) adstritos em seu território é o maior apresentado, possui também a maior quantidade de SRS. Já a RAS Centro possui duas SRS e uma GRS, já que ela é a mais populosa (6.145.218 hab.) e é a que ocupa a segunda posição no quantitativo de municípios, sendo eles 104.

Desse modo, essa variação quantitativa na distribuição geográfica desses órgãos político-administrativos, representam um esforço da Secretaria de Estado de Saúde (SES) em se fazer presente, o mais próximo possível, não só na gestão regional da saúde, como também, na oferta de um suporte técnico na implementação e monitoramento dessa política pública. Isso porque, a institucionalização das SRS e/ou GRS possibilitam uma maior capilaridade das ações do gestor estadual aproximando-o sobremaneira dos gestores municipais. Ao se instalarem em uma região específica, as Superintendências e Gerências Regionais de Saúde passaram a ter melhores condições de conhecer e compreender as especificidades locais e assim, traçarem junto com os municípios, propostas de intervenção mais resolutivas e mais adequadas às demandas loco-regionais apresentadas.

A ampliação da capilaridade político-administrativa através da criação das SRS e GRS colocou o gestor estadual presente em todo o território mineiro. Isso se traduziu em um importante passo na direção da construção de uma cogestão – entre estado e municípios – da política de saúde em Minas Gerais. Entretanto, para a efetivação dessa cogestão, faltava ainda a criação de espaços legítimos onde o gestor estadual pudesse se encontrar com os gestores

municipais para, juntos, debaterem e deliberarem sobre a construção e formatação do modelo de regionalização do SUS em cada uma das Regiões e Regiões Ampliadas de Saúde criadas pelo PDR/MG.

A partir do reconhecendo da importância desses espaços, em Minas Gerais, à luz do Decreto 7.508/11, foram instituídas as Comissões Intergestores Regionais (CIR)⁶⁵ e as Comissões Intergestores Regionais Ampliadas (CIRA). Criadas em 2012, essas Comissões são, desde então, os espaços mais apropriados – e, sobretudo, mais legítimos – para ocorrerem as discussões técnica-política-administrativas entre o representante regional do gestor estadual e os gestores dos municípios localizados na área de abrangência de uma determinada RS.

Nestes termos, CIR e CIRA são instâncias colegiadas de articulação, negociação e pactuação dos aspectos de gestão do Sistema Único de Saúde no âmbito da Região de Saúde – caso da CIR – e no âmbito da Região Ampliada de Saúde – caso da CIRA.

A CIR tem por finalidade fortalecer a identidade sanitária regional, por meio do debate dos problemas comuns aos municípios que compõem uma dada Região de Saúde e a busca por soluções conjuntas. No que diz respeito à sua composição, a CIR é constituída pelo representante do Estado (dirigente máximo da SRS) e pelos representantes de cada um dos municípios que compõem a Região de Saúde (gestores municipais). Cabe destacar que o caso do município de Conceição do Pará acaba ficando em uma lacuna, já que as questões relativas a este município são debatidas na CIR da RS de Pará de Minas. Isso é particularmente um problema para este município nas questões relativas à saúde mental, os serviços oferecidos nesta área os são feito, teoricamente, pelo CISVI.

No que diz respeito à CIRA, ela objetiva integrar todos os níveis de ações e serviços de saúde oferecidos por uma Região Ampliada de Saúde, por meio da constituição das Redes de Atenção à Saúde e do compartilhamento de recursos, para a configuração de uma região sanitária resolutiva com garantia de acesso integral à saúde ofertada à população⁶⁶. A CIRA é composta pelo gestor representante do estado (dirigente máximo da SRS) e por um gestor municipal representante de cada Região de Saúde pertencente à Região Ampliada.

As reuniões regionais da CIR e da CIRA ocorrem ordinariamente uma vez por mês, e extraordinariamente sempre que necessário. Quanto à hierarquia entre as Comissões

⁶⁵ Como visto na subseção 2.3.2 do capítulo anterior, as Comissões Intergestores Regionais (CIR) foram preconizadas pelo Decreto 7.508/11, elas são versões mais atualizadas dos Colegiados de Gestão Regional, instituídos pelo Pacto Pela Saúde em 2006.

⁶⁶ Cf. Artigo 3º e 4º da Deliberação CIB/SUS/MG n.º 2.280 de 2016 (MINAS GERAIS, 2016b).

Intergestores de Minas Gerias⁶⁷, a CIR e a CIRA estão no mesmo patamar uma da outra, sendo as duas subordinadas à CIB/SUS/MG. Assim sendo, toda pactuação consensual feita tanto na CIR quanto na CIRA é selada em um ‘documento de pactuação’, o qual é submetido à apreciação da CIB/SUS/MG para que seja definido pela sua homologação.

⁶⁷ Além da CIR e da CIRA, o estado de Minas Gerais conta também, com a Comissão Intergestores Bipartite (CIB/MG) e com a Comissão Intergestores Tripartite CIT. Como apresentado no capítulo anterior, as Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite foram instituídas pela NOB/93 e tiveram seus papéis redefinidos pelo Decreto 7.508/11 para instâncias de pactuação consensual entre os entre federativos para definição das regras de gestão compartilhada do SUS. As Comissões Intergestores variam entre si de acordo com a abrangência de seu foro de negociação e pactuação. Assim, a CIB tem seu foro composto pelo gestor estadual e pelos representantes dos gestores de todos os municípios localizados no estado; enquanto na CIT, o foro é composto pelos gestores dos três níveis de governo, sendo o federal, o estadual e o municipal.

4 – A POLÍTICA BRASILEIRA DE SAÚDE MENTAL NO PERÍODO ENTRE 2001-2016: CONJUNTURA NACIONAL E PERSPECTIVA DO CUIDADO INTEGRAL.

Os capítulos anteriores deste trabalho focaram-se em reflexões sobre as abordagens escolhidas acerca da política pública/social e da análise de política; o Estado federativo brasileiro e suas repercussões na política social, sobretudo a política de saúde; e também a descentralização – municipalização e regionalização – da política de saúde em Minas Gerais e as características heterogêneas desse Estado. Tais reflexões estiveram alicerçadas em um diálogo com textos, opiniões e posicionamentos de autores já consagrados, o que me permitiu apresentar uma leitura, sobretudo, teórico-metodológica dos dois grandes eixos em torno dos quais se articulam esta Tese: a política social de saúde mental e a análise de implementação da política.

A partir de agora, vislumbra-se um outro caminho. O presente capítulo, bem como o quinto e último capítulo desta Tese analisarão os discursos que constituem o *corpus* deste trabalho, sem, contudo, abandonar o diálogo com outros autores, principalmente Frey (2000), Flexor e Leite (2006), Walt e Gilson (1994), Araújo e Maciel (2001) e Baptista e Mattos (2011). Tais autores, como já mencionado no texto introdutório deste trabalho, são figuras centrais para a construção das categorias e subcategorias adotadas nesta Tese, as quais encontram-se delineadas na subseção apresenta a seguir.

4.1 – Análise de política social de saúde mental: abordagem teórica-metodológica e categorias de análise

No que diz respeito ao eixo *política social de saúde*, como apresentado no capítulo 1 desta Tese, a política de saúde brasileira está constitucionalmente definida como uma política social e esta é um tipo de política pública. A concepção que adotei para teorizar sobre a política pública/social é aquela que a pressupõe forjada a partir das relações entre o Estado e a Sociedade Civil caracterizadas por Pereira (2011) como ‘dialeticamente contraditórias’, variando entre ‘o antagonismo e a reciprocidade’ dessas duas instâncias. Ou seja, as políticas públicas/sociais se dão no jogo de tensões entre forças advindas tanto do Estado quanto da Sociedade Civil, implicando negociações, ajustes, diálogos, lutas e concessões de ambos os lados. Nesse sentido, a concepção de política pública/social por mim adotada recusa o entendimento limitado e nada democrático que considera essas políticas como atribuições privativas do Estado, restringindo-as a uma ‘racionalidade técnica das práticas governamentais e das instituições estatais’.

Com relação ao eixo *análise de política*, como também já exposto no capítulo 1, dentre os diversos modelos teórico-metodológicos para se analisar uma política, fiz a opção pelo modelo do Ciclo da Política, enfocando a fase da implementação sob a perspectiva multicausal. Essa perspectiva de análise de política concebe a implementação como uma etapa extremamente complexa e dinâmica, cujo desenvolvimento é contingencial e influenciável por inúmeros fatores, como os diversos atores envolvidos e seus distintos interesses; os contextos social, geográfico, político e econômico; as organizações da Sociedade Civil; as agências governamentais; entre outros.

Desse modo, objetivando fazer um estudo acerca da implementação da política pública de saúde mental no âmbito municipal coerente com o referencial teórico-metodológico adotado acerca da política pública/social e da análise de política, apoiei-me em algumas categorias e subcategorias de análise (QUADRO 02), as quais foram definidas a partir dos pressupostos teórico-metodológicos propostos pelos autores como Frey (2000), Flexor e Leite (2006), Walt e Gilson (1994), Araújo e Maciel (2001), Baptista e Mattos (2011), que estão expostos a seguir.

Frey (2000) chama a atenção para o fato de que os modelos teórico-analíticos de análise de políticas públicas foram pensados e elaborados em países com avançadas e sólidas instituições democráticas. Assim, um pesquisador que se proponha a analisar políticas públicas em países como o Brasil, deve fazer uma adequação daqueles modelos, de modo a levar em consideração as particularidades sociais, econômicas, políticas e culturais da realidade local das sociedades em desenvolvimento. Ainda segundo o autor, o Brasil, por exemplo, é um país que ainda possui “instituições democráticas frágeis”, além de ainda conviver com a “coexistência de comportamentos político-administrativos modernos e tradicionais⁶⁸” (FREY, 2000, p. 213). Outra característica específica, no caso brasileiro, destacada pelo autor é a relativa autonomia fiscal, administrativa e política que os municípios do país possuem. Isso acarreta, segundo o

⁶⁸ Edson Nunes, em seu livro *A gramática política do Brasil*, afirma que existem quatro padrões institucionalizados de relações ou ‘quatro gramáticas’ que estruturam os laços entre sociedade e Estado no país. São eles: o clientelismo, o corporativismo, o insulamento burocrático e o universalismo de procedimentos. Também conhecido como patrimonialismo ou fisiologismo, o clientelismo faz parte da tradição secular brasileira. Já as outras três gramáticas, segundo Nunes (1997), têm suas origens nos anos de 1930, por ocasião do governo Vargas. Embora o Brasil atual conte com uma institucionalidade formal necessária ao pleno funcionamento da democracia, essas quatro gramáticas apontadas pelo autor acabam por compor, no país redemocratizado dos anos de 1980, um sistema híbrido de laços entre sociedade e Estado, no qual: a) o universalismo de procedimentos é reforçado; b) o clientelismo reaparece como prática, embora cada vez mais condenado em termos de valor; c) o corporativismo perde força, mas não desaparece; e, d) o insulamento burocrático passa a ser visto como antidemocrático (NUNES, 1997). A coexistência desses quatro padrões institucionais na sociedade brasileira, argumenta o autor, acaba por gerar uma situação antagonica, marcada por constrangimentos e possibilidades da necessária consolidação da democracia nos dias de hoje.

estudioso, uma enorme diversidade de arranjos institucionais – cujas características variam de município para município – sobretudo no que diz respeito às inúmeras formas de relação entre o executivo e o legislativo municipal, bem como, às variadas maneiras de se estabelecerem as regras que definem a inserção da comunidade local no processo decisório.

Lançando mão de áreas do conhecimento como a Sociologia das Organizações e o Neo-institucionalismo na Ciência Política, Flexor e Leite (2006) defendem que a incorporação dos fatores sociais, econômicos e políticos no momento de se estudar uma política pública se revela bastante útil para se obter uma percepção melhor contextualizada da complexidade dos processos decisórios que a envolvem. Para tanto, os autores destacam a importância de três dimensões: a histórica e institucional, a processual e a organizativa. Tais dimensões ajudariam a resgatar os aspectos políticos, históricos, organizacionais e institucionais de uma determinada política pública, possibilitando ao pesquisador dimensionar o grau de interferência destes aspectos na caracterização e performance da política estudada.

Nessa mesma direção, Walt e Gilson (1994), Araújo e Maciel (2001) e Baptista e Mattos (2011) defendem o argumento de que os estudos que analisam políticas públicas devem ser desenvolvidos de modo a contemplar uma perspectiva conjuntural, buscando compreender as inter-relações dos fatos políticos, sociais, econômicos e culturais que teceram as condições de emergência e de desenvolvimento de uma dada política pública.

Assim, Walt e Gilson (1994) são favoráveis ao modelo analítico que transcende o foco apenas no conteúdo da política, somando a isso categorias como: o contexto, o processo, o conteúdo e os atores (individuais e coletivos) envolvidos no desenho das políticas públicas, em especial as de saúde. No modelo que defendem, esses autores insistem que essas categorias não são isoladas na configuração das políticas de saúde e sim são interdependentes, interagindo entre si e se influenciando mutuamente.

Na realidade, os *atores* são influenciados (como indivíduos e como membros de grupos de interesse ou associações profissionais) pelo contexto em que vivem e no qual trabalham, tanto o do nível macrogovernamental e ao nível microinstitucional. O *contexto* é afetado por muitos fatores, como a instabilidade ou insegurança criados por mudanças no regime político ou nas guerras; pelas ideologias neoliberal ou socialista, pela experiência histórica e cultural. O *processo* de elaboração de políticas (como as questões que entram para a agenda política ou como são excluídas dela), por sua vez é afetado pelos atores, por suas posições nas estruturas de poder, por seus próprios valores e por suas expectativas. E o *conteúdo* da política irá refletir algumas ou todas as dimensões acima⁶⁹ (WALT e GILSON, 1994, p. 355, tradução minha).

⁶⁹ No original: “In reality actors are influenced (as individuals and as members of interest groups or Professional associations) by the context within which they live and work, at both the macro-government level and the micro-

Partindo do modelo proposto por Walt e Gilson (1994), os autores Araújo e Maciel (2001) tomam as categorias *contexto*, *conteúdo*, *atores* e *processo* como matrizes e extraem de cada uma delas subcategorias e procedimentos pertinentes a uma análise de política. Assim, para a categoria *contexto*, são criadas duas subcategorias: o macrocontexto – entendido como as esferas políticas, econômicas e sociais – e o microcontexto – definido como a política setorial, o financiamento dos serviços, os resultados. Já a categoria *conteúdo* “é delimitada em termos dos problemas que procura modificar (aos quais procura responder), seus programas, projetos, ações, metas e recursos necessários⁷⁰” (ARAÚJO e MACIEL, 2001, p. 205, tradução minha). Quanto aos *atores* envolvidos no processo político, os autores destacam a importância para a identificação dos principais envolvidos – sejam pessoas, grupos, instituições ou organizações sociais –, a posição deles em relação à política, como se mobilizam e como estabelecem eventuais alianças e coalizões. Finalmente, a categoria *processo* diz respeito à dinamicidade inerente ao desenvolvimento da política pública. Desse modo, deve ser focalizado se o processo de tomada de decisão é aberto ou fechado aos principais atores ou grupos de interesse, as relações entre os diferentes níveis governamentais, as estratégias de implementação, bem como os recursos implicados (ARAÚJO e MACIEL, 2001).

Similar aos autores apresentados nos dois parágrafos anteriores, Baptista e Mattos (2011, p. 67) afirmam que as políticas públicas estão “associadas a construções históricas e modos de operar próprios de cada realidade, de cada Estado. Toda política se insere numa trajetória geral e também específica e se constitui numa institucionalidade que, de alguma forma, a condiciona e dá sentido”. Tendo isso como premissa, um primeiro ponto ao qual um estudo sobre política deve se deter é sobre o fato de que uma política pública tem sua história específica, que lhe dá características particulares e é construída no contexto histórico local onde se materializa. Esse contexto específico, por sua vez, deve ser estudado, levando-se em consideração sua articulação a um contexto histórico mais geral (BAPTISTA e MATTOS, 2011). Um segundo ponto destacado pelos mesmos autores diz respeito às pessoas inseridas no processo decisório. Assim, partem “do reconhecimento de que nenhuma política prescinde da

institutional level. Context is affected by many factors such as instability or uncertainty created by changes in political regime or war; by neo-liberal or socialist ideology, by historical experience and culture. The process of policy-making (how issues get on to the policy agenda, how they fare once there) in turn is affected by actors, their position in power structures, their own values and expectations. And the content of policy will reflect some or all of the above dimensions” (WALT and GILSON, 1994, p. 355).

⁷⁰ No original: “The content of a policy is delimited in terms of the problems it aims to change, its programmes, projects, actions, targets and resources required” (ARAÚJO and MACIEL, 2001, p. 205).

participação de sujeitos⁷¹ e que existem diferentes inserções dos mesmos no debate político” (BAPTISTA e MATTOS, 2011, p. 70). Nestes termos, ainda segundo os autores, é preciso ficar atento ao comportamento de cada um no jogo político, principalmente aos papéis exercidos por cada sujeito ou grupo na mediação de propostas. Outro ponto destacado pelos pesquisadores é que não se pode perder de vista que são os sujeitos particulares que compõem os grupos, logo, estes são múltiplos na sua composição e podem portar divergências de interesses dentro de um mesmo grupo. Um terceiro ponto a ser observado no estudo sobre políticas são “os espaços de relação e negociação utilizados pelos sujeitos no processo de construção dos discursos da ação política” (BAPTISTA e MATTOS, 2011, p. 75). Aqui devem ser reconhecidos os espaços formais e os informais, nos quais se dão os debates e as negociações políticas. Finalmente, o quarto ponto destacado pelos autores, é o conteúdo da política pública, o qual se expressa “nos documentos oficiais, nas falas de sujeitos participantes do debate político, na mídia e em outros veículos” (BAPTISTA e MATTOS, 2011, p. 77). Logo, a abordagem do conteúdo de uma política nos remete necessariamente aos três pontos anteriormente sumariados. Nestes termos, estudar o conteúdo cria a necessidade do debate acerca do contexto histórico local e geral, bem como mobiliza o pesquisador a identificar e problematizar os sujeitos participantes e as arenas de negociação (BAPTISTA e MATTOS, 2011).

Observa-se, nos pressupostos teórico-metodológicos propostos pelos autores, que todos eles são unânimes em relação a destacar a importância de se incorporar uma perspectiva conjuntural que abarque aspectos sociais, econômicos, políticos e culturais em estudos que pretendam analisar uma determinada política pública.

Além disso, conforme discutido nessa subseção, os autores, em particular, Walt e Gilson (1994), Araújo e Maciel (2001) e Batista e Mattos (2011), cada um a seu modo, chamam a atenção para o fato de que, para uma análise de política mais crítica e que leve em consideração a dinamicidade, a historicidade e a complexidade da constituição e do desenvolvimento de uma política pública, faz-se necessário abordar alguns aspectos que vão além do conteúdo da política em si.

⁷¹ Baptista e Mattos (2011, p. 71) defendem o uso do termo ‘sujeito’ no lugar de ‘ator’ argumentado que “a terminologia mais corrente nos estudos de política para tratar da participação dos sujeitos no debate político é ‘ator’. Preferimos a utilização da expressão ‘sujeito’ porque queremos ressaltar as histórias e implicações de cada indivíduo no processo político; o que cada um traz de contribuição para o debate, ora representando interesses de grupos dos quais participa, ora apresentando o seu próprio interesse; carregando conflitos e posições nem sempre claras no processo de negociação de uma ação política. Já a expressão ator remete à atribuição de papéis. Um ator é aquele que encena conforme um roteiro pré-estabelecido, não trazendo para cena suas próprias questões, no máximo as utilizando para dar vida a seu personagem”.

Nestes termos, a partir das considerações dos autores acima citados, elaborei algumas categorias e subcategorias de análise (QUADRO 02) apresentadas a seguir, as quais serão utilizadas na análise dos dados aqui empreendida.

QUADRO 02

Categorias e subcategorias de análise norteadoras desta pesquisa

Categorias	Subcategorias
Conjuntura social, política, econômica em que a política nacional de saúde mental vem sendo forjada	Condições sociais Situação econômica Regime político Trajetória da política no âmbito nacional
Conteúdo da política pública nacional de saúde mental	Documentos oficiais Legislação Objetivos Programas Discursos proferidos
Configuração da política de saúde mental no contexto local estudado	Trajetória da política de saúde mental no âmbito local Organização da rede de serviços Ações desenvolvidas Estratégias de enfrentamento das questões postas Institucionalidade da política Caracterização do município
Pessoas inseridas no processo decisório e nas arenas políticas de negociação	Sujeitos individuais Grupos de interesse Organizações sociais Espaços de participação social
Processo de implementação da política de saúde mental no âmbito local estudado	Relações entre Estado e Sociedade Civil Implementação da política Relações intergovernamentais

Fonte: Elaborado pelo autor a partir de categorias e subcategorias estabelecidas por Frey (2000), Flexor e Leite (2006), Walt e Gilson (1994), Araújo e Maciel (2001), Baptista e Mattos (2011).

Tais categorias e subcategorias de análise serão utilizadas para emoldurar o ciclo da política de saúde mental, considerando a perspectiva conjuntural – social, econômica e política – de sua constituição e a multiplicidade de fatores e atores que, em maior ou menor grau, influenciarão a sua implementação no âmbito municipal. Nestes termos, elas possibilitarão lançar um olhar sobre a política de saúde mental levando em conta seu caráter histórico, complexo e dinâmico.

Trata-se de uma opção por um enquadramento que me pareceu produtivo para as discussões que proponho fazer – um modo, entre tantos outros possíveis, de ver o (e refletir acerca do) objeto sobre o qual me detenho – sem, contudo, considerar que outros paradigmas ou orientações teóricas não poderiam ser usados por outros investigadores para a mesma finalidade.

Cabe destacar, finalmente, que as categorias e subcategorias de análise por mim estabelecidas não são estanques na configuração da política pública de saúde mental. Tampouco elas são isoladas e sequencialmente rígidas. Ou seja, elas se interpenetram e mutuamente se influenciam (WALT e GILSON, 1994). Assim, ao discorrer sobre a conjuntura sócio-político-econômica sob a qual emergirá e se desenvolverá a política nacional de saúde mental, será impossível, por exemplo, não mencionar as Conferências de Saúde Mental como arenas de debate político e direcionadoras dos rumos dessa política; e muito menos não citar a atuação do Movimento pela Reforma Psiquiátrica enquanto ator social fundamental nesse processo.

Nestes termos, apresentarei a seguir a análise dos discursos coletados para a realização do presente trabalho, tendo como elementos norteadores as categorias e subcategorias de análise que estabeleci, abordando-as de forma integradas entre si, tal qual elas apareceram no processo concreto de desenvolvimento e conformação da política nacional de saúde mental. Esta análise buscará verificar que política nacional de saúde mental brasileira é *construída, fabricada* (FOUCAULT, 1995, 1996) pelos discursos que são proferidos acerca dela.

Para tanto, serão desenvolvidos dois tópicos cujo desenho levou em consideração as categorias de análise mencionadas no Quadro 02. Assim, no primeiro tópico será abordada a conjuntura sócio-econômica-política sob a qual emergiu, se desenvolveu e se disseminou os ideais da Reforma Psiquiátrica, de modo a formatar a política pública de saúde mental com as características que ela possui hoje. O segundo tratará da constituição e institucionalização dos documentos legislativos que deram a estrutura formal do conteúdo da política nacional de saúde mental.

Finalmente, apresentarei, no quinto e último capítulo, os cinco municípios pesquisados nesta Tese, com suas características gerais e o modo como a política de saúde mental veio sendo implementada no contexto municipal investigado. Cabe destacar que o quinto capítulo, se considerado o Quadro 02, não obedecerá, como já mencionado, a uma apresentação rígida e sequencial das últimas três categorias de análise do referido quadro. Isso porque a implementação da política no âmbito municipal apresenta, como se verá, particularidades que apontarão para a interpenetração das categorias e subcategorias. Este movimento é a meu ver inerente ao cotidiano da implementação de qualquer política pública/social, impedindo, portanto, uma categorização estanque de elementos que, dada a contingência dos processos locais, podem se alternar, se hibridizar, se anular ou até mesmo se complementar.

4.2 – Conjuntura social, política, econômica sob a qual a política nacional de saúde mental foi forjada no período de 2001 a 2016

Para a presente subseção, me deterei nos aspectos conjunturais – políticos, econômicos e sociais – que constituíram o cenário de fundo no qual a política pública de saúde mental veio se conformando. Para tanto, optei por dividir esta parte do texto em três momentos. O primeiro deles abará um período histórico conjuntural compreendido entre o surgimento da Reforma Psiquiátrica (final dos anos de 1970) e a promulgação da Lei 10.216 (ano de 2001). O segundo momento situa-se no interregno contemplado desde o ano de 2001 até 2010. Finalmente, o terceiro momento, abará do ano de 2011 (promulgação do Decreto Federal 7.508 e publicação da Portaria 3.088 que instituiu a RAPS) até o ano de 2016. Tal divisão foi assim adotada, porque considero que eventos ocorridos nos anos de 2001 e 2011 – materializados em documentos nestas épocas – se constituíram como momentos instituintes de redirecionamento na legislação, na produção de conhecimento e nas práticas profissionais do campo da saúde mental.

4.2.1 – Painel histórico-conjuntural: do surgimento da Reforma Psiquiátrica até a Lei 10.216/2001

O cuidado oferecido à pessoa com transtorno mental no Brasil desde a inauguração do Hospício Pedro II (em 1852) até meados da década de 1970 esteve centrado na internação psiquiátrica do paciente, cujo modelo assistencial caracterizava-se pela exclusão social e, sobretudo, pelo afastamento do interno de suas interações sócio-familiares (AMARANTE, 2003). A partir dos anos 1970, surgiram as primeiras denúncias de maus tratos praticados contra as pessoas com transtornos mentais assistidas pelas instituições psiquiátricas de então. Por consequência, foram feitos diversos questionamentos à eficácia da assistência à pessoa com transtorno mental oferecido pelo modelo hospitalocêntrico, acusando-o de *coisificar* essas pessoas, reduzindo-lhes à condição de objeto.

Nesse contexto, a situação social que se configurou na área da saúde mental a partir do final dos anos 1970 e a partir dos primeiros anos da década de 1980, foi o que se convencionou chamar de Movimento da Reforma Psiquiátrica (MRP) brasileira. Essa Reforma fundamenta-se “não só em uma crítica conjuntural ao subsistema nacional de saúde mental, mas também – e principalmente – uma crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas” (AMARANTE, 1996, p. 87).

Durante boa parte da década de 1980, o MRP teve muito de sua atuação voltada para a tentativa de humanizar e *domesticar* o manicômio (SILVA, 2013). Entretanto, no final dessa

década, a Reforma já havia assumido para si a busca pela eliminação do manicômio como sua principal bandeira de luta. Assim, inspirado na radicalidade da proposta da Psiquiatria Democrática Italiana em pôr fim ao hospital psiquiátrico, em 1987, foi realizado, na cidade de Bauru/SP, o II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, no qual cunhou-se o lema: *Por uma Sociedade sem Manicômios!* e se estabeleceu o dia 18 de maio como Dia Nacional da Luta Antimanicomial. Neste mesmo evento, criou-se o Manifesto de Bauru, que é considerado “uma espécie de documento de fundação do Movimento Antimanicomial, direcionador dos seus primeiros momentos de vida” (SILVA, 2003, p. 90). Alguns anos depois, em 1993, esse movimento se consolidou como Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA), o qual passou a se aproximar das associações de usuários de serviços de saúde mental e de seus familiares desencadeando, assim, um processo de expansão do fazer da política pública de saúde mental para o domínio dos vários atores sociais e para as diversas dimensões da vida social. O campo da saúde mental, desde então, passou a contar com dois importantes movimentos sociais: o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial e o Movimento da Reforma Psiquiátrica (VASCONCELOS, 2010; PITTA, 2011). “o Movimento Antimanicomial possui sua maior base na Sociedade Civil, em trabalhadores e, sobretudo, usuários e familiares” (VASCONCELOS, 2010, p. 24). Já o Movimento da Reforma Psiquiátrica possui maior alcance e “incorpora a militância do Movimento da Luta Antimanicomial e suas dissidências, [além de] setores contra-hegemônicos de governos, sociedade civil, corporações da área, usuários, familiares, Universidades, aparelhos formadores e outros” (PITTA, 2011, p. 4585)⁷².

Cabe destacar que, nesse mesmo período histórico, o Brasil estava imerso em um contexto político/democrático que acabara de ser replantado no país, configurando-se em um momento de grande efervescência não só política, mas também cultural, social e econômica.

Como visto na subseção 1.1 desta Tese, esse contexto democrático, quando a relação entre o Estado e a Sociedade Civil se encontrava em razoáveis condições de diálogo, favoreceu ao MRP empreender novas estratégias na sua militância. Dentre estas estava a possibilidade de o Movimento ocupar os novos mecanismos institucionais de participação social democrática

⁷² A partir desse ponto do texto, usarei predominantemente a expressão ‘Movimento da Reforma Psiquiátrica (MRP)’ ao me referir às ações e posturas adotadas pelos movimentos sociais atantes no campo da saúde mental, uma vez que, como atestado por Pitta (2011), o MRP é bastante amplo, abarcando inclusive, o Movimento Antimanicomial. Não abandonarei contudo, o uso da expressão ‘Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA)’, utilizando-a em situações mais específicas de atuação de usuários, seus familiares e trabalhadores dos serviços de saúde mental, ou seja, os principais integrantes do MNLA.

forjados naquele contexto, assumindo uma postura mais protagonista em relação à elaboração e ao controle social da política pública de saúde mental.

À época, o MRP já apresentava como demanda central de seu projeto de luta a eliminação dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por serviços mais dignos e de maior qualidade. Tais demandas apresentadas tiveram sua legitimidade fortalecida em função de a Constituição Federal de 1988 ter ampliado as possibilidades de construção da cidadania de alguns grupos sociais, entre eles, os *loucos*. Assim sendo, os direitos conferidos ao *louco* naquele contexto de redemocratização política fizeram com que a exclusão social a que ele estava submetido desde o Brasil Imperial passasse a ser percebida como antidemocrática, portanto descabida às novas condições sociais e políticas daquele momento.

Além disso, a Carta Magna de 1988 representou um grande avanço para os direitos sociais, fato este que impactou diretamente a política pública de saúde, o que, obviamente, atingiu também a saúde mental. Como apresentado na subseção 1.2 desta Tese, nessa mesma época, o sistema de proteção social brasileiro havia sido substancialmente modificado ao buscar articular ações entre o poder público e a Sociedade Civil para assegurar direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social. No que dizia respeito à política de saúde, ela passou a ser “direito de todos e dever do Estado”, além de ser norteadada por meio de um Sistema Único de Saúde (SUS) cujos princípios e diretrizes preconizavam a descentralização, a integralidade e a participação popular.

Esse redirecionamento no modelo brasileiro da política de saúde afetou diretamente os rumos tomados pela política de saúde mental no país. Desse modo, sintonizados com as propostas de descentralização e hierarquização do sistema público de saúde – detalhadas no capítulo 02 desta Tese –, começaram a ser promulgadas as normatizações federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária e de base comunitária e territorializada fundadas nas experiências dos primeiros serviços substitutivos à internação hospitalar psiquiátrica.

Cabe ressaltar que essa reconfiguração dos dispositivos legais no âmbito do Governo Federal, propondo o redirecionamento do cuidado dispensado à pessoa com transtorno mental, só ocorreu “sob pressão social” (ROSA, 2003, p. 125). À época, os principais agentes dessa ‘pressão social’ eram o MRP e o MNLA, que já vinham se esforçando política e ideologicamente desde o ano de 1989, quando resolveram lançar mão da estratégia de “abrir um canal que garantisse a entrada, no circuito legislativo, das suas ideias e proposições antimanicomiais” (PEREIRA, 2004, p. 109). Nesse contexto, em 1989, os dois Movimentos

tiveram a iniciativa de, juntamente com alguns parlamentares, elaborar o Projeto de Lei n.º 3.657/89, que propunha a extinção e substituição gradativa dos serviços manicomiais, fartamente existentes à época (VASCONSELOS, 2006).

Embora tal projeto não tenha sido transformado em lei de imediato⁷³, sua repercussão social foi imensa, gerando discussões e debates em diversos setores da sociedade. Nesse contexto, durante o longo período de tramitação do Projeto de Lei 3.657/89 no Congresso Nacional, a política de saúde mental brasileira não ficou estagnada e foi sendo forjada em um complexo processo de avanços e de resistências (cf. DUARTE, 2008; 2014).

Couto (2010) classifica as décadas de 1980 e 1990 como paradigmáticas e paradoxais no que diz respeito às características econômicas, políticas e sociais do Brasil. Para a autora, as duas décadas juntas comportam simultaneamente, de um lado, um imenso avanço político com a redemocratização do país, e também social, com a promulgação da Constituição de 1988. De outro lado, paradoxalmente, instaurou-se uma grande recessão econômica cuja tentativa de solução adotada pelo governo federal foi a adoção das diretrizes macroeconômicas ditadas por agências internacionais. A exemplo disso, o governo Collor de Mello introduziu, no país, uma política econômica com fortes características neoliberais, abrindo a economia à concorrência internacional e adotando uma política de ajuste fiscal caracterizada pela redução dos gastos sociais, cortes no funcionalismo público e subfinanciamento das políticas sociais (ROSA, 2003; TEIXEIRA, 2014).

Os dois mandatos do governo de Fernando Henrique Cardoso que se seguiram, fizeram prosperar a agenda liberal recrudescendo o ajuste fiscal, restringindo o número de servidores públicos com a redução de concursos públicos na esfera federal⁷⁴ e acelerando o processo de privatizações de empresas estatais atuantes principalmente nos setores de siderurgia, telefonia e energia elétrica (COSTA, 2015).

Essa concepção de estado mínimo adotada pelos governos brasileiros nos anos de 1990 se desdobrou em graves implicações para a população em geral, expressando-se em diversos problemas como o aumento do desemprego, o crescimento do setor informal de trabalho, o aumento da violência, além de inúmeras dificuldades para a área social. Nesta, houve graves ameaças e/ou restrições de direitos sociais recém-inscritos na Constituição Federal de 1988.

⁷³ Este projeto de lei teve seu texto normativo substancialmente modificado e foi sancionado como Lei federal sob o número 10.216, em 06 de abril de 2001.

⁷⁴ “Criada no segundo mandato de FHC com objetivo de cumprir a política de contrarreforma do Estado no sentido dos ajustes fiscais recomendados pelas agências financeiras internacionais, a Lei da Responsabilidade Fiscal (LRF/2000) corresponde ao controle dos gastos públicos das três esferas de governo e se baseia na justificativa de redução de contratação de funcionários públicos” (TEIXEIRA, 2014, p. 53).

Nesse contexto, o governo passou a oferecer respostas seletivas e focalizadas somente a questões sociais extremamente graves. Assim, as políticas sociais passaram a ser “subordinadas às reformas estruturais e restritas à ação emergencial, de caráter assistencialista, sem assegurar direitos e constitu[iram] uma política pública, [cujas características] contrariavam a Constituição de 1988 [...]” (ROSA, 2003, p. 117). Esse desalinhamento entre o tipo de políticas públicas orientado pela lógica neoliberal e aquele preconizado pela Carta Magna de 1988 é exemplificado por Teixeira (2012, p. 59), quando essa autora afirma que, no caso da política de saúde – sobretudo a partir do segundo mandato do governo FHC –, ela passou a ser pensada a partir da “lógica do seguro e não da seguridade social, da focalização em vez da universalidade, da privatização contra o investimento no serviço público, da desregulamentação e flexibilidade dos direitos trabalhistas e da descentralização sem controle social”.

Para além das dificuldades e dos problemas acima mencionados, Dagnino (2004) ressalta que o neoliberalismo influenciou fortemente o padrão relacional entre o Estado e a Sociedade Civil, na medida em que foram distorcidas as conquistas advindas do processo de redemocratização do país ocorrido na década de 1980. Nestes termos, afirma a autora, se a Constituição Federal de 1988 inaugurou, no país, uma possibilidade de diálogo e de ação conjunta entre Estado e movimentos sociais por meio do aprofundamento democrático, o ideário neoliberal fragilizou essa possibilidade, ao preconizar o encolhimento da responsabilidade de garantir direitos por parte do Estado e a simultânea transferência desta responsabilidade para a Sociedade Civil. Nesse contexto, estimuladas pelo próprio governo, surgiram diversas formas de organizações populares – distintas dos movimentos sociais – institucionalizadas, hierarquizadas e com encontros sistemáticos (GOHN, 2011). Desse modo, o Plano Diretor de Reforma do Estado (PDRE), elaborado Pelo Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE), em 1995, objetivava flexibilizar o Estado, propondo, para tanto,

implantar a terceirização, sob diferentes modalidades, através dos Contratos de Gestão, com a inserção das Organizações Sociais (OS)/1998 e Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP)/1999 – as Organizações não Governamentais (ONG) –, permitiu a proliferação desses serviços como os prestadores de saúde privilegiados. Essas modalidades surgem como um ‘novo’ modelo ou ‘alternativas’ de gestão. A concessão da prestação dos serviços assistenciais é dirigida para os ‘entes privados’, ‘públicos não estatais’ regidos pelo direito privado. Traz em seu bojo a ‘parceria público-privado’, na fase complementar da ideologia ‘desestatizadora’ [...] No plano ideológico, essas privatizações são justificadas pela ‘ineficácia do público’ e pela necessidade de se criar ‘alternativas’ de gestão (TEIXEIRA, 2012, p. 59).

Nos anos seguintes, assistiu-se a uma grande proliferação dessas entidades – OSs, OSCIPs e ONGs –, fato este que possibilitou o fortalecimento da desresponsabilização do Estado, ao mesmo tempo que contribuiu, sobremaneira, para o enfraquecimento de muitos movimentos sociais. Na argumentação de Dagnino (2004), as ONGs, por exemplo, passaram a ser as preferidas do Estado para que este firmasse suas parceiras, uma vez que elas deteriam competência técnica na sua área de atuação, e desempenhariam seus trabalhos em setores cuja prestação de serviços públicos seria falha. Ainda segundo a autora, elas passaram a ser consideradas pelo Estado como interlocutoras ‘mais confiáveis’, já que não possuíam discursos políticos tão combativos quanto os movimentos sociais. Além disso, embora as ONGs tenham organização e funcionamento distinto dos movimentos sociais, para Pinto (2006, p. 656), muitas vezes elas dividem com eles a “fragmentação de seus temas, demandas e campanhas.” Ou seja, as ONGs passaram a trabalhar com temas e atender a um público-alvo muitas vezes com características bastante semelhantes àqueles abarcados pelos movimentos sociais. Nesse sentido, as ONGs passaram a competir com os próprios movimentos sociais, não só pelo mesmo público-alvo, mas também pelas mesmas fontes de financiamento de suas ações. Tal situação causou certo enfraquecimento e desmobilização de muitos movimentos sociais, os quais se viram obrigados a deixar de ser tão críticos e reivindicativos, alterando suas práticas para uma direção mais propositiva alinhada ao discurso do ‘terceiro setor’ (GOHN, 2011). Vasconcelos (2016) afirma que o impacto da conjuntura acima apresentada sobre o Movimento Antimanicomial brasileiro foi menor se comparado a outros movimentos sociais. Assim, o autor afirma que “os movimentos sanitários e de luta antimanicomial se mantiveram ativos, mas também sofreram um claro processo de institucionalização” (VASCONCELOS, 2016, p. 62).

Apesar desse contexto sócio-político-econômico desfavorável, a construção da política pública de saúde mental seguiu avançando no decorrer da década de 1990. Estreitamente ligados à persistência da militância do MRP, tais avanços ocorreram tanto no plano legislativo, quanto no assistencial e no da participação popular (VASCONCELOS, 2008; 2010).

No plano legislativo, mesmo sem aprovação imediata, o Projeto de Lei 3.657/89, inspirou diversos Estados brasileiros a elaborar e aprovar suas leis antimanicomiais. Além disso, no âmbito federal, durante toda a década de 1990, inúmeras Portarias Ministeriais foram emitidas criando, regulando e financiando serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico.

No que diz respeito ao âmbito da assistência, houve uma consolidação da política de desinstitucionalização, com expressiva redução do número de leitos psiquiátricos e simultâneo

financiamento e implantação dos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico (VASCONCELOS, 2008).

Já no plano da participação popular, foi realizada a II Conferência Nacional de Saúde Mental, que teve sua comissão organizadora composta por representantes das associações de usuários e familiares dos serviços de saúde mental e de representantes do Movimento Antimanicomial (BRASIL, 1994). Essa possibilidade de se fazer representar em espaços de debate político e se assentar com o Estado para colaborar com a elaboração e gestão da política de saúde mental, como ocorreu na II CNSM, foi um grande avanço não só para o MNLA como também para o MRP. Lobosque (2001) chama a atenção para este momento crucial na história política da luta antimanicomial, quando os Movimentos MRP e MNLA passaram a assumir para si a atribuição de serem mais protagonistas em relação à política social de saúde mental, comprometendo-se a “definir o modelo de política que defendem, exigindo do poder público a responsabilidade de sua implantação, acompanhando-a e colocando-se como parceiros e interlocutores neste processo” (LOBOSQUE, 2001, p. 32).

Seguindo o fluxo da política pública de saúde mental em andamento no âmbito nacional, o Estado de Minas Gerais aprovou, em 1995, uma lei que dispunha sobre a extinção dos serviços hospitalares e sua consequente substituição por novos projetos e serviços de saúde mental. A tendência também foi seguida no âmbito da participação popular e assistencial. Houve expressiva participação de militantes mineiros – trabalhadores, usuários e seus familiares – na II CNSM. Foram criados, a partir de 1994, alguns grupos antimanicomiais em Minas Gerais, com destaque para o Fórum Mineiro de Saúde Mental⁷⁵, atuante na cidade de Belo Horizonte e sua região metropolitana (DUARTE, 2014). Ao longo da década de 1990, foram instituídos, também na capital mineira, os primeiros serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico: os Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAM).

Cabe destacar que nesta mesma época iniciativas dessa natureza ocorreram em diversos municípios do interior do Estado (LOBOSQUE, 1997), como foi o caso de Divinópolis que, em 1997, inaugurou o seu primeiro CAPS e, em 2002, criou a Associação Ser-Sã, composta predominantemente por trabalhadores, usuários dos serviços da saúde mental e seus familiares.

Retomando o Projeto de Lei 3.657/89, mencionado há alguns parágrafos... Depois de doze anos de sua tramitação no Congresso e no Senado Federal, ele foi base para a promulgação

⁷⁵ Como apresentado no início desta subseção, o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA) se consolidou enquanto tal em 1993. Isso ocorreu por ocasião do I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial, realizado na cidade de Salvador/BA. Neste evento definiu-se que a coordenação nacional do MNLA seria liderada por uma Secretaria Executiva Nacional. Na plenária final do evento, a delegação de Minas Gerais, constituída predominantemente por membros do Fórum Mineiro de Saúde Mental, foi eleita para tal função (DUARTE, 2014).

da Lei 10.216, aprovada em 06 de abril de 2001. Duarte (2010) afirma que se operou neste longo processo de tramitação, um forte embate entre forças a favor e contrárias à aprovação do Projeto. Desse modo, se de um lado, ocupando uma posição favorável à aprovação, estavam o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, diversas associações de usuários de serviços de saúde mental e seus familiares e alguns parlamentares; de outro lado, posicionando terminantemente contra a aprovação, estavam, além da Associação de Familiares de Doentes Mentais⁷⁶ (AFDM), “segmentos representados por entidades como a FBH (Federação Brasileira de Hospitais), as indústrias farmacêuticas e setores da corporação dos médicos psiquiatras, reconhecidamente contrários à temática em questão” (DUARTE, 2010, p. 139). Assim, continua o autor

o *lobby* foi grande no espectro legislativo e esses setores descritos anteriormente, de forma articulada, conseguiram alterar o artigo primeiro do referido projeto que proibia, em todo o território nacional, a construção de novos hospitais psiquiátricos e de novos leitos nestes hospitais (DUARTE, 2010, p. 139).

Nestes termos, resultado de um longo e difícil processo de negociação no parlamento brasileiro que envolveu uma gama de atores sociais possuidores de interesses antagônicos, a Lei 10.216 “reflete o consenso possível sobre uma lei nacional para a reforma psiquiátrica no Brasil” (BRASIL, 2004a, p. 20). Configurada como a terceira lei federal no âmbito da saúde mental brasileira, substituindo, assim, o quase septuagenário Decreto n.º 24.559⁷⁷ de 1934, a Lei 10.216 é considerada um marco na trajetória da política pública de saúde mental. Isso porque este documento representou, no aspecto formal da trajetória da saúde mental brasileira, uma ação relevante na medida em que consolidou inúmeras demandas vocalizadas pelo MRP como uma política de Estado (VASCONCELOS, 2008).

4.2.2 – Painel histórico-conjuntural: de 2001 a 2010

A trajetória apresentada na subseção anterior mostra que houve avanços no campo da saúde mental relacionados a setores sociais, bem como nos âmbitos culturais, legislativos e

⁷⁶ A Associação de Familiares de Doentes Mentais (AFDM) [...] surgiu em maio de 1991, no Rio de Janeiro, pela ação de familiares cuja motivação foi a preocupação com os efeitos da aprovação do Projeto de Lei 3.657 (SOUZA, 1999, p. 131).

⁷⁷ Substituindo o Decreto 1.132 de 1903, o Decreto 24.559, “dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências”. Trata-se da segunda lei federal brasileira específica a dispor sobre a saúde mental. Promulgado em 1934, o Decreto 24.559 se manteve em vigor por 67 anos, sendo substituído em 2001 pela Lei 10.216 (DUARTE, 2008).

assistenciais. Entretanto, algo que também não há como negar é que o modelo de assistência hospitalocêntrico, mesmo com todos os progressos ocorridos, manteve-se persistente.

A notoriedade desta persistência e a verificação da necessidade de se refletir sobre os rumos a serem tomados pela política de saúde mental nortearam a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental (III CNSM). Assim, em dezembro de 2001, apenas oito meses após ser sancionada a Lei 10.216, foi realizada a III CNSM sintonizada com o tema mundial: *Cuidar sim, excluir não*, proposto pela Organização Mundial de Saúde, sem, contudo, se desvincular do tema nacional: *Efetivando a Reforma Psiquiátrica, com acesso de qualidade, humanização e controle social*. Realizada democraticamente com forte participação popular e precedida por inúmeras Conferências municipais e estaduais, essa Conferência reafirmou a saúde como um direito do cidadão e dever do Estado e a necessidade de garantir, nas três esferas de governo, que as políticas de saúde mental seguissem os princípios do SUS, estabelecendo um conjunto de ações e serviços regionalizados, hierarquizados, integrados e submetidos ao controle social. Com relação às propostas e diretrizes então traçadas, o que se pode afirmar, é que incidiram simultaneamente sobre dois aspectos. Por um lado, preceituava o fortalecimento da política de desospitalização reduzindo leitos e fiscalizando serviços hospitalares; por outro lado, propunha um investimento em forma de financiamento próprio na rede de serviços substitutivos à lógica manicomial, ampliando dispositivos já existentes e criando outros até então inéditos (SUS, 2001, p. 23).

Para Vasconcelos (2010), nos anos que se seguiram aos últimos eventos mencionados – promulgação da Lei 10.216 e realização da III CNSM – houve grande expansão e consolidação da rede de atenção psicossocial substitutiva ao hospital psiquiátrico. Nesta mesma direção, Pitta (2011, p. 4586) afirma que esse período foi a “era mais vigorosa para a gestão da política de saúde mental no Brasil onde uma equipe dedicada [...] geriu de forma competente os interesses da Reforma Psiquiátrica”. Entretanto, a autora acrescenta que a redução dos leitos hospitalares e a simultânea construção da rede de serviços substitutivos não se deu de forma linear nem simétrica pelas regiões do país, tampouco se deu de maneira passiva e sem a resistência de grupos sociais contrários à proposta.

No âmbito político nacional, a vitória do governo democrático, liderado por Luiz Inácio Lula da Silva, em 2002, levantou muitas expectativas em grande parte da sociedade com relação às necessárias melhorias nas condições de vida da população. Entretanto, essas expectativas não foram totalmente correspondidas, gerando frustrações em alguns grupos sociais. O governo Lula, em seus dois mandatos, foi marcado por um continuísmo das estratégias adotadas pelo

governo FHC, ou seja, manteve o foco na política macroeconômica, não rompendo totalmente com obediência aos ditames das agências econômicas internacionais que preconizavam o Estado mínimo. Assim, a tendência neoliberal instalada no país desde os governos anteriores, com suas práticas privatistas e de retração do papel do Estado, bem como de fragmentação e subordinação das políticas sociais à lógica econômica, não foi colocada em xeque pelos dois governos de Lula (BRAVO, 2008; VASCONCELOS, 2008, 2010, 2016; GRANEMANN, 2009; TEIXEIRA, 2012; FILGUEIRAS, 2015).

Analisando essa mesma conjuntura, Bravo (2008) ressalta que, no que diz respeito à política de saúde em particular, houve uma forte contradição entre o conteúdo discursivo do governo Lula e aquilo que ele colocava em prática. Assim, afirma a autora:

com relação à saúde, havia uma expectativa que o governo Lula fortalecesse o projeto de reforma sanitária que foi questionado nos anos 90, havendo, no período, a consolidação do projeto de saúde articulado ao mercado ou privatista. O governo Lula entretanto, apesar de explicitar como desafio a incorporação da agenda ético-política da reforma sanitária, pelas suas ações tem mantido a polarização entre os dois projetos⁷⁸. Em algumas proposições procura fortalecer o primeiro projeto e, em outras, mantém o segundo projeto, quando as ações enfatizam a focalização e o desfinanciamento da saúde (BRAVO, 2008, p. 102).

Apesar desta situação, o governo Lula da Silva diferenciou-se dos anteriores por colocar em prática alguns planos, projetos e programas específicos, cuja transferência de renda por meio do programa Bolsa Família, aumento real do salário mínimo e um programa de habitação popular resultaram em uma queda das taxas de desemprego, redução da pobreza extrema e diminuição da desigualdade social (VASCONCELOS, 2010; TEIXEIRA, 2012; FILGUEIRAS, 2015).

Cabe ressaltar que, para Filgueiras (2015), essa bonança da economia brasileira só ocorreu em função das políticas adotadas pelo governo Lula terem sido simultâneas a uma conjuntura econômica internacional relativamente favorável. Entretanto, a crise mundial do capitalismo deflagrada em 2008, cujo estopim foi no setor imobiliário dos Estados Unidos,

⁷⁸ Em um outro trabalho no qual reflete sobre a trajetória histórica da política de saúde no Brasil, a mesma autora aponta que “estão em pauta dois projetos para a saúde no Brasil. São eles: o projeto da Reforma Sanitária e o projeto de saúde articulada ao mercado ou privatista que possuem premissas antagônicas. O primeiro compreende a saúde como direito social e dever do Estado; e o segundo como prática mercantilista – visto no avanço da privatização através de organizações sociais e fundações estatais de direito privado – na defesa do Estado mínimo para as questões sociais e máximo para o capital. Nesse confronto, o SUS vem se efetivando como espaço de disputa política para os dois projetos. Por um lado, é nele que se materializa a luta por uma política de acesso universal. Por outro, na medida em que a dotação de verba pública para a saúde vem sendo restringida ano após ano, é reduzida a sua capacidade em promover o acesso universal” (BRAVO, 2001, apud BRAVO e MARQUES, 2012, p. 206).

espalhou-se rapidamente pelo sistema bancário e atingiu a economia mundial, rebatendo sobre a brasileira. Embora, à época, pelo menos durante o ano de 2008 e parte de 2009, o Brasil tenha demonstrado boa reação à crise em função das políticas anticíclicas implementadas pelos bancos públicos, nos anos que se seguiram ele não conseguiu permanecer imune aos efeitos mais graves e deletérios da crise econômica (CARLEIAL, 2015; ALMEIDA, 2009).

Essa conjuntura econômica mundial/nacional negativa expôs a fragilidade do sistema político-econômico adotado pelo governo Lula, o qual havia propiciado alguns benefícios à classe trabalhadora e às camadas mais pauperizadas da população – em sua maioria desempregados e/ou submetidos ao mercado informal de trabalho.

Simultaneamente aos desdobramentos de toda essa crise econômica e muitas vezes dela decorrente, assistiu-se, durante a década de 2000, a um quadro de aumento exponencial da violência urbana; do uso prejudicial de álcool e outras drogas – com destaque para o *crack* –; do número de pessoas em situação de rua, em função do uso de drogas, com fragilização e/ou rompimento de vínculos familiares; tudo isso impactando negativamente o campo da saúde mental (VASCONCELOS, 2010; PITTA, 2011).

Ao cenário acima apresentado, somou-se o fato de que a própria inflexão da política de saúde mental gerou novas demandas mais diversificadas e mais complexas do que aquelas apresentadas até os anos 1990. Assim, além das pessoas com tratamento mental tradicionalmente atendidas pela política de saúde mental, novos grupos populacionais – como as crianças, os adolescentes e as pessoas em uso prejudicial de álcool e outras drogas até então negligenciados pela saúde pública brasileira – entraram para a agenda do governo e passaram a ser objeto de intervenção da política pública de saúde mental (BRASIL, 2005).

Registrando os principais avanços e os desafios vivenciados pela política nacional de saúde mental no quadriênio 2007/2010, o Relatório de Gestão de Saúde Mental do Ministério da Saúde desse período expressa bem a situação dessa política social mencionada no parágrafo acima. Nestes termos, o referido Relatório intitulado: “Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica” apresenta como avanço o alcance da cobertura dos CAPS em regiões brasileiras como a Amazônica e a Centro-Oeste, antes não contempladas por estes serviços. Ressalta também, a criação do Núcleo de Apoio de Saúde da Família enquanto uma estratégia importante para o desenvolvimento da saúde mental nas unidades de atenção primárias em saúde.

Em relação aos desafios ou as “novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica”, o documento aponta três pontos principais. O primeiro mostra as dificuldades enfrentadas no âmbito da

política de desinstitucionalização, com destaque para as limitações de financiamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos e a baixa adesão ao Programa de Volta pra Casa. Já o segundo ponto diz respeito ao enorme impacto sofrido no campo da saúde mental com o grande aumento do consumo de crack em todo o país, especialmente entre as crianças e adolescentes. Impacto este ampliado também pela necessidade de aumento de serviços como leitos em hospital geral e Centros de Atenção Psicossocial de funcionamento 24 horas capazes de oferecer cuidado nas situações de crise da pessoa com transtorno mental e com problemas decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas. Finalmente, o terceiro ponto mencionado diz respeito a setores conservadores da sociedade brasileira, como algumas corporações médicas e alguns parlamentares, que se aproveitaram desse quadro de desafios para fortalecerem seus posicionamentos políticos e ideológicos contra o Movimento da Reforma Psiquiátrica. Tais grupos conservadores acirraram suas críticas ao MRP e fortaleceram sua militância, incorporando em seus discursos acusações contra a política de saúde mental de incorrer em desassistência, sobretudo às pessoas usuárias de álcool e outras drogas (BRASIL, 2011g).

Em 2009, o reconhecimento de toda essa conjuntura até agora descrita fez com que diversos atores e setores sociais vinculados ao movimento de Reforma Psiquiátrica reivindicassem a realização da IV Conferência Nacional de Saúde Mental (IV CNSM). Isso porque já se fazia “evidente a necessidade de colocar em análise a política de saúde mental empreendida e de democraticamente colocar a sociedade no lugar de avaliação e proposição, com todos os embates que possam e devem aparecer nesse processo” (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2010, p. 14).

Nesse contexto, foram feitas algumas solicitações, junto ao Ministério da Saúde para que se realizasse a IV CNSM. Entretanto, em função da resistência de alguns setores do Governo Federal em realizar conferências temáticas, entre elas a de saúde mental, a Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial⁷⁹ (RENILA) – atualmente uma das vertentes do movimento antimanicomial brasileiro – promoveu a *Marcha dos usuários à Brasília: Por*

⁷⁹ No final dos anos 1990, o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA) começou a passar por algumas crises internas em função de divergências entre os seus próprios componentes. Tal crise atingiu o seu auge no V Encontro Nacional da Luta Antimanicomial, ocorrido em 2001 na cidade de Miguel Pereira, no Rio de Janeiro. Os impasses gerados por algumas propostas colocadas no Encontro inviabilizaram o diálogo entre os distintos grupos presentes. Isso, somado ao desgaste que já vinha se acumulando há alguns anos, provocou a ruptura interna do movimento, dividindo-o em duas vertentes antimanicomiais no país. Nestes termos, em 2003, quinze núcleos antimanicomiais (originários de doze Estados diferentes), antes pertencentes ao MNLA, se reuniram na cidade de Fortaleza e fundaram a Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial (RENILA). Desde então, no Brasil, existem duas correntes antimanicomiais, isto é, a RENILA e o MNLA. Embora realizem encontros nacionais e regionais de forma autônoma, os dois grupos se mantêm fiéis ao lema “*Por uma sociedade sem manicômios*”, cunhado em 1987, no Congresso de Bauru que deu origem ao movimento antimanicomial brasileiro.

Reforma Psiquiátrica Antimanicomial. Este ato político contou com a participação de cerca de 2.500 pessoas, sendo trabalhadores, usuários de serviços de saúde mental e seus familiares. A Marcha foi uma estratégia de militância utilizada para vocalizar para toda a sociedade demandas pertinentes à área da saúde mental de modo a pressionar o Conselho Nacional de Saúde pela autorização da realização da IV CNSM (VASCONSELOS, 2010).

Assim, precedida de inúmeras outras Conferências de saúde mental ocorridas nos níveis municipal, regional e estadual e sob muita pressão social, em 2010, realizou-se a IV CNSM. Destaque-se que em maio de 2010, pela primeira vez, o município de Divinópolis realizou a sua Conferência Municipal de Saúde Mental que foi a etapa municipal preparatória para a IV CNSM. Também em maio de 2010, Minas Gerais realizou a sua Conferência Estadual de Saúde Mental como etapa preparatória para a IV CNSM.

A IV CNSM foi um evento intersetorial que contou com a presença de usuários, trabalhadores, gestores do campo da saúde e de outros setores. SUS (2010) afirma que a conjuntura política, social e econômica da sociedade brasileira existente à época, somada às características internas ao campo da saúde mental apresentadas naquele contexto histórico, foram determinantes para que ela ocorresse dentro de uma proposta intersetorial. Nestes termos, o debate que se desenvolveu nessa Conferência, pautou-se numa concepção de saúde mental que, obviamente, estava dentro do setor de saúde, mas o transcendia e possuía interfaces com diversos outros setores: social, habitacional, trabalhista, cultural, educacional. Assim, as discussões ocorridas na IV CNSM, por um lado, reconheceram os avanços concretos alcançados pela expansão quantitativa e qualitativa da rede assistencial territorializada. Por outro lado, identificaram desafios e lacunas nesta mesma rede que, em função de sua complexidade, demandavam, como respostas, ações e serviços de saúde mental que estivessem necessariamente articulados com outras políticas públicas (SUS, 2010).

4.2.3 – Painel histórico-conjuntural: de 2011 a 2016

No período de 2011 a 2016, o campo da saúde mental continuou a acumular avanços e também desafios no Brasil. Talvez mais os últimos que os primeiros. Arrisco-me a classificar esse período – tal qual Couto (2010) fez com as décadas de 1980 e 1990 – como paradigmático e paradoxal. Isso porque ele apresenta de um lado, importantes avanços no âmbito normativo, tanto para a saúde geral quanto para a saúde mental; e, de outro lado, um enorme retrocesso em

relação às políticas sociais, em função dos desdobramentos negativos da crise política e econômica do país.

No que diz respeito aos avanços, além das inúmeras Portarias Ministeriais promulgadas, um ponto que merece ser destacado é a publicação – embora com vinte e um anos de atraso – do Decreto Federal 7.508/2011 que regulamenta a Lei Orgânica da Saúde 8080/1990. Como apresentado na subseção 2.3 desta Tese, esse Decreto resgatou aspectos da regionalização e das redes de saúde que, embora já estivessem presentes desde 1990 na Lei 8080, nunca tinham sido tão enfatizados e tão valorizados na assistência, na organização e no planejamento da política pública de saúde.

Nestes termos, o Decreto 7508/11 parte do pressuposto de que uma região de saúde – conceito estruturante para a regionalização da política de saúde – para ser instituída como tal, deve necessariamente ter um conjunto mínimo de ações e serviços de atenção psicossocial. Isso equivale a dizer que a saúde mental passou a ser substancialmente reconhecida pela política de saúde como um todo, uma vez que ela ganhou centralidade na composição – junto com outros conjuntos de ações e serviços – das Redes de Atenção à Saúde. Esse avanço normativo ocorrido em junho de 2011, foi basilar para que seis meses depois, fosse instituída pela Portaria 3.088/2011 a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso prejudicial de *crack*, álcool e outras drogas no âmbito do SUS.

A RAPS, como se verá na subseção 4.3.2.2 do presente capítulo, foi uma estratégia paradigmática para a oferta de cuidado integral para a pessoa com transtorno mental e/ou em uso prejudicial de álcool e outras drogas. Isso porque, ela previa uma boa variedade de ações e serviços integrados entre si e com possibilidade de serem articulados intersetorialmente com outras políticas públicas. Nesse sentido, a RAPS apresentava potencial para sanar as lacunas assistenciais identificadas pela IV Conferência Nacional de Saúde Mental, de modo a oferecer um cuidado mais integralizado e com maior qualidade como resposta para aquelas complexas demandas emergidas no campo da saúde mental durante a década de 2000.

O paradoxo a que me referi no início dessa subseção presente no interregno 2011-2016, revela-se quando se analisam as condições políticas e econômicas desse período. Isso porque a implantação dos diversos serviços previstos pela RAPS depende da disponibilização de recursos financeiros, bem como de vontade política dos gestores. Entretanto, como mostrarei a seguir, no período aqui analisado, recursos financeiros e vontade política estão cada vez mais escassos para as políticas sociais em geral. Isso porque, por um lado a investida neoliberal promoveu um enorme desinvestimento nas políticas públicas/sociais colocando em risco a

implantação de alguns serviços como os Centros de Atenção Psicossocial III e Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas III, ambos de funcionamento ininterrupto (24 horas por dia e sete dias por semana) e por isso de custo muito elevado. Por outro lado, houve um fortalecimento político-organizacional de forças reacionárias e de setores conservadores da sociedade que, no tocante às questões relacionadas ao uso de álcool e outras drogas, defendem ações proibicionistas, cuja lógica é avessa às propostas de redução de danos de serviços da RAPS como os Consultórios na Rua, por exemplo, obstaculizando a implantação desses serviços.

No que diz respeito ao contexto político e econômico do período 2011-2016, ele inicia-se com a posse de Dilma Rousseff, eleita como sucessora do governo Lula da Silva. Embora sendo do mesmo partido político e com intenções de dar continuidade ao projeto político de seu antecessor, Dilma, desde o seu primeiro ano de governo, sofreu as consequências da piora do cenário econômico mundial, que já vinha dando sinais de decadência desde 2010 (CARLEIAL, 2015). Simultaneamente a essa conjuntura econômica desfavorável, e em parte, por causa dela, o modelo de crescimento econômico brasileiro adotado nos anos anteriores perdeu seu dinamismo e entrou em franca desaceleração, aumentando a carestia e a piora das condições de vida das pessoas (PINTO, et al, 2016).

A necessidade de promover ajustes econômicos impopulares em função deste contexto de crise econômica nacional e internacional gerou uma intensa insatisfação na população que passou a atribuir a responsabilidade pelos problemas vivenciados ao governo federal. Tal insatisfação desencadeou uma onda de protestos e manifestações cuja pauta de reivindicações era bastante diversificada e contraditória, já que, alguns grupos chegaram a reivindicar a volta dos militares no poder. Nestes termos, analisando este primeiro mandato da Presidenta Dilma Rousseff, Bravo e Menezes (2014, p. 76-77) afirmam que

desde os primeiros anos do governo Dilma ficou visível a insatisfação de diversos grupos sociais ligados aos setores subalternos. Várias manifestações ocorreram pelo país [...]. Em 2012, ocorreu a greve nacional dos professores universitários, com adesão de mais de cinquenta universidades e instituições de ensino. Uma pauta importante foi a privatização dos hospitais universitários, ou seja, contra a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH)⁸⁰. O ano de 2013, mais especificamente o seu mês de junho, foi

⁸⁰ “A Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) foi criada pela Lei n.º 12.550, sancionada pela presidenta Dilma Rousseff, no dia 15 de dezembro de 2011, apesar de a 14ª Conferência Nacional de Saúde ter questionado e votado contra a proposta. A EBSERH, como prevê a proposta de Fundações Estatais de Direito Privado, pode contratar funcionários por CLT e por contrato temporário de até dois anos, podendo ser renovado por mais três anos, acabando com a estabilidade e implementado a lógica da rotatividade, típica do setor privado, comprometendo a continuidade e qualidade do atendimento. Está prevista também a criação de previdência privada para os seus funcionários” (CISLAGHI, 2011, apud BRAVO e MENEZES, 2014, p. 77).

marcado pelas manifestações de massa e mobilizações do povo por mudanças estruturais, evidenciando um profundo descontentamento da população brasileira com as suas condições de vida.

A piora desse quadro se completou com o aumento da “difusão e influência de valores reacionários na sociedade civil, com a ascensão política de uma direita ideológica não partidária, organizada, atuante e mobilizadora – em que se misturam e se fundem valores neoliberais e conservadorismo moral e de costumes” (FILGUEIRAS, 2015, p. 20).

No plano político partidário, o estilo mais frontal de Dilma e não tão conciliador como era Lula da Silva, acabou por prejudicar o diálogo entre ela e os deputados e senadores, desgastando a relação da presidenta com estes e culminando com uma desarticulação política. Essa situação desencadeou uma perda da capacidade do governo de pautar agendas no Congresso Nacional, tencionando ainda mais as relações políticas (PINTO, et al, 2016).

Desse modo, Dilma Rousseff concluiu o seu primeiro mandato enfrentando dificuldades nos âmbitos político e econômico e com sua popularidade em queda, a qual foi ainda mais agravada com a deflagração da Operação Lava Jato em 2014. Apesar dessas dificuldades, no final de 2014, Dilma foi reeleita presidenta da República em um segundo turno eleitoral – com uma vitória bastante apertada, na qual obteve 51,64 % dos votos – derrotando o candidato Aécio Neves (PSDB).

Carleial (2015) e Pinto (et al, 2016) afirmam que durante a campanha eleitoral de 2014, a candidata Dilma Rousseff apresentou um programa de governo comprometido com interesses dos trabalhadores e dos seguimentos mais pobres da sociedade. Entretanto, continuam os autores, o que foi colocado em prática após a reeleição foram medidas de ajuste fiscal bastante ortodoxas que acabaram por fragmentar a base parlamentar aliada do governo que discordava de tal ajuste, agravando, assim, a crise política. Além disso, as medidas adotadas mostraram-se ineficazes para conter a crise econômica⁸¹, o que piorou ainda mais a insatisfação da população. Nesse sentido, como apontado por Filgueiras (2015, p. 20)

⁸¹ A título de exemplo do impacto da crise econômica na área social nos anos de 2015/2016, cito a seguir, um trecho de uma reportagem do Jornal *O Estado de São Paulo*, a qual mostra um levantamento dos cortes orçamentários em programas sociais durante o segundo mandato do governo Dilma Rousseff. Assim, segundo a matéria jornalística, “Oito dos nove principais programas sociais que entraram em vigor ou tiveram seu auge nos governos Lula e Dilma perderam recursos em 2015, mostra levantamento do jornal *O Estado de São Paulo* com base em dados do Orçamento da União. [...] Dos oito programas sociais afetados, quatro tiveram corte nominal e outros quatro perderam verba por causa da inflação. Ou seja, até programas que tiveram mais orçamento em termos nominais viram seu valor ser corroído e, na prática, registraram perda real em relação a 2014. O Bolsa Família, por exemplo, recebeu R\$ 1 bilhão a mais em 2015. Corrigido pela inflação, entretanto, o valor é 4,7% menor do que em 2014. Este também é o caso dos programas Brasil Sorridente, Pronaf e Luz Para Todos. Para 2016, o cenário é também de restrição. No Orçamento aprovado em dezembro/2015, o Pronatec caiu 44% em relação ao ano anterior. O Minha Casa Minha Vida sofreu corte de 58%” (BONFIN, 2016).

a campanha anticorrupção deflagrada e promovida de forma articulada pelo Judiciário e a grande mídia turbinaram a oposição de direita, partidária e não partidária cuja expressão maior, no âmbito institucional, [foi] a composição extremamente conservadora do Congresso Nacional [de então]. Tudo isso levou ao *emparedamento* do Governo Dilma, ao seu isolamento e a sua fragilização, dando origem a uma crise política que, ao mesmo tempo, impulsionava e era impulsionada pela crise econômica. Com isso, o Governo Dilma [foi] sendo empurrado cada vez mais para a direita; mas, curiosamente, quanto mais Dilma [era] empurrada para a direita, assumindo e realizando a agenda neoliberal de Aécio, mais agressiva se torn[ou] a atuação das forças neoliberais e conservadoras, fragilizando ainda mais o Governo - que passou a perder apoio até entre os seus eleitores tradicionais.

A crise generalizada instaurada abarcando componentes populares, econômicos e políticos, atingiu seu auge com o pedido de *impeachment* da Presidenta Dilma. Embora seja um mecanismo democrático e previsto na Constituição Federal brasileira, Filgueiras (2015) chama a atenção para o fato de que o *impeachment* é também um instrumento essencialmente político que, naquela ocasião foi usado como arma política e “ajudou a empurrar o Governo Dilma cada vez mais para a direita, tornando-o refém das forças mais reacionárias representadas no Congresso Nacional” (FILGUEIRAS, 2015, p. 22).

Desse modo, completamente acuada, Dilma buscou fortalecer algumas alianças políticas com os poucos grupos que ainda a apoiavam. Para tanto, a presidenta lançou mão de práticas conservadoras amplamente utilizadas no fazer político brasileiro. Assim, para garantir apoio político objetivando reverter o processo de *impeachment* em andamento, foram negociados diversos cargos do alto escalão do Governo Federal. Um desses cargos utilizados como moeda de troca por apoio político foi o Ministério da Saúde que, à época, foi entregue à pessoa de Marcelo Castro, ligado ao PMDB (VASCONCELOS, 2016).

Essa ação do governo Dilma teve impacto imediato na política de saúde mental, pois, ela se desdobrou na deposição de Roberto Tykanori – importante militante do Movimento da Reforma Psiquiátrica – do cargo de Coordenador Nacional de Saúde Mental e na consequente nomeação, como sucessor efetivo no cargo, de Valencius Wurch – psiquiatra conservador e ferrenho crítico das propostas da Reforma Psiquiátrica. Essa situação se mostrou como uma grave ameaça de retrocesso na política social de saúde mental brasileira, gerando uma enorme reação do Movimento Antimanicomial, fortemente marcada por manifestações públicas em todo o Brasil. Exemplo emblemático dessas manifestações foi o protesto organizado por militantes de todo o país ligados a diversos núcleos antimanicomiais que ocuparam a sala do Coordenador de Saúde Mental, Valencius Wurch, por mais de 120 dias, só desocupando o

espaço em 15 de abril de 2016, por meio de medida coercitiva e força policial resultantes de um pedido de reintegração de posse solicitado pelo Ministério da Saúde. Cabe ressaltar que, mesmo após a desocupação forçada, os protestos continuaram por inúmeras cidades pelo país afora e pelas redes sociais. Em 27 de abril de 2016, o Ministro da Saúde (Marcelo Castro) foi substituído por José Agenor Alvares da Silva e, imediatamente a essa nomeação, a coordenação do movimento de ocupação protocolou um pedido de audiência com o novo ministro que procedeu com a exoneração de Valencius Wurch uma semana depois, em 06 de maio de 2016.

Valencius Wurch permaneceu no cargo de Coordenador Nacional de Saúde Mental por cerca de quatro meses. Apesar de ter sido um curto período de permanência, Melissa Oliveira, militante do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, em entrevista a Bruno C. Dias da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), chama a atenção para um considerável número de decisões tomadas por Valencius, que contrariaram frontalmente os preceitos da Reforma Psiquiátrica. Assim,

para Melissa Oliveira, que compôs a coordenação da Ocupação e integra o Movimento Nacional de Luta Antimanicomial (MNLA), apesar de ter operado por 141 dias, a gestão Castro/Wurch imprimiu perdas sensíveis que não podem ser minimizadas. Foram casos de demissão e de afastamentos de técnicos da Coordenação Geral de Saúde Mental Álcool e outras Drogas (CGMAD/MS) e a contratação de novos profissionais sem história nem relação com a gestão ou com os serviços territoriais, comprovadamente opositores à Reforma Psiquiátrica e ligados às forças mais conservadoras da Saúde Mental [...] (DIAS, 2016).

Nesta mesma reportagem, o depoimento de Paulo Amarante, um outro entrevistado, é emblemático para se entender e reconhecer a importância do papel do movimento social antimanicomial na coparticipação da construção da política nacional de saúde mental. Além disso, Amarante resalta que a nomeação de alguém como Valencius só foi possível em uma conjuntura nacional propícia à organização de grupos conservadores que têm se articulado para defender os seus interesses reacionários no campo da saúde mental. Ressalta ainda que embora Valencius tenha sido deposto do cargo por pressão social, nem a Reforma Psiquiátrica, nem a política nacional de saúde mental estão livres de em breve sofrerem novos ataques que visem o seu desmonte. Assim, nos termos da própria reportagem,

para Paulo Amarante, vice-presidente da ABRASCO, pesquisador da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/Fiocruz) e figura histórica do movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira, o mérito da conquista é do movimento social da saúde, que lutou, resistiu e ocupou a Coordenação Geral de Saúde Mental Álcool e outras Drogas (CGMAD/MS) desde o primeiro momento que soube da nomeação de Valencius, e não

abaixou a cabeça frente às pressões que sofreram. [...] “O Valencius foi uma figura escolhida por uma relação de amizade e que, por orgulho e vaidade, assumiu uma coordenação para a qual não tinha qualquer mérito. No entanto, com o quadro que se avizinha, não tenho dúvidas de que podemos em breve ter outro participante mais orgânico dos setores conservadores à frente da Coordenação. Teremos de ter muita organização para lutar, pois não podemos permitir que o projeto antidemocrático seja engolido passivamente”, completa Amarante (DIAS, 2016).

Cabe destacar que a preocupação de Paulo Amarante com o “quadro que se avizinha” e o risco de ele trazer mais retrocessos para o campo da saúde mental, – e eu acrescento que não só para essa política, mas para todas as outras políticas sociais –, começou a ganhar contornos de realidade apenas dois dias após a publicação da reportagem da ABRASCO. Assim, em doze de maio de 2016 o Senado Federal aceitou dar prosseguimento ao processo de *impeachment* de Dilma Rousseff, que foi afastada do cargo imediatamente. A partir de então, Michel Temer assumiu interinamente o posto de Presidente da República, sendo empossado em definitivo em 31 de agosto de 2016, após a confirmação do *impeachment* no Congresso Nacional.

Para Moreira e Ribeiro (2016), o *impeachment*, além de não estancar a crise política, se configurou em um motivo a mais para agravá-la, uma vez que, ao ser utilizado como arma política, ele acabou

instrumentalizando um ambiente social violentamente polarizado, no qual posturas preconceituosas, racistas, homofóbicas, sexistas e de tendências fascistas [passaram a] disputa[r] o espaço público com os que defendem a democracia, o respeito e a valorização das diferenças, a cultura de paz e a justiça social (MOREIRA e RIBEIRO, 2016, p. 10).

Nesse contexto, desde a interrupção do mandato de Dilma Rousseff e a consequente posse de Michel Temer, o país vem convivendo com a manutenção da crise econômica, e assistindo estarecido a uma piora da crise política e a um incrível avanço de forças reacionárias e conservadoras.

Assim sendo, a crise política estabeleceu com a econômica uma relação de retroalimentação, onde uma impulsiona e ao mesmo tempo é impulsionada pela outra (FILGUEIRAS, 2015). Desse modo, a crise política no governo Temer tem sido agravada, pelo menos em parte, por uma crise ética gerada pelo modo patrimonialista e tradicionalista de fazer política no país. Nesse caso, são inúmeras as ocorrências de corrupção que vêm à tona, quase diariamente, revelando práticas políticas corrompidas que atuam de modo sistêmico a partir de ligações espúrias entre setores empresariais e classe política. Na grande maioria dessas

situações, há políticos de diferentes partidos envolvidos, dentre os quais muitos foram convocados para compor o Governo Temer.

No que diz respeito à crise econômica, ela também tem se aprofundado e como resposta, o governo federal tem apresentado inúmeras propostas neoliberais que impactam fortemente as políticas públicas, penalizando, sobretudo, a classe trabalhadora. Tais impactos incluem a supressão de direitos sociais no âmbito da saúde, da educação, da assistência social, do trabalho, da previdência social, muitos dos quais foram inscritos na Constituição Federal de 1988 e, juntos, constituem o sistema de proteção social brasileiro que, dados os eventos sumariados acima encontra-se cada vez mais fragilizado.

Para Rizzotto e Costa (2016, p. 5) “a mais nefasta das medidas do governo Temer foi a Proposta de Emenda à Constituição (PEC⁸²) que definiu um teto para os gastos públicos pelos próximos 20 anos”. Nesse contexto, particularmente na política pública de saúde, os reflexos da Emenda Constitucional (EC) 95/2016 são imediatos, em função de os problemas causados pela redução de investimento nos outros setores rebaterem diretamente na saúde das pessoas. Moreira e Ribeiro (2016) afirmam que, em breve, ou seja, em 2018, o impacto será ainda maior, em decorrência da entrada em vigor dos limites do teto para o financiamento do setor. Além disso, a redução de investimento do governo federal na saúde pública se desdobrará em graves problemas para os Estados e sobretudo, para os municípios que são os executores dessa política. Sobre este aspecto, assim afirmam Rizzotto e Costa (2016, p. 5)

a redução do investimento federal em saúde certamente levará a uma maior pressão financeira sobre os municípios e sobre os estados que terão que responder às demandas crescentes por serviços de saúde ante o aumento da população e a transição demográfica e epidemiológica em curso. A PEC [EC 95/2016] do teto dos gastos públicos, como ficou conhecida, foi a primeira de uma série de reformas do governo Temer que tem como principal objetivo reduzir direitos sociais. Trata-se do mais duro ajuste fiscal a ser feito pelo Estado brasileiro desde a Constituição de 1988, sob o comando de um governo que mais excluiu direitos e mais retrocedeu em termos de práticas democráticas.

De fato, como afirma os autores acima, a Emenda Constitucional 95/2016 é apenas a primeira de diversas outras reformas igualmente nefastas para os direitos sociais e para a vida dos trabalhadores, propostas pelo governo de Michel Temer. Dentre estas propostas destaco a

⁸² A PEC dos gastos, como ficou popularmente conhecida, foi aprovada como Emenda Constitucional n.º 95 em 16 de dezembro de 2016. Ela altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal e dá outras providências.

reforma da previdência e a reforma trabalhista⁸³, ambas trazendo sérios prejuízos de direitos para a classe trabalhadora. Além dessas duas propostas de reforma, cabe destacar também, a proposta da terceirização irrestrita das atividades das empresas, que foi aprovada como lei sob o número 13.429 em 31 de março de 2017, mesmo sob intensas manifestações de contrariedade de vários setores sociais.

4.3 – A incorporação da perspectiva do cuidado integral na legislação em saúde mental (2001 – 2016) e a configuração de novas possibilidades de assistência à pessoa com transtorno mental

Nas últimas décadas, o discurso político do campo da saúde mental no Brasil, veio se constituindo pela institucionalização, junto ao Governo Federal, de uma série de documentos legislativos que propuseram ações e serviços para o enfrentamento de problemas e demandas postos pelo movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira. Assim, a produção normativa dos documentos governamentais que formalizaram e constituíram o conteúdo da atual política de saúde mental sintetiza um “consenso possível” (BRASIL, 2004a) resultante de um conjunto de embates e conflitos de interesses defendidos pelos diversos atores políticos presentes nesta área. Analisando essa situação, Borges e Baptista (2008, p. 457) afirmam que “sob a produção normativa, existe uma sustentação política, jurídica e teórico-conceitual que dá o tom da Reforma Psiquiátrica em curso”. Além disso, continuam as autoras, “essas normativas têm o poder de desenhar limites, na medida em que abrem algumas possibilidades e fecham outras, indicando um caminho a ser seguido” (BORGES e BAPTISTA, 2008, p. 457).

Tendo isso como pressuposto, a análise documental do acervo normativo pertinente à política de saúde mental se constituiu como uma estratégia produtiva para uma melhor compreensão do conteúdo desta política social. Nestes termos, na presente subseção, realizarei uma análise documental de parte da legislação direcionada ao campo da saúde mental expedida no âmbito do Governo Federal neste século XXI.

Para a realização da análise aqui empreendida, o recorte temporal selecionado compreendeu o interregno que foi de abril de 2001 a dezembro de 2014. Esse recorte temporal utilizado para a seleção dos documentos pesquisados justificou-se por ser abril de 2001 a data de publicação da lei 10.216 – documento que redireciona, formalmente, o modelo de assistência

⁸³ Não é objetivo desta Tese discutir as polêmicas questões que envolvem essas reformas. No entanto elas estão aqui mencionadas pelo seu previsível impacto negativo nas políticas sociais em vigor no país.

em saúde mental no Brasil – e ser dezembro de 2014 a data do último documento pertinente à saúde mental encontrado na pesquisa aqui empreendida.

Tendo isso em consideração, em um levantamento preliminar, foram localizados 116 documentos, sendo 04 leis federais, 06 decretos federais, 93 portarias ministeriais – emitidas pelo Ministério da Saúde –, 04 portarias interministeriais – emitidas em conjunto pelos Ministérios da Saúde com os Ministérios da Educação, Ministério do Trabalho e Emprego e com a Secretaria Especial de Direitos Humanos –, 01 recomendação do Conselho Nacional de Saúde, 04 recomendações do Fórum Nacional de Saúde Mental Infanto-juvenil, 01 resolução do Conselho Nacional de Justiça e 03 resoluções do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária⁸⁴. Tais documentos foram compilados da base de dados existente no sítio oficial do Ministério da Saúde, onde se localiza um *link* de acesso à Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) que, por sua vez hospeda outro *link* de acesso ao Departamento de Atenção Especializada e Temática (DAET)⁸⁵, no qual se encontram publicações e legislações pertinentes à saúde mental. Cabe destacar que os documentos publicados no período de 2001 a 2003 foram retirados da coletânea de leis *Legislação em Saúde Mental 1990-2004*, doravante referenciada nesta subseção como (BRASIL, 2004a). Já os do período de 2004 a 2010 foram retirados da coletânea de leis *Legislação em Saúde Mental 2004-2010*, referenciadas aqui como (BRASIL, 2010b). Finalmente, os documentos do período de 2011 a 2014 foram extraídos individualmente e serão referenciados neste texto como (BRASIL, ano de publicação de cada um).

Feito esse apanhado geral, procedi com uma “leitura flutuante” (MINAYO, 2013, p. 316) de todos os documentos encontrados, estabelecendo assim, um contato direto e intenso com o conteúdo do material pesquisado. Esta leitura me possibilitou localizar, no *corpus* selecionado, menções, tanto às formas propostas de organização dos serviços, quanto a quaisquer tipos de ações assistenciais propostas, que, de algum modo, estivessem alinhadas com a perspectiva de cuidado integral preconizada pela atual política pública de saúde mental brasileira. Deste modo, cheguei à construção de um *corpus* composto por 26 documentos, os quais foram organizados e analisados. Foram desconsiderados, portanto, 90 documentos, os quais tratavam, em sua grande maioria, exclusivamente de habilitação de serviços, inclusão e

⁸⁴ “Leis são, por regra geral, da competência do Poder Legislativo e são sancionadas pelos chefes dos poderes executivos - Presidente da República, Governador(a) de Estado, Prefeito(a). Decretos são atos administrativos de competência exclusiva do chefe do executivo, para atender situações previstas em leis. Portarias são instrumentos pelos quais ministros, secretários de governo ou outras autoridades públicas editam instruções sobre a organização e normas de execução de serviços. Resoluções, deliberações e recomendações são diretrizes ou regulamentos adotados por uma assembleia de caráter deliberativo” (BRASIL, 2010b, p. 05).

⁸⁵ http://portalsaude.saude.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=11359&Itemid=693

exclusão de procedimentos no sistema de informação do SUS, reclassificação de hospitais, criação de grupos de trabalho e financiamento.

Para proceder com a análise dos dados coletados, foi realizada uma análise do discurso, sob a qual o discurso veiculado nos documentos oficiais foi considerado como uma *prática* (FOUCAULT, 1995, 1996), ou seja, tomando não como representação das coisas, dos objetos, dos sujeitos de que tratava, mas como *espaço de produção* deles. Em sendo assim, a investigação da qual resulta esta parte da Tese buscou significar não o que o discurso veiculado ocultava, mas sim o que *produzia, fabricava* quando tratava das formas de organização dos serviços e das ações assistenciais propostas pela legislação regulamentadora da política de saúde mental.

4.3.1 – A Lei 10.216 e suas interfaces com a perspectiva do cuidado integral

Conforme apresentado na subseção 4.2.1 desse capítulo, as novas condições sociais, políticas e econômicas ali retratadas e os desdobramentos destas sobre a política pública de saúde mental possibilitaram os primeiros passos na direção de retirar o louco da mera condição de excluído socialmente, passando a inscrevê-lo no território da inclusão social. E foi com essa intenção central de garantir os direitos e construir a cidadania das pessoas com transtorno mental que foi promulgada a lei 10.216, conhecida hoje, popularmente, como Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Dispondo “sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtorno mental e redirecionando o modelo assistencial em saúde mental” (BRASIL, 2004a, p. 17), a lei 10.216 provocou uma inflexão no processo de desenvolvimento da política pública de saúde mental brasileira.

Dentre os direitos das pessoas com transtorno mental, declarados no artigo 2º da Lei 10.216, estão:

- 1) ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
- 2) ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando a alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
- 3) ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
- 4) ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
- 5) ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
- 6) ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
- 7) receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
- 8) ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
- 9) ser

tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental (BRASIL, 2004a, p. 17).

Nota-se, assim, que são inegáveis os avanços trazidos pela lei 10.216 no que tange aos direitos e à cidadania da pessoa com transtorno mental, bem como para a área da saúde mental como um todo. Como exemplo desses avanços, destaco dois aspectos. O primeiro deles está no fato de o tratamento – termo utilizado textualmente na lei – estar vinculado à noção de cuidado integral. Desse modo, como se lê no fragmento do texto da lei recortado acima, à pessoa com transtorno mental estava garantido o direito de receber uma assistência digna, humanizada e respeitosa, cujo objetivo exclusivo era o de atendê-la de forma singular e de acordo com as necessidades específicas de seu caso. Logo, como se lê no trecho transcrito, tal assistência não se resumia à mera eliminação dos sintomas inerentes aos transtornos mentais, mas almejava reestabelecer a saúde mental do usuário e a sua reinserção sócio-familiar-comunitária, modificando sobremaneira, como se percebe, o interesse central do atendimento em saúde se comparado à perspectiva hospitalocêntrica.

O segundo aspecto que destaco é o direito à informação por parte da pessoa com transtorno mental. Ressalta-se aqui que a lei possibilitou ao usuário tanto receber informações acerca de seus direitos, sua doença, seu tratamento, quanto fornecer informações, à equipe profissional, acerca de sua história de vida, seu processo de saúde-doença, etc. Assim, ao conceder o direito de fala ao usuário, a lei 10.216 corrige um erro que foi cometido durante séculos pelo modelo assistencial hospitalocêntrico: a condenação da pessoa com transtorno mental ao silêncio e à exclusão social, argumentando, em nome da razão, que o *louco* nada tinha a dizer (DUARTE, 2008).

Apesar de todos esses avanços, dado aos enormes conflitos de interesses dos diversos grupos sociais envolvidos no processo de construção da política pública de saúde mental, diferentemente do projeto original que previa a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos, a nova lei, por um lado, “afirma vários direitos positivos dos usuários, por outro, deixa uma brecha para a construção de novos hospitais psiquiátricos convencionais” (VASCONCELOS, 2006, p. 29). Essa ‘brecha’ pode ser observada no último dos direitos transcritos acima. Nele, ao se referir ao tratamento em serviços comunitários utilizando o advérbio de modo *preferencialmente*, e não *exclusivamente*, fica registrada a possibilidade de continuidade de existência das instituições hospitalares como recursos assistenciais. Tem-se, assim, um risco para a permanência de serviços e práticas ainda arraigados às antigas lógicas manicomial que imperaram por quase dois séculos no Brasil.

Apesar disso, é nítida a preocupação do texto legal deste documento em proteger a pessoa com transtorno mental contra as internações hospitalares arbitrárias. Nestes termos, o documento discorre longamente sobre formas de coibir quaisquer propostas de tratamento que ameacem os direitos enumerados no artigo 2º. De acordo com o artigo 4º, a aplicação da “internação hospitalar, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra hospitalares se mostrarem insuficientes” (BRASIL, 2004a, p. 18). Observa-se, assim, que a internação hospitalar, antes a primeira opção de tratamento, desloca-se para um recurso a ser utilizado em último caso. Além disso, ainda segundo o documento, quando a internação, seja ela voluntária, involuntária ou compulsória, for inevitável, passa a ser alvo de fiscalização do Ministério Público (MP), tornando-se passível de punição caso ocorra de forma arbitrária ou desnecessária. No caso especificamente da internação involuntária, o § 1º do artigo 8º estabelece que ela “[...] deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido” (BRASIL, 2004a, p. 19). Esse envolvimento do Ministério Público na fiscalização das internações revela um avanço histórico na questão do direito e da cidadania da pessoa com transtorno mental. Isso porque, o Ministério Público é, por definição constitucional, um órgão de efetivação dos direitos de todo cidadão brasileiro. Assim,

a Lei 10.216/01, ao explicitar em seu texto a participação de uma instituição de Direito, o Ministério Público, contribui para que as pessoas com transtorno mental tornem-se cientes de seus direitos e tenham um órgão ao qual recorrer caso sintam-se lesionadas em seus direitos e em sua condição de cidadão (BRITTO, 2004, p. 106).

Ao dispor sobre o redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental, a lei 10.216 o faz na perspectiva da integralidade. Isso pode ser notado em diversos pontos do documento, como, por exemplo, no seu art. 4º, § 1º, o qual estabelece que “o tratamento visará, como finalidade permanente, à reinserção social do paciente em seu meio” e no artigo 4º, § 2º: “o tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros” (BRASIL, 2004a, p. 18). Outro exemplo é o artigo 5º, o qual prevê cuidado especial, – de acordo com suas necessidades particulares –, para pacientes vítimas de longos períodos de internação hospitalar. Para esses pacientes, será desenvolvida “[...] política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente [...]” (BRASIL, 2004a, p. 18). Assim, retirar o paciente do hospital psiquiátrico passou a ser entendido como uma ação complexa que,

embora não negasse a doença, colocava-a em um segundo plano, priorizando, portanto, o sujeito e suas múltiplas demandas (FUZETTI, 2003). Percebe-se, na letra da Lei que, muito mais que a mera desospitalização do paciente, buscava-se a desconstrução não só do espaço físico do manicômio, mas de toda a sua lógica excludente, bem como do paradigma político/teórico que o sustenta (AMARANTE, 1996).

Nestes termos, a Lei 10.216 institui, no âmbito da saúde mental, um paradigma de cuidado integral cujo objetivo é romper com o modelo hospitalocêntrico de assistência, amplamente denunciado por Franco Basaglia, desde os anos de 1970, como um modelo falido, já que a atenção se voltava totalmente para a doença em si, desconsiderando o sujeito acometido por ela. Assim, inspirado na bem sucedida experiência de Reforma Psiquiátrica italiana liderada por Basaglia, a qual propunha que a doença fosse colocada “entre parênteses” para que o cuidado incidisse sobre o sujeito na sua totalidade (AMARANTE, 2007), no novo paradigma brasileiro configurado no discurso da lei, o foco deixava de ser a doença e passa a ser o próprio sujeito. Isso fez com que “na medida em que a doença era colocada entre parênteses, apareciam os sujeitos que estavam neutralizados, invisíveis, opacos, reduzidos a meros sintomas de uma doença abstrata” (AMARANTE, 2007, p. 67).

Destaca-se que, ao discorrer sobre os direitos e a cidadania da pessoa com transtorno mental e sobre a reorientação do modelo assistencial em saúde mental, a Lei 10.216 apresentava uma proposta bastante generalizada e abrangente. Logo, para sua implementação fazia-se necessária a criação de uma série de outras normativas, como as portarias ministeriais, por exemplo, as quais instruiriam mais detalhadamente, sobre as normas de execução daquilo que estava preconizado na lei federal. Parte desse conjunto de normatização será analisada na subseção a seguir.

4.3.2 – A perspectiva do cuidado integral nos serviços e ações assistenciais propostos pelos documentos posteriores à Lei 10.216

Os anos que seguiram à promulgação da Lei 10.216 foram marcados pela criação, por parte do Governo Federal, de uma série de normas legais reguladoras, com o intuito de criar estratégias e traçar novos caminhos para a efetivação de uma política de saúde mental que possibilitasse a seus usuários o acesso a um cuidado integral por meio de serviços de base territorializada e articulados entre si, cujas ações fossem humanizadas e de boa qualidade. À época, existiam – e existem até hoje – duas situações específicas em que se encontravam as pessoas com transtorno mental assistidas pela política nacional de saúde mental. Uma dessas

situações era aquela em que alguns milhares de pacientes *crônicos* se encontravam, ou seja, vítimas de internações de longa permanência nos hospitais psiquiátricos. A cronicidade vivenciada por essas pessoas, na maioria das vezes, acarretava uma fragilização e/ou rompimento dos vínculos familiares que, por sua vez, gerava uma situação de abandono social que condenava o paciente a uma permanência perpétua nas instituições hospitalares. A outra situação era constituída por um sem número de pessoas com transtornos mentais que eventualmente precisavam utilizar os serviços psiquiátricos à época existentes, ou seja, alguns ambulatorios de saúde mental, poucos Centros de Atenção Psicossocial e muitos hospitais.

Cabe destacar que dentro de cada uma dessas situações, tanto no caso dos pacientes crônicos vítimas de longas internações hospitalares, quanto no daqueles pacientes que utilizavam os serviços de saúde mental mais esporadicamente – em momentos de crise ou mesmo para dar manutenção à estabilidade psíquica em que se encontravam – havia uma variedade de grupos populacionais que nem sempre foram reconhecidos como grupos específicos pela política nacional de saúde mental.

Nestes termos, como apresentado na subseção anterior, a Lei 10.216 define genericamente seu público alvo como “pessoas portadoras de transtorno mental” estabelecendo, como único grupo específico, os pacientes vítimas de longas internações hospitalares, os quais seriam objeto de propostas de cuidados especiais. Entretanto, ao longo da década de 2000, a agenda da política nacional de saúde mental incorporou outros grupos populacionais específicos, como, por exemplo, as crianças, os adolescentes e as pessoas com necessidades decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas.

De fato, como atesta Brasil (2005), a ausência de direcionamento da política de saúde mental para esses dois grupos populacionais foi uma falha histórica dessa política social. No caso específico da temática do uso prejudicial de álcool e outras drogas, a leitura social que predominava era a de que se tratava de um problema vinculado somente ao subjetivo e desejo pessoal. A negligência dos nexos causais econômicos e sociais do problema sempre embaçou a possibilidade de uma visão mais geral da questão. Isso alimentou uma percepção de que existia uma associação direta entre o uso prejudicial do álcool e de outras drogas a comportamentos violentos, antissociais e criminosos, relegando esse público às instituições de justiça, segurança pública e associações religiosas. Somente a partir de abril de 2002, com a criação da Portaria GM n.º 816 (QUADRO 03) a saúde pública assume um compromisso mais direcionado às necessidades desse público, instituindo, assim, no âmbito do Sistema Único de

Saúde, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas.

Em relação às crianças e adolescentes com transtornos mentais, o lapso assistencial no âmbito da saúde pública perdurou até agosto de 2004, quando foi criada, pelo Ministério da Saúde, a Portaria GM n.º 1.608 (QUADRO 03) que constituiu o Fórum Nacional de Saúde Mental Infanto-Juvenil. Ressalta-se que, até então, as demandas em saúde mental apresentadas pelas crianças e adolescentes brasileiros, ficavam, predominantemente, a cargo de propostas assistenciais de cunho filantrópico, religioso e pedagógico-especial (BRASIL, 2005).

Nesse contexto, como se observa no Quadro 03, a partir de 2002, a agenda da política de saúde mental ampliou seu escopo de modo que, além dos dois grupos populacionais mencionados acima, ela abarcasse também a população indígena, oferecendo-lhe um cuidado que respeitasse a sua diversidade e pluralidade. No caso das pessoas com autismo e/ou deficiência e das pessoas com transtornos mentais que cometessem crimes, – embora elas já recebessem algum tipo de assistência por parte da política de saúde mental –, foi também nos anos 2000 que esses grupos populacionais passaram a receber um cuidado mais direcionado às especificidades de suas demandas.

QUADRO 03

Grupos populacionais atendidos pela Política Nacional de Saúde Mental

Público alvo	Documento e data de publicação	Sobre o que dispõe, resolve, institui ou estabelece
Pessoas com problemas decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas	Portaria GM n.º 816 de abril de 2002	Institui o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas, o qual busca organizar e implantar uma rede de serviços extra hospitalares para atender a pacientes com dependência e/ou uso prejudicial de álcool e outras drogas. As ações desenvolvidas devem focar a prevenção e a assistência tanto para os pacientes quanto para seus familiares (BRASIL, 2004a).
Pessoas com autismo e/ou com deficiência mental	Portaria GM n.º 1.635 12/09/2002	“Inclui no Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde, procedimento específico que garante às pessoas portadoras de deficiência mental e de autismo assistência por intermédio de equipe multiprofissional e multidisciplinar, utilizando-se de métodos e técnicas terapêuticas específicas” (BRASIL, 2004a, p. 165).
Pessoas com transtorno mental que cometeram crimes	Resolução nº 5 do CNPCP ⁸⁶ 04/05/2004	“Dispõe sobre as diretrizes para o cumprimento de Medidas de Segurança, a partir da reorientação do modelo de atenção proposto pela lei 10.216/01. [...] Essas diretrizes apontam para as mudanças em curso nos parâmetros assistenciais (o respeito aos direitos humanos, a desospitalização e a superação do modelo tutelar) para as pessoas com transtornos mentais que cometem crimes” (BRASIL, 2010b, p. 233).

⁸⁶ Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária.

Crianças e adolescentes	Portaria GM n.º 1608 03/08/2004	“Constitui o Fórum Nacional de Saúde Mental Infanto-Juvenil, objetivando construir, coletiva e intersetorialmente, as bases, princípios e diretrizes de uma política pública de saúde mental especificamente dirigida a este segmento” (BRASIL, 2010b, p. 76).
População indígena	Portaria GM n.º 2.759 25/10/2007	“Estabelece as primeiras diretrizes gerais para a Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas, atendendo ao desafio da construção de referenciais ético-políticas para uma atenção à saúde mental fundada no respeito e na sensibilidade à diversidade e pluralidade de identidades da população brasileira” (BRASIL, 2010b, p. 134-135).

Fonte: Elaboração própria a partir das coletâneas de leis em saúde mental (BRASIL, 2004a e 2010b).

Nestes termos, a análise do *corpus* de documentos aqui considerado me possibilitou perceber que, desde 2001 até o final do ano de 2014, a política pública de saúde mental veio criando/organizando serviços e orientando práticas profissionais cuja incidência se deu sobre todos os grupos populacionais que necessitavam de cuidados em saúde mental, independentemente de quaisquer daquelas duas situações mencionadas eles se encontravam. Assim, por um lado, houve um esforço em promover uma política de desospitalização por meio da progressiva redução de leitos em hospitais psiquiátricos. Por outro lado, investiu-se na expansão e no fortalecimento de uma rede de serviços substitutivos à lógica manicomial, ampliando dispositivos já existentes e criando outros até então inéditos.

Cabe destacar que a política de desospitalização e a política de construção de uma rede de serviços de atenção psicossocial foram partes integrantes da política nacional de saúde mental. Assim, uma não existiria sem a outra, ou seja, para cada paciente desospitalizado deveria haver, no território, um serviço ou um conjunto de serviços que o atendesse nas suas necessidades de saúde mental, de modo a promover sua reinserção social e familiar. Nessa perspectiva, o Ministério da Saúde passou a entender

que um país, um Estado, uma cidade, um bairro, uma vila, um vilarejo são recortes de diferentes tamanhos dos territórios que habitamos. Território não é apenas uma área geográfica, embora sua geografia também seja muito importante para caracterizá-lo. O território é constituído fundamentalmente pelas pessoas que nele habitam, com seus conflitos, seus interesses, seus amigos, seus vizinhos, sua família, suas instituições, seus cenários (igreja, cultos, escola, trabalho, boteco etc.). É essa noção de território que busca organizar uma rede de atenção às pessoas com transtornos mentais e suas famílias, amigos e interessados (BRASIL, 2004b, p. 11).

Esta noção de território é muito importante para a implementação de um cuidado à pessoa com transtorno mental na perspectiva da integralidade, já que insere, como possíveis agentes no tratamento, uma série de atores antes desconsiderados. Nesse sentido, as duas frentes de atuação da política de saúde mental passaram a ser complementares entre si, além de serem

planejadas e executadas simultaneamente. Aliás, se assim não fosse, grandes seriam as chances de o cuidado integral preconizado pela Lei 10.216 não se materializar no cotidiano da pessoa com transtorno mental, alimentando a resistência do modelo que passou a ser combatido.

Reconhecida essa concomitância dos movimentos há pouco citados, para efeitos de uma melhor organização da presente subseção, apresentarei resultados referentes a cada um deles separadamente. Assim, em um primeiro momento, farei uma exposição relacionada diretamente às estratégias de desospitalização; e, em um segundo, vinculados à rede de serviços de atenção psicossocial.

4.3.2.1 – *A organização dos serviços e as ações assistenciais no âmbito da desospitalização*

Imediatamente após a promulgação da Lei 10.216, a diminuição sistemática dos leitos hospitalares psiquiátricos passou a ser objeto de atenção das portarias ministeriais. Assim, em janeiro de 2002, a Portaria GM n.º 251 propôs reestruturar todo o sistema hospitalar psiquiátrico, instituindo um mecanismo de avaliação e controle da qualidade dos serviços prestados por essas instituições. Essa Portaria estabelecia normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, cujo parâmetro avaliativo baseava-se nos indicadores de qualidade aferidos pelo Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar Psiquiátrico (PNASH/psiquiatria)⁸⁷. Além disso, esse documento retirou do hospital psiquiátrico o poder de determinar novas internações psiquiátricas, transferindo-o para um serviço extra-hospitalar. Nestes termos, ficou determinado que a *porta de entrada* para a internação hospitalar passasse a ser localizada no serviço de saúde mental situado no território de referência do hospital. Ou seja, para que o paciente fosse internado em um hospital psiquiátrico, ele, necessariamente, deveria ser, antes, atendido por um serviço extra-hospitalar que avaliaria e decidiria sobre a necessidade ou não da internação.

Ainda nesta direção de regulamentar e tentar qualificar os serviços prestados pelo hospital psiquiátrico, a Portaria GM nº 2391/2002, em seu artigo 2º, reiterou o disposto na Lei 10.216 sobre a internação hospitalar psiquiátrica, definindo que essa “somente dever[ia] ocorrer após todas as tentativas de utilização das demais possibilidades terapêuticas e esgotados todos

⁸⁷ O PNASH/Psiquiatria realizava processos avaliativos em todos os hospitais psiquiátricos públicos e conveniados ao SUS. Esse Programa desenvolvia seu trabalho a partir de requisitos qualitativos de avaliação fixados pela área técnica de Saúde Mental do Ministério da Saúde, quanto ao processo terapêutico; e pela ANVISA, para a análise da área de vigilância sanitária. Ao não atingirem minimamente às exigências qualitativas postas pelo Programa, o hospital podia ser descredenciado do SUS e ter o atendimento aos pacientes substituído, preferencialmente pelos serviços extra hospitalares (BRASIL, 2004a).

os recursos extra-hospitalares disponíveis na rede assistencial, com a menor duração temporal possível” (BRASIL, 2004a, p. 166). Estabeleceu também critérios e mecanismos detalhados sobre o acompanhamento das internações psiquiátricas involuntárias, tanto pelo Ministério Público, quanto pelos gestores locais do Sistema Único de Saúde (SUS).

Fortalecendo a política de desospitalização, a Portaria GM nº 52/2004 instituiu o Programa Nacional de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS. Esse Programa visava reduzir progressivamente, de modo planejado, os leitos em hospitais psiquiátricos conveniados com o SUS, de modo que possibilitasse uma transição segura e responsável do modelo assistencial hospitalocêntrico para o modelo assistencial de base territorializada. Cabe destacar que, conforme prescrito, o Programa deveria se desenvolver completamente articulado a “outras áreas da reforma psiquiátrica, especialmente: atenção em saúde mental no hospital geral e na atenção básica, urgência e emergência em saúde mental, rede de CAPS I, II, III, i e ad, Programa De Volta para Casa e Residências Terapêuticas” (BRASIL, 2004a, p. 232). Nesse contexto, a articulação entre o Programa e os demais serviços de atenção em saúde mental se expressava, sobretudo, no financiamento, uma vez que a redução dos leitos hospitalares implicava em diminuição do financiamento, por parte do SUS, no sistema hospitalar psiquiátrico e o conseqüente aumento do investimento financeiro na rede de serviços psicossociais diversificados.

A efetividade da política de redução de leitos, que vinha ocorrendo desde 2002, foi bastante impulsionada a partir de 2004, com a Portaria GM nº 52. Segundo informações da 12ª edição do *Saúde Mental em Dados*, sobre a série histórica de redução de leitos SUS em hospitais psiquiátricos no país, de 2002 a 2014, houve um fechamento de 25.405 leitos neste período, representando 49,5% de um total de 51.393 leitos existentes em 2002. A série histórica mencionada mostra, ainda, que a redução do número de leitos em hospitais psiquiátricos vinha sendo progressiva e contínua, chegando a ter sua maior redução – quando se compara aos anos subsequentes – entre os anos de 2004 e 2005, ou seja, imediatamente após a criação da Portaria GM nº 52, com o fechamento de 3.738 leitos em hospitais psiquiátricos conveniados com o SUS (BRASIL, 2015b, p. 28).

Como já afirmado anteriormente, a iniciativa de desospitalização estava diretamente ligada à estratégia de construção de uma rede de serviços extra-hospitalares. Foi a união dessas duas linhas de atuação da política de saúde mental que ampliaria as chances de a pessoa com transtorno mental se reinserir socialmente, reconstruir sua cidadania e exercer seus direitos constitucionais. Nesse contexto, entendendo que a mera desinstitucionalização dos pacientes

vítimas de internações de longa permanência não era suficiente para se materializar o cuidado integral preconizado pela Lei 10.216, de modo que fosse possível promover a reabilitação e a reinserção social dos usuários, foi necessária a criação de alguns dispositivos específicos, tais como os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT). Criados em 2000, antes mesmo da promulgação da Lei 10.216, tais serviços tiveram suas equipes mínimas definidas pela Portaria GM nº 175/2001 e seu formato e sua organização redefinidos pela Portaria GM nº 3.090/2011, que os distinguia em Tipo I e Tipo II. Nestes termos,

os Serviços Residenciais Terapêuticos configura[vam]-se como dispositivo estratégico no processo de desinstitucionalização. Caracterizam-se como moradias inseridas na comunidade destinadas a pessoas com transtorno mental egressas de hospitais psiquiátricos e/ou hospitais de custódia. O caráter fundamental do SRT [era] de ser um espaço de moradia que garant[isse] o convívio social, a reabilitação psicossocial e o resgate de cidadania do sujeito, promovendo os laços afetivos, a reinserção no espaço da cidade e a reconstrução das referências familiares (BRASIL, 2011a).

Como se nota na definição acima, esses dispositivos possibilitaram a muitos usuários dos serviços de saúde mental conquistar, pela primeira vez, o direito básico de moradia. Além disso, o vocábulo *terapêutico* no nome desses serviços indicava que os mesmos não seriam apenas um mero serviço de hotelaria a ser oferecido ao egresso de longas internações, mas sim dispositivos cuja organização e ações assistenciais neles propostas se alinhavam com a perspectiva do cuidado integral.

Assim, eram princípios e diretrizes do SRT: “Ser centrado nas necessidades do usuário [...], oferecer amplo projeto de reintegração social por meio de programas de alfabetização e de reinserção no trabalho [...], respeito aos direitos do usuário como cidadão e como sujeito [...]” (BRASIL, 2004a, p. 101). Eles foram organizados para funcionar como parte integrante de uma rede composta por um conjunto de cuidados, cuja finalidade era a de garantir integralidade assistencial para pessoas com transtorno mental egressas de hospitais psiquiátricos nos quais estiveram internadas por longos períodos. Nos termos da lei, os SRT “deve[riam] estar integrados à rede de serviços do SUS, municipal, estadual [...] e oferecer uma assistência integral aos usuários, planejando as ações de saúde de forma articulada nos diversos níveis de complexidade da rede assistencial” (BRASIL, 2004a, p. 101).

Reforçando todo esse movimento, foi criado o Programa de Volta pra Casa (PVC), que “não se trata[va] de um dispositivo assistencial propriamente dito, mas de um dispositivo que v[inha] fortalecer os demais recursos do modelo assistencial” (BORGES e BAPTISTA, 2008, p. 464). Este Programa foi criado em 2003, pela Lei Federal 10.708, e regulamentado pela

Portaria GM nº 2.077/2003, objetivando ajudar a promover a ressocialização de pacientes vítimas de internações de longa permanência. Configurando-se como um importante componente da política de desospitalização e articulado aos demais serviços extra-hospitalares, o PVC instituiu um auxílio-reabilitação psicossocial, atualmente, no valor de R\$ 412,00, pagos mensalmente a pacientes egressos de longas internações psiquiátricas, fosse em hospitais de tratamento ou em hospitais de custódia. O desenvolvimento do PVC guardava estreita ligação com a inclusão da pessoa com transtorno mental nos SRT, uma vez que a grande maioria dos moradores desses serviços fazia jus ao benefício. O valor pago pelo PVC foi muito importante para subsidiar o desenvolvimento de práticas profissionais promotoras de inserção social no território onde viviam os moradores dos SRT. Nos dizeres de Borges e Baptista (2008, p. 464), “o auxílio-reabilitação psicossocial, vai além de tornar mais exequível a desospitalização de pessoas que passaram por internações longas e não dispõem de trabalho ou outra fonte de renda, é um facilitador no processo de inserção social”. Isso porque essa renda fornecia ao usuário do SRT um *empoderamento* econômico capaz de potencializar sua emancipação e sua autonomia, fundamentais para uma vida em comunidade.

Mais recentemente, em 29 de dezembro de 2014, a Portaria n.º 2.840 criou o Programa de Desinstitucionalização reforçando sobremaneira, as Estratégias de Desinstitucionalização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)⁸⁸, no âmbito do Sistema Único de Saúde. O objetivo deste Programa era apoiar e desenvolver ações de desinstitucionalização de pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas em situação de internação de longa permanência – acima de um ano ininterrupto – em hospitais psiquiátricos no âmbito do SUS. Dentre as ações propostas estavam a criação de Equipes de Desinstitucionalização, que visavam desenvolver trabalhos em duas frentes. Uma delas prevista para ocorrer dentro das próprias instituições hospitalares, onde buscava-se apoiar as equipes multiprofissionais atuantes nos hospitais psiquiátricos a desenvolverem estratégias para favorecer a saída daqueles internos que estivessem em condições de alta. A outra frente de atuação era no território onde houvesse possibilidade de reinserção da pessoa a ser desospitalizada. Neste caso, o trabalho das Equipes de Desinstitucionalização era desenvolver ações e criar estratégias junto aos componentes da RAPS de modo a articular os diversos pontos de atenção como os SRT, o PVC, o Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), etc. Cabe destacar que para alcançar a desospitalização, as Equipes de Desinstitucionalização trabalhavam não só os serviços institucionalizados de saúde disponíveis, mas também, o grupo familiar, quando se

⁸⁸ A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) será melhor detalhada na próxima subseção.

percebe a existência de possibilidade de coabitação e convivência. A escolha da melhor estratégia de desospitalização para cada caso seria definida após a confecção do Projeto Terapêutico Singular da pessoa com transtorno mental que estivesse sendo reinserida socialmente.

4.3.2.2 – *A organização dos serviços e as ações assistenciais no âmbito da rede de atenção psicossocial territorializada.*

A análise documental empreendida me possibilitou perceber que, no período de 2001 a 2014, a política nacional de saúde mental brasileira veio sendo aprimorada, tendo seu escopo progressivamente ampliado. A evolução dessa política pública pode ser observada na forma com que os documentos analisados propuseram a organização dos diversos serviços psicossociais, bem como as ações assistenciais que seriam desenvolvidas pelos profissionais em cada um desses pontos de atenção. Assim, a análise do *corpus* documental permitiu constatar também que tal evolução veio se desenvolvendo na direção de ampliar e melhorar os serviços e ações centrando-as, cada vez mais, na oferta de cuidado integral ao usuário.

Foi nesse contexto que o Ministério da Saúde, dez anos depois da promulgação da Lei 10.216, publicou a Portaria 3.088 de 23 de dezembro de 2011⁸⁹, a qual instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), cujo objetivo era criar, ampliar e articular os pontos de atenção à saúde para pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A proposta da RAPS era disseminar pelo território serviços que oferecessem cuidados necessários ao usuário de acordo com as demandas específicas de cada caso. Para tanto, como se observa no Quadro 04, a Portaria 3.088 propunha que a RAPS fosse formada por sete diferentes componentes, os quais, por sua vez, se constituíam de serviços e propostas diversos.

QUADRO 04

Serviços constitutivos da RAPS e seus respectivos documentos normativos.

Componente da RAPS	Serviços constitutivos de cada componente	Documento normativo do serviço
Atenção básica em saúde	Núcleo de Apoio à Família (I, II, III)	Portaria MS nº 154 de 24/01/2008 Portaria MS nº 3.124 de 28/12/2012
	Equipe de Consultório na Rua	Portaria MS nº 122 de 25/01/2012
	Centros de Convivência e Cultura	Portaria MS nº 396 de 07/07/2005

⁸⁹ A Portaria 3088/2011 foi republicada em 21 de maio de 2013.

Atenção psicossocial especializada	Centros de Atenção Psicossocial nas suas diferentes modalidades CAPS I, II, III, i, ad.	Portaria GM nº de 336 19/02/2002 Portaria MS nº 2.841 de 20/09/2010
Atenção de urgência e emergência	SAMU 192	Portaria MS nº 1.010 de 21/05/2012
	Sala de Estabilização	Portaria MS nº 2.338 de 03/10/2011
	UPA 24 horas e Portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro	Portaria MS nº 342 de 04/03/2013
Atenção residencial de caráter transitório	Unidade de Acolhimento (para adultos e para criança/ adolescente)	Portaria MS nº 121 de 25/01/2012
	Serviços de Atenção em Regime Residencial	Portaria MS nº 131 de 25/01/2012
Atenção hospitalar	Serviço Hospitalar de Referência (Álcool e outras Drogas)	Portaria GM nº 2.197 14/10/2004 Portaria MS nº 2.842 20/09/2010
Estratégias de desinstitucionalização	Serviços Residenciais Terapêuticos	Portaria GM nº 175 de 2001 Portaria GM nº 3.090 de 2011
	Programa de Volta pra Casa	Lei Federal 10.708 2003 Portaria GM nº 2.077/2003
	Programa de Desinstitucionalização	A Portaria GM n.º 2.840/2014
Reabilitação psicossocial	Iniciativas de geração de trabalho e renda	Portaria 132 de 26/01/2012
	Iniciativas de inclusão produtiva e economia solidária	Portaria MS nº 1.169 07/07/2005 Decreto nº 8.163 de 20/12/2013

Fonte: Adaptado pelo autor a partir de Portal da Saúde – Ministério da Saúde – www.saude.gov.br⁹⁰

Pelo que se observa no Quadro 04, os Componentes e serviços que formavam a RAPS estavam presentes não só nos níveis de complexidade estabelecidos pelo Sistema Único de Saúde – primário, secundário e terciário –, como também no âmbito da cultura, da moradia, do trabalho, enfim, da vida cotidiana do usuário. Ao se propor abarcar essas várias dimensões da vida do usuário, a RAPS fortalecia, portanto, a consolidação do paradigma do cuidado integral, comunitário e territorializado, preconizado pela Lei 10.216.

Além dos serviços que a organizavam, o discurso da Portaria 3.088/11 preconizava que a RAPS tivesse seu funcionamento e suas ações orientados pelas diretrizes:

I) respeito aos direitos humanos, garantindo a *autonomia e a liberdade das pessoas*; II) promoção da equidade, *reconhecendo os determinantes sociais da saúde*; III) combate a estigmas e preconceitos; IV) garantia do acesso e da qualidade dos serviços, *ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar*; V) *atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas*; VI) diversificação das estratégias de cuidado; VII) desenvolvimento de atividades no território, que favoreçam a *inclusão social* com vistas à *promoção de autonomia* e ao *exercício da*

⁹⁰ Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/803-sas-raiz/daet-raiz/saude-mental/12-saude-mental/12588-raps-rede-de-atencao-psicossocial> Acessado em: 05 de maio de 2016.

cidadania; VIII) desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos; IX) ênfase em serviços de base territorial, com participação e *controle social dos usuários* e de seus familiares; X) *organização dos serviços em rede de atenção à saúde* regionalizada, com estabelecimento de *ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado*; XI) promoção de estratégias de educação permanente; XII) desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e aquelas em uso prejudicial de crack, álcool e outras drogas, tendo como eixo central a construção do *projeto terapêutico singular*. (BRASIL, 2011b, *grifos meus*).

Este trecho da Portaria 3.088/11, a despeito de sua curta extensão em relação ao documento geral, é paradigmático para quem, como eu, defende que o discurso oficial colocou em movimento concepções e práticas que configuraram um entendimento diferenciado acerca do cuidado à pessoa com transtorno mental no país. Nele, termos e expressões como *organização em rede, assistência multiprofissional, lógica interdisciplinar, ações intersetoriais, determinantes sociais da saúde, inclusão social, cuidado integral, projeto terapêutico singular, exercício de cidadania*, são, todos, fortemente ligados ao campo semântico da integralidade e diretamente vinculados à perspectiva do cuidado integral; reconhecendo, assim, as múltiplas dimensões que compunham a pessoa com transtorno mental e deslocando a doença – dimensão central no modelo antigo – para um plano secundário.

Exatamente por causa de sua relevância na direção de uma ressignificação da pessoa com transtorno mental na perspectiva do cuidado integral é que se fez necessário se deter sobre a organização dos serviços e das ações assistenciais propostas por cada um dos serviços⁹¹ que compunham a RAPS, tarefa que empreendo a seguir.

4.3.2.2.1 – *Serviços constitutivos do Componente Atenção básica em saúde: proposta de organização e de ações assistenciais*

A Portaria nº 154⁹², de 24 de janeiro de 2008, criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em suas modalidades I e II, os quais eram serviços para atender a população no âmbito da saúde geral. O discurso dessa Portaria define que o NASF fosse composto por uma equipe multiprofissional cuja atuação era em parceria com a Estratégia de Saúde da Família (ESF), tendo como objetivo ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Primária em Saúde, aprimorando a resolutividade, o acesso e a qualidade. Assim, o documento previa

⁹¹ O Componente *Estratégias de desinstitucionalização*, composto pelos Serviços Residenciais Terapêuticos, pelo Programa de Volta Pra Casa e pelo Programa de Desinstitucionalização, não serão analisados neste tópico, uma vez que já empreendi uma análise sobre eles na subseção 4.3.2.1.

⁹² A Portaria GM n.º 3.124 de 28 de dezembro de 2012, apresentada a seguir, redefiniu os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) I e II às Equipes de Saúde da Família (ESF).

que o NASF fosse organizado “de forma integrada à rede de serviços de saúde, a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as ESF” (BRASIL, 2010b, p. 146).

Embora não fosse um serviço específico da saúde mental, o documento analisado apresentava-se sensível à complexidade desse campo, propondo, em seu artigo 4º, que, “tendo em vista a magnitude epidemiológica dos transtornos mentais, recomenda[va]-se que cada NASF cont[asse] com pelo menos um profissional da área da saúde mental” (BRASIL, 2010b, p. 147). Além dessa recomendação, a Portaria 154 previa “ações específicas de saúde mental” dentre os diversos conjuntos de ações assistenciais a serem desenvolvidas pelos NASF. Nestes termos, o documento preconizava que as

ações de Saúde Mental de atenção aos usuários e a familiares em situação de risco psicossocial ou doença mental deve[sssem] propiciar o acesso ao sistema de saúde e à reinserção social. [...] Essa atenção deve[ria] ser feita dentro de uma rede de cuidados. Os NASF deve[riam] integrar-se a essa rede, organizando suas ações a partir de demandas articuladas junto às ESF, devendo contribuir para propiciar condições à reinserção social dos usuários e a uma melhor utilização das potencialidades dos recursos comunitários na busca de melhores práticas em saúde, de promoção da equidade, da integralidade e da construção da cidadania (BRASIL, 2010b, p. 154).

Cabe destacar que as demais ações assistenciais postas como atribuição do NASF pela Portaria 154 eram direcionadas para a população em geral e possuíam um amplo escopo, abarcando: atividades físicas, práticas integrativas, reabilitação social, alimentação e nutrição, serviço social, saúde da criança, saúde da mulher e assistência farmacêutica. Ao impactar a população em geral, tais ações beneficiavam, também, as pessoas com transtorno mental.

Outro documento normativo do NASF por mim analisado foi a Portaria GM n.º 3.124 de 28 de dezembro de 2012, a qual criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família na modalidade III (NASF III) e redefiniu os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) I e II às Equipes de Saúde da Família (ESF). Nestes termos, Esta Portaria definiu que cada NASF I deveria estar vinculado a no mínimo cinco e a no máximo nove ESF. O NASF II deveria estar vinculado a no mínimo três e a no máximo, quatro ESF. Finalmente, o então recém-criado NASF III deveria estar vinculado a no mínimo uma e a no máximo duas ESF. Observa-se a exigência de vinculação do NASF III à ESF é a partir de apenas uma unidade, ou seja, esta Portaria cria essa modalidade de NASF para possibilitar a universalização destas equipes para todos os municípios do país que possuem Equipes de Saúde da Família (BRASIL, 2012i).

Outro serviço previsto no Componente de Atenção Básica em Saúde da RAPS foi a equipe de Consultório na Rua (CR). Destaca-se que a Política Nacional de Atenção Básica aprovada pela Portaria 2.488/2011 já previa a existência do CR. Essas equipes tiveram sua organização e seu funcionamento definido pela Portaria 122, de 25/01/2012, tratando-se, como argumentava essa Portaria, de serviços integrantes da Rede de atenção psicossocial a serem organizados de forma articulada com as Unidades Básicas de Saúde, com os Centros de Atenção Psicossocial, os Serviços de Urgência e Emergências, entre outros. Além disso, eles deviam ser constituídos por equipes multiprofissionais qualificadas para lidar com as várias dimensões – no âmbito da saúde – dos problemas e das necessidades da população em situação de rua. Quanto às ações assistenciais, o discurso proferido pela Portaria 122 propunha que os profissionais atuantes nos CR executassem ações de atenção básica em saúde desenvolvendo-as *in loco* e de forma itinerante, de acordo com as necessidades dos usuários (BRASIL, 2012e).

Desse modo, a análise do discurso do documento acima evidenciou que o fato de a pessoa não possuir domicílio não seria um impeditivo para que ela tivesse sua cidadania reconhecida. Assim, ao considerar a pessoa em situação de rua como cidadã portadora do direito à saúde, o CR se alinhava, portanto, à perspectiva do cuidado integral, uma vez que propunha cuidar de seus usuários de forma flexível, adaptando-se a eles, oferecendo-lhes cuidados *in loco* e não exigindo que os usuários se adaptassem a uma organização preestabelecida do serviço.

Em complementação aos serviços que constituem o componente da Atenção Básica previsto pela RAPS, a Portaria 396, de 07/07/2005, também parte do *corpus* considerado neste trabalho, criou os Centros de Convivência e Cultura definindo-os como “dispositivos públicos componentes da rede de atenção substitutiva em saúde mental onde [eram] oferecidos às pessoas com transtornos mentais espaços de sociabilidade, produção e intervenção na cidade” (BRASIL, 2004a, p. 96). Na configuração do discurso proferido por esse documento, chama a atenção o apontamento para a ideia de que os Centros de Convivência e Cultura não eram espaços de tratamento propriamente ditos, uma vez que não se constituíam em equipamentos sanitários. Tratava-se de espaços de sociabilidade e de articulação da vida cotidiana da pessoa com transtorno mental, nos quais se priorizava o desenvolvimento de ações assistenciais vinculadas a oficinas de arte em suas diversas expressões. Segundo a Portaria 396, os Centros de Convivência e Cultura só poderiam ser implantados em municípios que possuam uma rede de atenção em saúde mental efetiva e em pleno funcionamento. Nestes termos, a articulação desses serviços com os demais dispositivos da rede era condição para que eles fossem implementados e atingissem o seu objetivo de contribuir no processo de reabilitação social da

pessoa com transtorno mental. Nos termos do próprio documento: “a articulação dos Centros de Convivência e Cultura com os dispositivos de saúde mental [...] e com outros campos como os do trabalho, cultura e educação, é fundamental para a reinserção social dos usuários e para o fortalecimento dos laços comunitários” (BRASIL, 2004a, p. 96).

Nota-se que a movimentação em torno de oferecer cuidado ao sujeito atendendo-o em suas múltiplas demandas, indo bem além de suas necessidades de saúde, foi um ponto forte das propostas assistenciais da Portaria 396. Ao propor atendimento em um serviço não sanitário, esse documento, de fato “coloca a doença entre parênteses”, permitindo que o cuidado à pessoa com transtorno mental alcançasse outras necessidades além daquelas mais diretamente vinculadas à saúde mental.

4.3.2.2.2 – *Serviços constitutivos do Componente de Atenção Psicossocial Especializada: proposta de organização e de ações assistenciais*

Criados pela Portaria SNAS nº 224/1992, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) foram significativamente redefinidos pela Portaria GM nº 336, de fevereiro de 2002. Essa Portaria estabeleceu que os CAPS se constituíam em diferentes modalidades de serviços, diferenciando-se entre si de acordo com a especificidade da demanda do público atendido, do horário de funcionamento, bem como, por seu porte, determinado segundo critérios populacionais. Assim, a Portaria 336, além de criar tamanhos diferenciados entre os CAPS, distinguindo-os entre CAPSI, CAPSII e CAPSIII, criou novos serviços para atender a grupos populacionais específicos como as crianças e adolescentes (CAPSi) e as pessoas com problemas decorrentes de uso prejudicial de álcool e outras drogas (CAPSad). O documento analisado normatizou, ainda, o horário de funcionamento desses serviços, sendo que o CAPSI, o CAPSII, o CAPSi e o CAPSad deveriam desenvolver seus trabalhos durante os cinco dias úteis da semana em um turno – de quatro horas diárias –, dois turnos – de oito às dezoito horas –, ou três turnos – de oito às vinte uma horas. Já os CAPSIII deveriam funcionar continuamente durante 24 horas diárias, incluindo feriados e finais de semana.

Além da Portaria 336, um outro documento analisado, referente a Atenção Psicossocial Especializada, foi a Portaria nº 2.841, de 20 de setembro de 2010. O discurso normativo dessa Portaria instituiu o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas na modalidade III, cujo funcionamento, tal qual o CAPSIII, seria ininterrupto, sendo 24 horas por dia e sete dias por semana. Essa Portaria construiu discursivamente o CAPSad III como um serviço

“destinado a proporcionar atenção integral e contínua a pessoas com transtornos decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas” (BRASIL, 2010b, p. 213).

Cabe destacar que, segundo os discursos dessas duas Portarias, independentemente da modalidade que o CAPS assumisse, todos eles seriam organizados por equipes multiprofissionais, cuja atuação deveria ser orientada pela interdisciplinaridade e intersetorialidade, reforçando, com isso, o reconhecimento das múltiplas dimensões que compunham a pessoa com transtorno mental, a partir da configuração da necessidade de uma gama variada de profissionais e serviços que não apenas os do campo da saúde, priorizados no antigo modelo. Além disso, tais discursos legais propuseram que a organização dos CAPS e as atividades neles desenvolvidas pelos profissionais deveriam ocorrer de forma articulada com os demais pontos de atenção da rede de serviços de saúde, bem como com os demais serviços de outras políticas públicas. No caso específico do CAPSi, a Portaria 336 recomendava que fossem desenvolvidas “atividades comunitárias enfocando a integração da criança e do adolescente na família, na escola, na comunidade ou quaisquer outras formas de inserção social” além disso, propôs também o “desenvolvimento de ações intersetoriais, principalmente com as áreas de assistência social, educação e justiça” (BRASIL, 2004a, p. 132). Como proposta comum a todas as outras modalidades de CAPS, os discursos dos documentos preconizaram ações assistenciais que iam desde o atendimento individual ou em grupos de usuários dentro das dependências dos CAPS até ações que fossem desenvolvidas no *território* onde vivesse a pessoa com transtorno mental. Dentre essas últimas ações destacavam-se: “as visitas e atendimentos domiciliares; o atendimento à família” (BRASIL, 2004a, p. 127) e “as atividades de integração na comunidade, na família, no trabalho, na escola, na cultura, e na sociedade em geral” (BRASIL, 2010b, p. 217); as quais reforçariam o reconhecimento da multidimensionalidade da pessoa com transtorno mental a partir da ampliação dos espaços de intervenção em atuação dos profissionais envolvidos no cuidado a ser operacionalizado.

Logo, depreende-se da análise do discurso configurador das Portarias 336/02 e 2841/10 que a proposta de organização e as ações assistenciais de cuidado previstas para serem desenvolvidas pelos CAPS se alinhavam com a perspectiva de cuidado integral à pessoa com transtorno mental preconizada pela Lei 10.216. Isso porque, para além da doença mental em si, a proposta do CAPS era, como apresentado, oferecer cuidados ao usuário de forma globalizada, considerando sua multiplicidade. Nesse movimento capturado na análise do discurso empreendida, uma ação relevante está no fato de que as várias modalidades dos CAPS foram organizadas levando em consideração as distinções que os grupos populacionais por elas

atendidas guardavam entre si, instaurando uma clara segmentação dos usuários e preconizando, com isso, o oferecimento de ações assistenciais direcionadas que respeitavam suas diversidades e pluralidades.

4.3.2.2.3 – *Serviços constitutivos do Componente Atenção de urgência e emergência: proposta de organização e de ações assistenciais*

Segundo a Portaria 1.010, de 21 de maio de 2012, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) é parte integrante da Rede de Atenção a Urgências e tinha como objetivo prestar socorro, o mais rápido possível, “à vítima após ter ocorrido um agravo à sua saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátrica, *psiquiátrica*, entre outras) que pudesse levar a sofrimento, a sequelas ou mesmo à morte [...]” (BRASIL, 2012f, *grifo meu*). Ao ter previsto o seu funcionamento de forma regionalizada pela Portaria 1.010, o SAMU pretendia atender a um grupo populacional maior, que pudesse ser composto por um ou mais municípios. Isso possibilitaria uma maior democratização do acesso aos serviços de urgência em saúde “corroborando os propósitos da assistência nas redes de atenção e de acordo com o Plano de Ação da Rede de Atenção às Urgências, garantindo a integralidade do cuidado e a melhoria do acesso” (BRASIL, 2012f).

Nestes termos, ao incluir as pessoas com transtorno mental como parte de seu público alvo, o SAMU contribuía para tentar mudar uma realidade que nos remetia aos primórdios da saúde mental brasileira, que é a condução para os serviços de saúde da pessoa com transtorno mental em crise por viatura policial. Assim, entender que os agravos à saúde decorrentes de um quadro de desestabilização psíquica era um caso de atendimento por equipe de saúde especializada em situações de urgência, e não por força policial, podia ser considerado um indício do reconhecimento da cidadania e dos direitos da pessoa com transtorno mental.

Tal qual o SAMU, a Sala de Estabilização (SE) foi um dispositivo de saúde constitutivo da Rede de Atenção à Urgências, organizado de forma articulada, regionalizada e em rede. Segundo as diretrizes estabelecidas pela Portaria 2.338, de 03 de outubro de 2011, a SE foi projetada para atender às necessidades assistenciais de estabilização do paciente grave/crítico em municípios de grandes distâncias e/ou isolamento geográfico, bem como lugares de difícil acesso considerados como vazios assistenciais para a urgência e emergência. O discurso dessa Portaria incluiu a pessoa com transtorno mental como parte do público alvo desse serviço. Assim, o documento, parte integrante do *corpus* desta pesquisa, considerava como paciente crítico/grave não só aquele que se encontra em risco iminente de morte, mas também “aquele

em frágil condição clínica decorrente de trauma ou outras condições relacionadas aos processos que reque[ressem] cuidado imediato clínico, cirúrgico, gineco-obstétrico ou em *saúde mental*” (BRASIL, 2011c, *grifo meu*).

O último dispositivo do Componente Atenção de Urgência e Emergência analisado para a presente subseção foi a Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h). Essas Unidades tiveram suas diretrizes de implantação redefinidas pela Portaria 342, de 04 de março de 2013, que as definia como “estabelecimentos de saúde de complexidade intermediária situados entre a Atenção Básica à Saúde e a Rede Hospitalar” (BRASIL, 2013a). Apesar de a pessoa com transtorno mental não figurar textualmente no documento como uma potencial usuária desse serviço; é possível afirmar que ela faz parte do público alvo da UPA 24h, uma vez que, segundo a Portaria 342, essas Unidades deveriam fornecer retaguarda à rede de serviços da Atenção Primária em Saúde e ao, mesmo tempo, ser o ponto de referência para estabilização dos pacientes atendidos pelo SAMU. Se, como visto acima, entre os pacientes atendidos pela Unidade de Atenção Básica de Saúde e pelo SAMU, estavam as pessoas com transtorno mental, logo, elas constituiriam, conseqüentemente, parte do público a ser atendido pela UPA 24h.

4.3.2.2.4 – *Serviços constitutivos do Componente Atenção residencial de caráter transitório: proposta de organização e de ações assistenciais*

A partir da necessidade de ampliar e diversificar as ações orientadas para prevenção, promoção da saúde, tratamento e redução dos riscos e danos associados ao consumo de substâncias psicoativas, a Portaria n.º 121 de 20 de janeiro de 2012 instituiu a Unidade de Acolhimento (UA) para pessoas (crianças, adolescente e adultas) com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas como um dos componentes de atenção residencial de caráter transitório da RAPS. Objetivando oferecer acolhimento voluntário e cuidados contínuos para essas pessoas, a UA buscava garantir os direitos de moradia, educação e convivência familiar e social. Cabe destacar que é de responsabilidade do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de referência da UA, tanto a indicação do usuário a este tipo de serviço, quanto a elaboração Projeto Terapêutico Singular de cada usuário admitido na UA (BRASIL, 2012j).

Entre outras considerações, a gravidade epidemiológica e social dos agravos à saúde, relacionados ao uso de álcool, crack e outras drogas, levou o Ministério da Saúde a instituir, por meio da Portaria 131 de 25/01/2012, incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados e Municípios para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial (SARR). Estes seriam “serviços de saúde de atenção residencial transitória que oferece[riam] cuidados

para adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas” (BRASIL, 2012g). O discurso desse documento entendia as Comunidades Terapêuticas (CT) como um tipo de SARR, as quais só poderiam existir em municípios que possuíssem uma rede de atenção psicossocial já articulada para atender pessoas com necessidades de uso prejudicial de álcool, *crack* e outras drogas. Os projetos técnicos – incluídos aqui sua organização e suas ações assistenciais – deveriam se fundamentar nas diretrizes preceituadas pela Portaria 131. Assim, eles deveriam estar integrados ao CAPS, às Unidades Básicas de Saúde e outros serviços que fossem pertinentes, na rede de atenção psicossocial; deveriam ser centrados nas necessidades do residente; respeitar, garantir e promover os direitos dos residentes enquanto cidadãos, mantendo-os sempre em contato com suas referências sociais e familiares.

Cabe destacar que a Portaria 131 recebeu inúmeras críticas de vários setores da sociedade, em função de ela ter viabilizado subsídio financeiro público para as CT. Para Valadares e Sousa (2013, p. 1068) este fato foi encarado “pelo movimento da Reforma Psiquiátrica como grande retrocesso da política de saúde mental, uma vez que são conhecidas as graves violações de direitos presentes nessas comunidades e retratadas em relatórios de fiscalização”.

De qualquer forma, é importante destacar que o discurso proferido por essa Portaria estabeleceu um forte vínculo entre as Comunidades Terapêuticas e os Centros de Atenção Psicossocial, sobretudo com esses últimos tendo participação ativa na entrada, na permanência e na saída do usuário das CT. Nestes termos, o documento se expressava:

Art. 13. O ingresso de residentes no SARR será condicionado ao consentimento expresso do usuário e dependerá de avaliação prévia pelo CAPS de referência. Art. 14 [...]. Art. 15. O Projeto Terapêutico Singular deverá ser desenvolvido na entidade prestadora do serviço de atenção em regime residencial, com o acompanhamento do CAPS de referência, da Equipe de Atenção Básica e de outros serviços sócio-assistenciais, conforme as peculiaridades de cada caso. Art. 16. O CAPS de referência permanece responsável pela gestão do cuidado e do Projeto Terapêutico Singular durante todo o período de permanência do usuário residente na entidade prestadora do serviço de atenção em regime residencial. Art. 17 [...]. Art. 18. A saída do usuário residente será programada em conjunto pelas equipes técnicas do SARR e do CAPS de referência (BRASIL, 2012g).

4.3.2.2.5 – *Serviços constitutivos do Componente Atenção hospitalar: proposta de organização e de ações assistenciais*

Em setembro de 2010, por meio da Portaria 2.842, foram aprovadas “as normas de funcionamento e habilitação dos Serviços Hospitalares de Referência para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas (SHRad)” (BRASIL, 2010b, p. 219). De acordo com este documento, o SHRad destinava-se especialmente ao usuário com problemas decorrentes do uso prejudicial de substâncias psicoativas. Este dispositivo assistencial deveria ser instalado no território, de modo a compor a rede de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas, articulando-se com os diversos outros serviços extra-hospitalares como os CAPS (especialmente o CAPSad) e os NASF. Tal qual o hospital psiquiátrico, os serviços prestados pelo SHRad só deveriam ser acionados em último caso e depois de esgotadas outras possibilidades extra-hospitalares. Nos termos da Portaria 2.842, o SHRad destinava-se a

oferecer suporte hospitalar, por meio de internações de curta duração, para usuários de álcool e/ou outras drogas, em situações assistenciais para as quais os recursos extra-hospitalares disponíveis não tenham obtido a devida resolutividade, ou ainda em casos de necessidade imediata de intervenção em ambiente hospitalar, sempre respeitadas as determinações da Lei nº 10.216, de 2001, e sempre acolhendo os pacientes em regime de curtíssima ou curta permanência (BRASIL, 2010b, p. 222).

Ainda de acordo com a Portaria 2.842, o SHRad deveria estar disponível para o usuário de forma ininterrupta, funcionando durante 24 horas diárias, nos sete dias da semana. Quanto à sua organização interna e externa e quanto às ações assistenciais propostas, este dispositivo deveria elaborar e se orientar por dois projetos de trabalho, sendo o Projeto Técnico do Serviço e o Projeto Terapêutico Singular específico para o usuário. Nestes termos, conforme destaca o documento, o SHRad deveria: estar totalmente integrado e em constante comunicação com os outros pontos da rede de saúde mental; ter suas propostas terapêuticas elaboradas de forma personalizada de acordo com as necessidades de cada usuário e de seus familiares; oferecer avaliações clínica, psiquiátrica, social, psicológica por equipe multiprofissional; oferecer atendimento ao usuário de forma individual e em grupo; abordar a família do usuário, prestando-lhe orientações quanto ao tratamento proposto; planejar a alta do usuário por meio de ações articuladas com os serviços localizados no território, assegurando a continuidade do tratamento após a alta.

Embora este fosse um serviço hospitalar – instituição claramente combatida pela Reforma Psiquiátrica –, pode-se observar que ele foi proposto na intenção de oferecer um cuidado personalizado e o mais integral possível – psiquiátrico, clínico, social, psicológico – a um público específico dos serviços de saúde mental: a pessoa com necessidade decorrente do uso prejudicial de álcool e outras drogas. Nestes termos, o Ministério da Saúde, responsável

pela proposição da Portaria 2.842, levou em consideração não só o grave cenário epidemiológico – que, à época, mostrava o aumento do consumo de substâncias psicoativas, sobretudo o álcool e o crack – como também a necessidade de diversificar a promoção de saúde, de tratamento, e de redução de riscos e danos decorrentes do uso dessas substâncias.

4.3.2.2.6 – *Componente Reabilitação Psicossocial: proposta de organização e de ações assistenciais*

Buscando ampliar a possibilidade de exercício da cidadania por parte das pessoas portadoras de transtornos mentais através da inclusão social e econômica, as Portarias 1.169, de 07 de julho de 2005 (BRASIL, 2010b, p. 105), e 132, de 26 de janeiro de 2012 (BRASIL, 2012h), instituíram incentivo financeiro de custeio para o desenvolvimento de iniciativas de geração de trabalho e renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais, destinados às pessoas com transtorno mental. Segundo essas Portarias, o incentivo financeiro era destinado ao município que tivesse em sua rede de atenção psicossocial o desenvolvimento de ações de reabilitação psicossocial direcionado aos usuários dos serviços de saúde mental em geral.

Finalmente, ao menos para o período de análise que demarquei para esta Tese, outro importante documento para o Componente Reabilitação Psicossocial é o Decreto nº 8.163, de 20/12/2013, que instituiu o Programa Nacional de Apoio ao Associativismo e ao Cooperativismo Social (Pronacoop Social) (BRASIL, 2013b). Tal Programa tinha a finalidade de planejar, coordenar, executar e monitorar as ações voltadas ao desenvolvimento das cooperativas sociais e dos empreendimentos econômicos solidários sociais, cujos beneficiários seriam *pessoas em situação de desvantagem*. O Decreto 8.163 propunha que o Pronacoop Social fosse desenvolvido de forma articulada pelos três níveis da federação – união, estados e municípios –, bem como, com a iniciativa privada, e *pessoas em situação de desvantagem*⁹³, seus familiares e entidades de representação.

Embora estes três documentos não regulamentassem serviços propriamente ditos, eles contribuíram para a consolidação de iniciativas que visavam à construção de um lugar mais efetivo para as pessoas com transtorno mental no cenário social em que elas transitavam. Nestes

⁹³ O Decreto 8.163 entendia por *pessoas em situação de desvantagem* aquelas que eram assim consideradas nos termos da Lei nº 9.867/99, a qual dispunha sobre a criação e o funcionamento de Cooperativas Sociais, visando à integração social dos cidadãos. De acordo com essa lei, entre outras *pessoas em situação de desvantagem* estariam “os dependentes químicos e as pessoas dependentes de acompanhamento psiquiátrico permanente, e os egressos de hospitais psiquiátricos” (Artigo 3º da lei 9.867/99).

termos, estas Portarias e este Decreto possuíam relevância incontestável “para os programas de inclusão social, que são articulados com a rede pública de saúde mental, na medida em que criam uma linha específica de financiamento para equipar iniciativas de geração de trabalho e renda e/ou para capacitar usuários, familiares e profissionais” (BRASIL, 2010b, p. 106).

Após esta extensa análise dos discursos constantes nos dispositivos legais acerca do que veio sendo *produzido, fabricado* sobre o atual formato da política pública de saúde mental, a organização dos serviços e as ações assistenciais propostas à pessoa com transtorno mental, não se poderia encerrar essa parte do texto sem algumas reflexões sobre o que aqui se constatou.

Desse modo, uma primeira constatação que a análise aqui empreendida permitiu fazer foi a de que, com a publicação da Lei 10.2016, no ano de 2001, uma nova narratividade acerca do sujeito louco passou a ser oficialmente assumida pelo discurso legislador do Brasil. Nestes termos, o sujeito louco, antes restrito a sua doença – posição que confundia o *ser* com o *transtorno mental* por ele apresentado – passou, nesse novo direcionamento, a ser considerado nas suas múltiplas dimensões, entre as quais se podem citar a social, a econômica, a jurídica, a afetiva, a familiar...

Alinhando-se com os princípios da Reforma Psiquiátrica resultante de lutas e negociações político-acadêmico-profissionais advindas desde o final dos anos 1970, o discurso oficial veiculado nos documentos analisados configurou, assim, um campo de possibilidades para a construção de uma *nova significação* acerca da pessoa com transtorno mental. Significação esta que considerava essas pessoas como possuidoras de direitos, de histórias, de relações interpessoais, de vivências enfim, que não poderiam ser desconsideradas quando da construção de um projeto assistencial a elas oferecido. Nesse movimento, a perspectiva do cuidado integral emergiu como um vasto campo de possibilidades para a proposição de uma rede de serviços, articulada com os novos entendimentos acerca do cuidado a ser oferecido à pessoa com transtorno mental. Tem-se, assim, uma confirmação da argumentação de Mattos (2006), ao afirmar que algo inerente à integralidade, independentemente dos sentidos a ela atribuídos é a recusa ao reducionismo do usuário à condição de objeto de intervenção na área da saúde. Essa postura, continua o autor, exigiria dos profissionais, dos serviços e da política de saúde irem além das demandas postas pelo usuário, buscando identificar demandas não explicitadas e possibilitando, assim, a oferta de respostas menos focalizadas e que transcendessem ao simples controle da doença.

Nessa perspectiva, uma segunda constatação que a pesquisa documental permitiu fazer foi a de que, nesse início de século XXI, no tocante à organização e às ações assistenciais

propostas para os serviços que atendem a pessoa com transtorno mental, uma gradativa incorporação da perspectiva do cuidado integral veio se configurando na legislação. Isso pôde ser percebido nas iniciativas e na diversidade de serviços instituídos, definidos e redefinidos pelas diversas portarias, decretos e leis analisadas nas subseções anteriores. Assim, foi possível constatar que a perspectiva do cuidado integral tem sido cada vez mais incorporada pela agenda da política pública de saúde mental brasileira. Nota-se, portanto, a confirmação da declaração de Noronha (et al, 2012, p. 368), para quem

no âmbito mais geral da política de saúde, a integralidade também remete à articulação necessária entre as políticas de cunho econômico, e social no sentido de atuar sobre os determinantes do processo saúde e doença e garantir as condições satisfatórias de saúde da população.

Ainda segundo o que se percebeu a partir da análise documental realizada, toda essa incorporação, por sua vez, veio se materializando através de um movimento que contrapôs uma contínua redução do hospital psiquiátrico como único espaço de tratamento da pessoa com transtorno mental a uma proporcional criação/ampliação de serviços abertos e territorializados das mais diversas ordens. Serviços que, cada qual a seu modo, buscaram oferecer ao usuário algum amparo para o desenvolvimento de sua dimensão cognitiva, social, pessoal... Isso, muitas vezes, com um amparo financeiro mínimo que possibilitasse a inserção do sujeito louco numa esfera que em muito contribuiu para uma significação positiva do sujeito: a econômica.

Todo o quadro acima descrito não seria possível sem a confluência, na década de 1980, das mudanças políticas e sociais introduzidas no Brasil no bojo da redemocratização política do país e dos ideais antimanicomiais preconizados pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica fortemente presentes na sua formação discursiva. Confluência esta que configurou em um contexto propício para a emergência de uma nova compreensão de como deveria ser o cuidado oferecido, a partir daquele momento, às pessoas com transtorno mental. Assim, buscando defender os direitos da pessoa com transtorno mental e romper com o modelo hospitalocêntrico de assistência, a Lei 10.216 assumiu, no âmbito da saúde mental, o paradigma de cuidado integral, o qual tem corroborado para – com as ações e serviços propostos na legislação – colocar a doença ‘entre parênteses’ e focalizar o sujeito na sua existência global. Logo, a entrada do cuidado integral na *ordem do discurso*⁹⁴ da legislação regulatória da saúde mental configura-

⁹⁴ Com esse conceito de *ordem do discurso*, o pensador francês remete à condição de que “nem tudo pode ser dito em qualquer lugar e a qualquer tempo” (FOUCAULT, 1996, p. 09). Há a criação de sistemas de controle, de forma a regular ao máximo possível a proliferação aleatória de discursos. É nesse sentido que cada época tem seus *regimes de verdade*, entendendo por isso o fato de que cada época tem suas formas de legitimar o que é ou não verdadeiro, o que tem ou não *status* de verdade naquele momento (Cf. Foucault, 1996).

se, a um só tempo, um avanço sem precedentes neste campo e um mundo de possibilidades para a inserção social da pessoa com transtorno mental.

A transposição de toda essa mudança verificada no plano discursivo da documentação até então analisada nesta Tese não se dá de forma direta para a materialização dos serviços de saúde mental. A conversão das práticas discursivas evidenciadas nos documentos que configuram a política em práticas efetivas depende de uma série de nuances cada uma delas atravessada por dimensões pessoais, culturais, sociais dos sujeitos envolvidos na materialização dessa política, gerando os conflitos inerentes ao processo de implementação de uma política pública. Nestes termos, buscando dar visibilidade a esses conflitos é que passo à análise, no próximo capítulo, das falas dos gestores, trabalhadores e conselheiros de saúde, bem como do contexto dos municípios buscando compreender como está sendo implementada a política de saúde mental brasileira nos âmbito de cinco municípios integrantes do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Itapecerica (CISVI).

5 – OS CINCO MUNICÍPIOS PESQUISADOS E A IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO PERÍODO ENTRE 2013-2016

Antes de dar continuidade à análise dos dados, fazem-se necessários dois esclarecimentos. O primeiro diz respeito à especificidade deste capítulo em contemplar as últimas três categorias do Quadro 02 sem a preocupação de apresentá-las isoladamente, dadas as razões já apresentadas no final da subseção 4.1.

Já o segundo esclarecimento diz respeito ao fato de que, buscando manter o anonimato em relação aos sujeitos de pesquisa, os mesmos não terão seus nomes verdadeiros grafados no texto. Assim sendo, adotei a estratégia de substituir os nomes dos sujeitos pesquisados pelas letras iniciais das palavras Gestor, Trabalhador e Conselheiro, seguida de um número.

Tendo isso em consideração, obtive o Quadro 05 por meio do qual apresento a identificação convencionada para os autores dos discursos coletados para a elaboração da Tese.

QUADRO 05

Identificação dos participantes da pesquisa

Participante	Códigos de identificação							
Gestor	G 1	G 2	G 3	G 4	G 5	–	–	–
Conselheiro	C 1	C2	C3	C4	C5	–	–	–
Trabalhador	T1	T2	T3	T4	T5	T6	T7	T8

Fonte: Elaborado pelo autor

5.1 – O Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Itapecerica

Como apresentado na subseção 3.1 desta Tese, os Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS) são iniciativas das cidades de se consorciarem objetivando ampliar suas capacidades de gerir e organizar o sistema de saúde (LIMA, 2000). Assim, aderir ou não a um CIS é decisão única e exclusiva de cada município. Além disso, o município não tem obrigatoriedade de contratar todos os serviços ofertados pelo CIS e pode usufruir – desde que contribua com o devido recurso financeiro para tal – somente aqueles serviços tidos como importantes para o atendimento específico de suas demandas de saúde.

Essa autonomia que o município possui confere aos CIS características bem particulares, no que diz respeito ao número de municípios consorciados, bem como no tipo e quantidade de serviços disponibilizados. Além disso, o município pode, se assim julgar conveniente, sair de um consórcio e se consorciar a um outro que lhe parecer mais interessante.

Como apresentado na subseção 3.2.1 desta Tese, o Plano Diretor de Regionalização de Saúde de Minas Gerais (PDR/MG) surgiu com a principal função de delimitar os territórios sanitários, de modo que estes fossem os elementos norteadores para uma melhor organização das ações e dos serviços de saúde em uma perspectiva regional. No entanto, nem sempre as Regiões de Saúde delimitadas pelo PDR coincidem com a organização dos municípios em seus respectivos CIS. Buscando então, evitar que Minas Gerais ficasse com duas delimitações territoriais diferentes, isto é, uma proposta pelo PDR e outra pelos CIS, à época, o PDR/MG recomendou que “os entes complementares de prestação de serviços no SUS, como os Consórcios Intermunicipais de Saúde, dev[er]iam ajustar-se às Regiões de saúde” (MALACHIAS, et al, 2013, p. 15).

Entretanto, como se observa no Figura 08, o CISVI segue uma lógica de agrupamento dos municípios consorciados que difere das Regiões de Saúde definidas pelo PDR/MG. Nota-se, assim, que nem todos os treze municípios da Região de Saúde Divinópolis/Santo Antônio do Monte estão consorciados ao CISVI. Percebe-se também que Conceição do Pará, cidade pertencente à outra Região de Saúde – a RS Pará de Minas – está vinculada a este Consórcio. Essa divergência se justifica pela autonomia que os municípios possuem em se consorciarem ou não a um determinado CIS. Conceição do Pará, por exemplo, está consorciada ao CISVI desde 02 de julho de 1996, e até hoje se mantém a ele vinculado, pois, seus gestores entendem que essa associação atende aos interesses do município no que diz respeito a suas demandas em saúde. Cabe destacar que esta situação não coloca a cidade de Conceição do Pará em uma posição de ilegalidade, já que o PDR/MG apenas recomenda e não determina o ajuste dos CIS ao desenho regional proposto pelo Plano Diretor.

No que diz respeito aos serviços, atualmente o CISVI disponibiliza para os municípios consorciados consultas médicas e exames clínicos. Dentre as consultas médicas estão as especialidades: cardiologia, angiologia, dermatologia, neurologia infantil, neurologia adulto, oftalmologia, otorrinolaringologia, urologia. Em relação aos exames, estão: endoscopia, eletrocardiograma, eletroencefalograma, ultrassom (abdominal, endovaginal, mama, obstétrico, próstata, rins e venoso), teste ergométrico, tomografia computadorizada, ressonância magnética e ecodoplercardiograma. Além desses serviços, o CISVI gerencia o Serviço Estadual de Transporte em Saúde (SETS) na região onde atua. Por meio do SETS, o CISVI realiza diariamente nove rotas de transporte de pacientes levando-os para a realização de exames e consultas médicas realizados tanto em Belo Horizonte, quanto em Divinópolis (CISVI, 2016).

O uso desse serviço de transporte é um exemplo da autonomia dos municípios em contratar ou não algum serviço ofertado pelo CISVI. Assim, dentre as cidades consorciadas, somente Carmo do Cajuru, Cláudio, Divinópolis, Itapecerica, Pedra do Indaiá e São Gonçalo do Pará usam o transporte do SETS. As cidades de Perdígão, Conceição do Pará e São Sebastião do Oeste optaram por não pactuarem este serviço (CISVI, 2016).

É interessante observar que, no rol de serviços ofertados pelo CISVI, não consta consulta com médico psiquiatra ou quaisquer outros serviços no campo da saúde mental⁹⁵. Essa foi uma constatação que me causou estranhamento, pois, as cidades – Perdígão, São Gonçalo do Pará, Conceição do Pará e São Sebastião do Oeste –, na prática, utilizam os serviços de saúde mental existentes em Divinópolis, sobretudo os do Centro de Atenção Psicossocial III e do ambulatório de psiquiatria. Isso ocorre baseado em um argumento exposto no próprio Plano Municipal de Saúde Mental de Divinópolis (2014-2017) de que “o SERSAM⁹⁶ tem, ao longo dos últimos anos, prestado assistência aos usuários residentes nesta região do CISVI” (DIVINÓPOLIS, 2014, p. 07).

Como apresentei na introdução desta Tese, o fato de as quatro cidades mencionadas terem o município de Divinópolis como um polo de referência assistencial na área de saúde mental foi o critério que utilizei para delimitar o *locus* de pesquisa do presente trabalho. Entretanto, diante da constatação feita com o andamento da pesquisa de que o CISVI não disponibiliza ações e/ou serviços de saúde mental, instaurou-se a dúvida: por que Divinópolis seria considerada uma referência em saúde mental para outras quatro cidades, baseado no argumento de que elas pertenceriam ao mesmo Consórcio Intermunicipal de Saúde, sendo que esse mesmo CIS não dispunha de serviços de saúde mental para oferecer aos municípios consorciados? Sobre esta situação, o depoimento transcrito abaixo, de um gestor entrevistado, é esclarecedor:

Por volta dos anos de 1999/2000, havia um combinado com o CISVI de Divinópolis atender os pacientes daquelas cidades do CISVI que precisassem e quisessem pactuar serviços de saúde mental. Naquela época, Conceição do

⁹⁵ Em um demonstrativo de produção de serviços e ações do CISVI abrangendo o período entre os anos de 2012 até 2016, não consta quaisquer ações e/ou serviços que dizem respeito ao campo da saúde mental. Ou seja, a não oferta desse tipo de serviço por este Consórcio Intermunicipal de Saúde é uma realidade há pelo menos cinco anos (CISVI, 2016).

⁹⁶ SERSAM – Serviço de Referência em Saúde Mental – é um complexo de serviços de saúde mental, localizado na cidade de Divinópolis, que abarca um Centro de Atenção Psicossocial III, um ambulatório de psiquiatria, atendimento de urgência e emergência em saúde mental e, mais recentemente, um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas III.

Pará, São Gonçalo do Pará, São Sebastião do Oeste, Cláudio⁹⁷, Carmo do Cajuru⁹⁸, e Perdígão, todas essas cidades tinham seus pacientes de saúde mental atendidos nos serviços de Divinópolis. Em contrapartida, o CISVI mantinha uma Assistente Social, funcionária do Consórcio, prestando serviço no SERSAM de Divinópolis. Depois de um tempo, além da Assistente Social, veio também um dentista trabalhar no SERSAM. Ele também era funcionário contratado e pago pelo CISVI. Com o tempo esses dois funcionários saíram do CISVI e conseqüentemente do SERSAM e nunca mais foram contratados outros. E aí é aquela coisa, entra governo, sai governo e as coisas, os combinados vão se perdendo... São combinados que não foram documentados e muitas vezes as equipes de transição de governo não são comunicadas sobre eles, aí as coisas se perdem. A gente continua atendendo esse pessoal porque eles já são atendidos aqui há muito tempo, mas a gente não tem contrapartida, não tem respaldo de nada, não tem contrato. Essa falta de contrato e de respaldo me incomoda muito e eu já falei com o gestor do município que a gente precisa resolver isso, ou interrompe esses atendimentos ou pactua uma contrapartida. Mas é difícil resolver porque eu acho que tem uma questão política no meio disso, e o gestor do município não quer se indispor com os gestores dos outros municípios. [...] Teve uma vez que eu fui em uma reunião e quando eu toquei neste assunto, eles me disseram: *agora é um ano político, de eleição, é um ano eleitoral e isso vai causar muita indisposição. Vamos esperar passar esse ano, aí a gente tenta resolver isso* (G 5).

Observa-se no depoimento acima que, a organização da política de saúde mental neste grupo de cidades não tem sido planejada a partir de critérios técnicos alinhados com aquilo que foi preceituado pela Regionalização, sobretudo, no que diz respeito à formação das Regiões e Redes de Saúde com acessibilidade e integralidade. Ao contrário disto, o que impera na situação relatada é a supremacia de interesses político-partidários. Isso impacta negativamente a implementação da política de saúde mental nas cidades pesquisadas, uma vez que, por um lado, sobrecarrega o município de Divinópolis que assume o atendimento em saúde mental de uma população de outras quatro cidades – juntas totalizam 34.460 habitantes –, sem entretanto, receber recursos financeiros para tal. Por outro lado, coloca a saúde mental dos demais municípios em uma situação de vulnerabilidade, já que as ações e os serviços prestados nesta área ficam à mercê da ‘boa vontade’ de grupos de interesse político-partidários específicos, cuja tomada de decisão, como já mencionado, não se orienta por critérios técnicos e/ou comprometidos com os princípios da Regionalização da política de saúde.

⁹⁷ Em 2010 o município de Cláudio inaugurou o seu Centro de Atenção Psicossocial I, assumindo a responsabilidade por oferecer assistência em saúde mental para os seus munícipes, deixando, assim, desde então, de referenciá-los para Divinópolis.

⁹⁸ No início do ano de 2016, Carmo do Cajuru, inaugurou um Centro de Atenção Psicossocial I e, a partir de então, assumiu a responsabilidade por oferecer assistência em saúde mental para os seus munícipes, os quais passaram a ser assistidos exclusivamente pela sua cidade de origem, deixando, assim, de serem encaminhados para atendimento em saúde mental em Divinópolis.

5.2 – Breve caracterização dos cinco municípios estudados

As cidades de Conceição do Pará, Divinópolis, Perdigoão, São Gonçalo do Pará e São Sebastião do Oeste selecionadas para a composição do *locus* de pesquisa da presente Tese estão localizadas na Região Centro-Oeste do Estado de Minas Gerais. Além de sua localização geográfica, elas têm em comum o fato de serem todas consorciadas ao CISVI e terem a cidade de Divinópolis como referência no campo assistencial de saúde mental. Apesar dessas semelhanças, elas possuem também, diferenças importantes nos aspectos econômicos e demográficos, como pode ser observado no Quadro 07.

QUADRO 07

Características gerais dos municípios pesquisados

Municípios	Conceição do Pará	Divinópolis	Perdigão	São Gonçalo do Pará	São Sebastião do Oeste
Elevação à categoria de cidade	30/12/1962	03/09/1912	12/12/1953	27/12/1949	30/12/1962
População (Hab.) (2016)	5.488	232.945	10.637	11.823	6.512
Área territorial (Km²) (2015)	250,306	708,115	249,322	265,730	408,090
Densidade Demográfica (Hab/Km²) (2010)	20,60	300,82	35,74	39,13	14,22
Domicílios Urbanos (Unid.) (2014)	2.015	207.516	7.862	7.960	3.247
Domicílios Rurais (Unid.) (2014)	3.143	5.500	1.050	2.438	2.558
Principais atividades econômicas	Agropecuária em pequena escala; setor comercial limitado; atividade industrial reduzida.	Alta concentração de indústria confeccionista; forte setor siderúrgico e metalúrgico; setor comercial diversificado; destaque na prestação de serviços (profissionais liberais e administração pública – municipal, estadual e federal).	Indústria calçadista com cerca de 100 fábricas registradas.	Indústrias no setor têxtil, calçadista e de laticínios.	Industria no setor de avicultura com criação, abate e comércio de aves.
PIB Per capita (R\$ 1,00) (2014)	38.189,02	23.337,42	13.122,00	13.742,97	55.198,00
PIB total (R\$1.000) (2014)	207.366	5.335.938	133.648	157.701	350.176
IPTU (R\$ 1.000) (2014)	106	19.175	322	Não Informado	22

ISS (R\$ 1.000) (2014)	319	29.960	222	Não Informado	747
ITBI (R\$ 1.000) (2014)	121	8.132	224	Não Informado	219
FPM (R\$ 1.000) (2014)	6.943	64.847	6.943	8.584	6.943
Pessoas ocupadas assalariadas (Unid.) (2014)	1.459	57.481	1.986	2.132	3.069
Salário médio mensal (Salário mínimo) (2014)	2,60	2,20	1,50	1,60	2,10
IDHM (2010)	0,700	0,764	0,703	0,689	0,626
Distância de Divinópolis (Km)	57	-	35	25	29

Fonte: Elaborado pelo autor a partir de dados do IBGE Cidades (2016).

Divinópolis está localizada próxima à região metropolitana de Belo Horizonte e distante a cerca de 120 quilômetros da capital do Estado. No que diz respeito às distâncias entre Divinópolis e os demais municípios apresentados no Quadro 07, a maior delas é de 57 Km que separam Divinópolis de Conceição do Pará. Esta é também a única cidade que não faz fronteira geográfica com o município de Divinópolis.

Enquanto Divinópolis é a cidade mais velha com 105 anos, Conceição do Pará e São Sebastião do Oeste, elevadas à categoria de municípios pela mesma Lei Estadual n.º 2.764 de 30 de dezembro de 1962, são as mais novas, com 54 anos de existência.

Embora apresente o maior PIB total do grupo de municípios estudados, Divinópolis cai para a terceira posição quando se contabiliza o PIB *per capita*, ao passo que São Sebastião do Oeste apresenta o segundo PIB total e o primeiro PIB *per capita*.

Em relação à localização dos domicílios, tem-se a seguinte distribuição dos localizados no espaço urbano: Divinópolis com 97,41%, Perdigoão com 88,21%, São Gonçalo do Pará com 76,55% e São Sebastião do Oeste com 55,93%. Ao contrário dessas cidades, Conceição do Pará, se apresenta como o município menos urbano e mais rural, com a maioria de seus domicílios (61%) localizados em zona rural e apenas 39% localizam-se no espaço urbano.

Quando se observa as finanças públicas, é interessante notar que, apesar de possuir 3.247 domicílios urbanos o que, equivale a 55,93% do seu total, São Sebastião do Oeste arrecadou apenas R\$ 22.000,00 de Imposto Territorial Urbano (IPTU) em 2014, enquanto Conceição do Pará, com apenas 2.015 domicílios urbanos, arrecadou, com o mesmo imposto e no mesmo ano, uma cifra de R\$ 106.000,00, ou seja, quase cinco vezes mais que a cidade de São Sebastião do Oeste.

Sabe-se que o IPTU, juntamente com o Imposto Sobre Serviços (ISS) e o Imposto sobre Transmissão-Intervivos de bens imóveis (ITBI) são os três impostos constitucionalmente definidos como de competência dos municípios, que têm autonomia para legislar sobre tais tributos. No caso específico do IPTU, ele deve ser instituído pelo governo municipal através de lei específica que estabelece a alíquota e o valor venal que será utilizado para cobrar o referido imposto. Em função de ser considerada a mais importante fonte de arrecadação dos governos municipais, Citadini (1998, p. 04), afirma que cobrança do IPTU deve “basear-se em adequado e razoável mapa de valores, e a política de concessão de isenções deve ser absolutamente criteriosa”. Caso contrário, corre-se o risco de distorções tanto nas referências estabelecidas para se calcular o valor do imposto, quanto nas isenções da cobrança, o que, em qualquer um dos dois casos, acarretará prejuízos de arrecadação para o município.

Embora não se possa afirmar, com exatidão, os motivos que determinaram a baixíssima arrecadação com o IPTU em 2014 pela cidade de São Sebastião do Oeste, uma vez que esta investigação não foi conduzida no sentido de elucidar detalhes como este, é possível levantar algumas hipóteses para isso: o excesso de isenções e descontos, a inadimplência do contribuinte e a falta de estrutura administrativa e de pessoal com capacidade para realizar o cadastramento dos imóveis e proceder com o adequado cálculo do IPTU.

Cabe destacar que dentre os problemas hipotéticos que mencionei, a inadimplência é uma realidade bastante presente quando se trata de tributação municipal e nem sempre o governo local faz uma gestão adequada dessa situação. Exemplo disso é o caso de Divinópolis que, em 2015, criou um Projeto de Lei n.º 045 instituindo o Programa de Regularidade Fiscal (REFIS) que prevê a regularização de pessoas em situação de inadimplência com alguns tributos municipais. Com a criação desse Programa

a prefeitura de Divinópolis esperava receber pelo menos R\$ 10 milhões dos R\$ 60 milhões de débitos de contribuintes já inscritos, ou não, na dívida ativa [...]. A dívida tributária dos contribuintes refere-se a débitos em tributos municipais, como IPTU, ISS e ITBI [...]. O programa REFIS, fruto de um acordo entre o Executivo e o Legislativo, prevê descontos em juros e multas geradas até 31 de dezembro do ano passado [2014]. Para o contribuinte que pagar em parcela única, o Refis oferece desconto de multas e juros de 90%. Para o pagamento em duas parcelas, o desconto será de 75% e, em 10 parcelas, o desconto cai para 15% (LEE, 2015).

Nota-se que o governo municipal esperava receber apenas 16,6% do total da dívida de R\$ 60 milhões, oferecendo até 90% de desconto em juros e multas. Analisando situação semelhante a essa ocorrida em municípios do interior de São Paulo, Citadini, (1998, p. 04)

adverte que “a concessão de anistias fiscais, perdão de débitos, desestimula o pagamento tempestivo de tributos, na expectativa de que dali a algum tempo nova anistia ocorrerá”. Além disso, continua o autor, esse tipo de iniciativa funciona como “um castigo para os que cumpriram o dever cívico de contribuir para a manutenção de sua própria comunidade”. Isso acaba por causar um desfalque na arrecadação própria do município, colocando-o em uma situação de maior dependência de repasses dos outros entes federativos. Tem-se, assim, uma situação de interferência na operacionalização das políticas sociais dos municípios.

Chama a atenção também os números relativos à renda salarial média mensal, cujo indicador calculado em salários mínimos apresenta a cidade de Conceição do Pará com a maior das médias, ficando à frente, inclusive, da média de Divinópolis que é o maior, mais influente e mais desenvolvido de todos os municípios estudados.

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) “é um índice social, construído a partir da combinação de indicadores mais simples, relacionados a áreas de saúde, de educação e de renda” (JANNUZZI, 2012, p. 29). No Brasil, o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e a Fundação João Pinheiro, através de uma adaptação da metodologia do IDH global, criaram o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM).

O IDHM brasileiro segue as mesmas três dimensões do IDH global – saúde, educação e renda, mas vai além: adequa a metodologia global ao contexto brasileiro e à disponibilidade de indicadores nacionais. Embora meçam os mesmos fenômenos, os indicadores levados em conta no IDHM são mais adequados para avaliar o desenvolvimento dos municípios brasileiros. Assim, o IDHM – incluindo seus três componentes, IDHM Longevidade, IDHM Educação e IDHM Renda – conta um pouco da história dos municípios em três importantes dimensões do desenvolvimento humano durante duas décadas da história brasileira. O IDHM é acompanhado por mais de 200 indicadores socioeconômicos que dão suporte à sua análise e ampliam a compreensão dos fenômenos e dinâmicas voltados ao desenvolvimento municipal (IPEA/FJP, 2013, p. 27).

Como se observa no Quadro 07, os IDHM das cidades de Conceição do Pará, Divinópolis e Perdígão estão na marca de 0,700; 0,764 e 0,703, respectivamente, o que as situa na faixa de Desenvolvimento Humano Alto⁹⁹. Já os outros dois municípios apresentam índices mais baixos, sendo São Gonçalo do Pará, com 0,689 e São Sebastião do Oeste, com 0,626, o que os classifica com um padrão de Desenvolvimento Humano considerado médio.

⁹⁹ “O IDHM é um número que varia entre 0 e 1. Quanto mais próximo de 1, maior é o desenvolvimento humano de um município. Assim, o IDHM é classificado como muito baixo (0 a 0,499), baixo (0,500 a 0,599), médio (0,600 a 0,699), alto (0,700 a 0,799) e muito alto (0,800 a 1)” (IPEA/FJP, 2013, p. 27).

Cabe destacar finalmente, que no que diz respeito ao IDHM dos municípios pesquisados, somente Divinópolis alcançou um índice acima da média do Estado de Minas Gerais, cuja marca foi de 0,731 em 2010.

5.3 – O sistema de saúde dos municípios estudados¹⁰⁰

Em relação à regionalização proposta pelo PDR/MG, os municípios de Conceição do Pará, Divinópolis, Perdígão, São Gonçalo do Pará e São Sebastião do Oeste estão jurisdicionados à Superintendência Regional de Saúde (SRS) da Região Ampliada de Saúde (RAS) Oeste/Divinópolis e todos estão representados na Comissão Intergestores Regional Ampliada (CIRA) dessa RAS.

No que diz respeito as cidades de Divinópolis, Perdígão, São Gonçalo do Pará e São Sebastião do Oeste, elas pertencem à Região de Saúde (RS) de Divinópolis/Santo Antônio do Monte e, por isso, estão representadas na Comissão Intergestores Regional (CIR) dessa RS. Diferentemente das quatro cidades mencionadas, Conceição do Pará pertence à Região de Saúde Pará de Minas e, por isso, necessariamente, está vinculada à CIR Pará de Minas.

Quanto ao sistema de saúde municipal, embora todas as cidades estudadas orientem-se pelas diretrizes e princípios do SUS, elas possuem uma estrutura organizacional de serviços de saúde de acordo com as características particulares que apresentam e com a capacidade instalada que dispõem.

Os municípios¹⁰¹ de Conceição do Pará, Perdígão, São Gonçalo do Pará e São Sebastião do Oeste estão habilitados na condição de gestão plena de atenção básica ampliada de acordo com a NOAS/01. Este tipo de gestão confere ao município a responsabilidade de organizar a oferta de ações e serviços de saúde no âmbito da Atenção Básica em Saúde, podendo executar procedimentos de média complexidade de acordo com sua capacidade física instalada. Os cuidados ou tratamentos que extrapolarem a capacidade de resolução destes serviços serão encaminhados para serviços terceirizados (Consórcios Intermunicipais de Saúde, Hospitais de referência) e/ou para outros municípios de referência por meio de Programação Pactuada Integrada (PPI) e através do Tratamento Fora de Domicílio (TFD).

¹⁰⁰ As informações utilizadas para a construção deste texto foram retiradas dos Planos Municipais de Saúde (2014/2017) de Divinópolis (2014), Conceição do Pará (2014) e de São Sebastião do Oeste (2014), bem como das entrevistas realizadas especificamente para a presente investigação.

¹⁰¹ O caso da cidade de Divinópolis, por apresentar características muito diferentes dessas outras quatro cidades, será apresentado em separado mais adiante nesta mesma subseção.

Atualmente as quatro cidades dispõem de serviços de Atenção Básica em Saúde além de algumas especialidades clínicas ofertadas em nível ambulatorial. À exceção de Conceição do Pará que possui apenas serviços de saúde de funcionamento diurno e de segunda à sexta feira, Perdigão, São Gonçalo do Pará e São Sebastião do Oeste possuem, também, um Pronto Atendimento para Urgências e Emergências de funcionamento ininterrupto, ou seja 24 horas por dia e sete dias por semana.

Cabe ressaltar que, nesses municípios, o acesso aos serviços oferecidos nas Unidades de Atenção Primária à Saúde se dá por demanda espontânea ou por agendamento prévio. Embora não seja exclusivo para grupos populacionais específicos, esse agendamento está mais voltado para os usuários de grupos prioritários típicos para a atenção na Estratégia de Saúde da Família (ESF), como saúde da mulher (pré-natal, puericultura e preventivo), crianças, idosos, hipertensos e diabéticos.

Em relação aos serviços de saúde propriamente ditos, cada uma das quatro cidades se organiza de uma maneira singular. Conceição do Pará possui uma farmácia pública municipal; um setor de Tratamento Fora de Domicílio (TFD); duas unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF), sendo uma urbana e uma rural, e um Pronto Atendimento (diurno) que oferece atendimento em algumas especialidades clínicas como cardiologia, ginecologia e pediatria. Este mesmo Pronto Atendimento dispõe também de um psicólogo, um nutricionista, um fonoaudiólogo e dois fisioterapeutas.

No caso de São Sebastião do Oeste, o município conta com três equipes de Estratégia de Saúde da Família, sendo uma rural e duas urbanas; um Pronto Atendimento Municipal de funcionamento 24 horas para urgências e emergências, que oferece também atendimento (diurno) em especialidades como pediatria e ginecologia, além e atendimentos com psicólogo nutricionista e enfermagem; uma farmácia pública municipal; um setor de TFD e uma unidade de Núcleo de Apoio a Saúde da Família III composta por psicólogo e educador físico.

Perdigão conta, atualmente, com três equipes de Estratégia de Saúde da Família, sendo uma rural e duas urbanas que possuem horário especial de funcionamento (10:00h às 19:00h) duas vezes por semana para atendimento de trabalhadores; um Pronto Atendimento funcionando 24 horas por dia para urgências e emergências; um ambulatório de especialidades clínicas com oferta de atendimentos em psiquiatria, pediatria e ginecologia; oferece também acompanhamentos psicológicos e fonoaudiológicos; uma farmácia pública municipal e um setor de Tratamento Fora de Domicílio.

São Gonçalo do Pará dispõe de um setor de Tratamento Fora de Domicílio; uma farmácia pública municipal; quatro equipes de Estratégia de Saúde da Família, sendo uma rural e três urbanas; um Pronto Atendimento de urgência e emergência de funcionando 24 horas por dia; um ambulatório de especialidades clínicas com atendimentos em psiquiatria, pediatria, ginecologia, cardiologia, neurologia, ortopedia. Dispõe também de atendimento com profissionais da psicologia e da fonoaudiologia.

Finalmente, em relação a Divinópolis, diferentemente das quatro outras cidades, ela possui gestão plena do sistema de saúde municipal desde junho de 1998, com base na NOB96. Em 2011 reafirmou sua condição de polo ao pactuar junto ao Estado e União o Pacto pela Saúde, celebrando o Termo de Compromisso de Gestão, homologado pela Portaria GM nº. 2.714/11.

Na condição de município polo da Região Ampliada de Saúde Oeste e também na Região de Saúde Divinópolis/Santo Antônio do Monte, Divinópolis tem um importante papel na saúde pública nessas Regiões, sendo referência em vários serviços especializados para os municípios que compõem a RAS Oeste. Assim, a cidade dispõe de uma rede física com capacidade para ofertar serviços de saúde nos três níveis de complexidade do SUS. Parte deles atende exclusivamente os moradores do município, como é o caso da Atenção Primária em Saúde. Já a outra parte – serviços de média e alta complexidade – atende não só os moradores de Divinópolis, como também os residentes das outras cidades da RAS Oeste/Divinópolis e RS Divinópolis/Santo Antônio do Monte. Tal qual preconizado pelo PDR/MG no caso de municípios de maior porte, Divinópolis adotou a estratégia da regionalização intramunicipal, subdividindo o seu território em dez regiões sanitárias que abrigam toda a sua rede de serviços dos três níveis de atenção em saúde.

Nestes termos, na Atenção Primária em Saúde, Divinópolis conta com 41 unidades, distribuídas pelas dez regiões sanitárias, das quais 10 são Centros de Saúde Convencionais, 31 são Estratégias Saúde da Família (ESF). Cabe destacar, que muitas destas unidades de atenção primária em saúde contam com psicólogos e assistentes sociais.

No âmbito da Atenção Secundária em Saúde, a cidade possui uma Policlínica com diversas especialidades, um Serviço de Atenção Especializada (HIV-AIDS), Serviço de Especialidades Odontológicas, Serviço de Referência em Saúde Mental, Centro Regional de Reabilitação e Centro Municipal de Assistência à Saúde para apoio diagnóstico (Laboratório de Análises Clínicas). Destaca-se que os cuidados ou tratamentos que extrapolarem a capacidade

de resolução destes serviços serão encaminhados para serviços terceirizados (CISVI, Hospital São João de Deus) e/ou para outros municípios através do Tratamento Fora de Domicílio (TFD).

Para atendimento das urgências e emergências, Divinópolis conta com uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), um Centro de Atenção Psicossocial III (CAPS III), um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas III (CAPSad III), um Hospital Geral contratado e uma Unidade de Resgate em parceria com o Corpo de Bombeiros Militar.

Na assistência hospitalar – alta complexidade –, o município conta, atualmente, com cinco hospitais, sendo quatro gerais e um psiquiátrico. Destes, apenas um hospital geral e um psiquiátrico são credenciados para atendimento SUS, somando um total de 319 leitos, distribuídos em 87 leitos psiquiátricos (Clínica São Bento Menni) e 232 leitos gerais (Hospital São João de Deus).

No que diz respeito à assistência farmacêutica, existem nove farmácias públicas, sendo cinco regionais, três para atendimento interno, exclusivas do serviço especializado onde estão localizadas e uma exclusiva para atendimento de processos judiciais.

5.4 – A trajetória da política de saúde mental nos municípios pesquisados: 1990 – 2016.

Como apresentado na subseção 4.2.1, até o início dos anos de 1990, a política nacional de saúde mental brasileira resumia-se a alguns poucos ambulatórios de psiquiatria e a uma enorme quantidade de hospitais psiquiátricos. Foi a partir das décadas de 1980/1990 que se empreendeu uma tentativa mais consistente de inversão desse modelo assistencial, com a diminuição progressiva do número de leitos em hospitais psiquiátricos e a simultânea ampliação da oferta de ambulatórios de saúde mental, bem como de serviços de base comunitária e territorial como os Centros de Atenção Psicossocial, por exemplo.

A trajetória da política de saúde mental de Divinópolis e das outras quatro cidades estudadas nesta Tese seguiram, em linhas gerais, essa mesma tendência do contexto nacional. Assim, até o ano de 1991, a única opção assistencial em saúde mental existente para essas cinco cidades era, no caso de tratamento particular, os serviços oferecidos pela Clínica São Bento Menni¹⁰², um hospital psiquiátrico privado que funcionava em Divinópolis desde os anos de 1970. No caso de tratamento público, a opção era o envio do paciente para alguma instituição psiquiátrica custeada pelo governo que, em sua grande maioria, localizava-se nas cidades de Belo Horizonte e Barbacena (DUARTE, 2008).

¹⁰² A partir dos anos de 1990, a Clínica São Bento Menni firma convênio com o Sistema Único de Saúde, passando a ser prestador de serviço para o SUS em Divinópolis e região.

Com o advento do Sistema Único de Saúde, no início dos anos 1990, diversas mudanças foram introduzidas na organização do sistema de saúde dos municípios, o que provocou transformações também no âmbito da saúde mental. Foi nesse contexto que a saúde mental pública em Divinópolis passou a contar com uma nova estrutura de atendimento psiquiátrico ambulatorial oferecido na Policlínica da cidade.

Cabe destacar que, nos anos 1990, Divinópolis já exercia uma grande influência política e econômica na Região Centro-Oeste de Minas Gerais. Com o desenvolvimento da descentralização da política de saúde, o município passou a ser referência, também nesta área, para dezenas de outras cidades localizadas na mesma Região. No que diz respeito à saúde mental, no caso da alta complexidade – internação hospitalar psiquiátrica –, Divinópolis passou a ser referência para inúmeras cidades do Centro-Oeste mineiro desde os primeiros anos de 1990. Já no caso da média complexidade em saúde mental o papel de referência passou a ser exercido, a partir de 1997, com a inauguração do Serviço de Referência em Saúde Mental (SERSAM) de Divinópolis. À época, o SERSAM¹⁰³ era composto por um Centro de Atenção Psicossocial II (CAPSII) e um ambulatório de psiquiatria para atendimentos agendados e de urgência/emergência. Ressalta-se que nesse nível de complexidade, Divinópolis tornou-se referência somente para seis municípios consorciados ao Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Itapeçerica (CISVI), a saber: Carmo do Cajuru, Cláudio, Conceição do Pará, Perdigoão, São Gonçalo do Pará e São Sebastião do Oeste.

A partir da organização política de um grupo de usuários de seus familiares e de alguns trabalhadores da saúde mental foi fundada, em dezembro de 2002, a Associação dos Portadores de Sofrimento Mental, Familiares e Amigos, também denominada Associação Ser-Sã. Essa associação foi criada com o objetivo de promover o controle social no âmbito da política de saúde mental e buscar garantir o direito das pessoas com transtorno mental de receberem tratamento mais adequado e mais inclusivo em Divinópolis e região.

Por volta de 2005, a cidade de São Gonçalo do Pará inaugurou um ambulatório de psiquiatria. Entretanto, em função de seu funcionamento – duas vezes por semana –, a situação desse município ter Divinópolis como sua referência na média complexidade em saúde mental permaneceu inalterada.

¹⁰³ Atualmente o Serviço de Referência em Saúde Mental (SERSAM) é um complexo de serviços de saúde mental, que abarca um Centro de Atenção Psicossocial III (CAPS III), um ambulatório de psiquiatria para consultas agendadas e também para atendimentos de urgência e emergência e um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas III (CAPSad III).

Tentando efetivar os preceitos da descentralização da saúde no território intramunicipal, em abril de 2007, ocorreu uma tentativa, sem êxito, de descentralização do ambulatório de psiquiatria de Divinópolis, o qual até então estava concentrado no SERSAM. Essa iniciativa da Secretaria Municipal de Saúde se deu por meio da instalação, em uma Unidade de Atenção Primária em Saúde, de uma equipe mínima de saúde mental composta por um médico psiquiatra, um assistente social e um psicólogo, além de assistência farmacêutica. O não êxito dessa iniciativa adveio de problemas técnicos e da falta de recursos humanos, o que, à época, culminou com a paralisação do processo de descentralização.

Em 2008, foi inaugurado um Serviço Residencial Terapêutico (SRT) em Divinópolis, o qual recebeu oito moradores. Esses residentes eram pacientes crônicos vítimas de internações de longa permanência em hospitais psiquiátricos localizados em Divinópolis, Barbacena e Belo Horizonte. Essas pessoas vieram para o SRT de Divinópolis em função de elas serem naturais ou terem algum tipo de referência familiar nesse município ou em algum outro localizado nas suas proximidades, por exemplo, nas cidades de Perdigoão e São Gonçalo do Pará. A inauguração do SRT marcou também o início dos primeiros casos de pessoas com transtorno mental beneficiárias do Programa de Volta Pra Casa (PVC), para o qual Divinópolis já havia se habilitado desde 2004.

Também em 2008, o CAPS II de Divinópolis teve seu credenciamento modificado junto ao Ministério da Saúde e passou para a modalidade de CAPS III, ou seja, de funcionamento ininterrupto 24 horas por dia, inclusive em feriados e em finais de semana. Cabe ressaltar que, em função da efetiva capacidade substitutiva do CAPS III às internações psiquiátricas, essa mudança configurou-se em um dos maiores e mais positivos impactos para a saúde mental de Divinópolis e, por consequência, para as cidades a ela referenciadas.

Como etapa preparatória para a IV Conferência Nacional de Saúde Mental, em 2010 realizou-se a I Conferência Municipal de Saúde Mental de Divinópolis, cujo tema central foi *Saúde Mental direito e compromisso de todos: consolidar avanços e enfrentar desafios*. Essa Conferência contou com uma importante participação dos trabalhadores municipais da saúde geral, com destaque para aqueles lotados nos serviços de saúde mental. A participação dos usuários também foi bastante expressiva, sobretudo da Associação Ser-Sã, que montou um *stand* na entrada do espaço onde ocorreu a Conferência, realizando panfletagem de material informativo sobre os direitos da pessoa com transtorno mental e propostas previamente elaboradas pelos associados, estimulando, assim, o debate dos temas durante o evento. Dentre

as várias propostas aprovadas pela plenária da I Conferência Municipal de Saúde Mental de Divinópolis, destaco três:

1) Implantação urgente de serviços substitutivos como o CAPSad e o CAPSi, tendo em vista a grande demanda de usuários/familiares; 2) Estimular e garantir a ampliação de rede de serviços substitutivos em todo o município, priorizando a criação imediata do Centro de Convivência para o portador de sofrimento mental e implantação da política de atendimento em saúde mental à criança e ao adolescente; e 3) Efetivação da descentralização da saúde mental na rede de atenção primária em saúde, na lógica do matriciamento e da corresponsabilidade (DIVINÓPOLIS, 2010, p. 1-2).

Em 2012 foi pactuado na Comissão Intergestores Regional (CIR) Divinópolis/Santo Antônio do Monte o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas a ser implantado na cidade de Divinópolis.

Em novembro de 2013, a cidade de São Sebastião do Oeste implantou uma equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, na modalidade III (NASF III).

Em março e abril de 2015, os municípios de São Gonçalo do Pará e de Divinópolis tiveram seus respectivos projetos para implantação de equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) aprovados junto à Comissão Intergestores Bipartite de Minas Gerais. No projeto de Divinópolis constava três equipes do NASF I e no caso de São Gonçalo do Pará o projeto constava de uma equipe do NASF II. Cabe destacar que em função da crise política e econômica instaurada no país e já descrita na subseção 4.2.3 desta Tese, os projetos dos NASF de ambas as cidades encontravam-se, até o momento da coleta de dados desta pesquisa – dezembro de 2016 –, aguardando credenciamento junto ao Ministério da Saúde (MS). A publicação da portaria de credenciamento das equipes do NASF por parte do MS e o registro dessas equipes no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), por parte do município, são condições *sine qua non* para que o incentivo financeiro seja repassado da União para o município. Ainda em 2015, no mês de maio, foi inaugurado o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas III (CAPSad III).

Em meados de 2016, a cidade de Perdígão iniciou a organização de um ambulatório de psiquiatria, que, no momento da coleta de dados para a presente pesquisa, se encontrava ainda em fase de implantação. Esse fato, contudo, não alterou a condição de Perdígão ter Divinópolis como sua referência na média complexidade em saúde mental.

Em 26 de dezembro de 2016 o hospital psiquiátrico São Bento Menni localizado em Divinópolis, conveniado com o SUS e prestador de serviços para toda a Região Ampliada de Saúde Oeste anuncia para os gestores municipais de saúde desta RAS que a partir de 02 de

janeiro de 2017 não mais atenderia pacientes do SUS, em função de, até aquele momento, o contrato de prestação de serviços não ter sido renovado.

No final dezembro de 2016 o Ministério da Saúde, por meio da Portaria n.º 2428 de 27 de dezembro de 2016, publicou a habilitação do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPSad III) do município de Divinópolis.

Observa-se na trajetória feita até aqui que, embora alguns dos municípios pesquisados tenham avançado na direção de ampliar suas ações e serviços na área de saúde mental, as maiores e mais importantes mudanças ocorreram na cidade de Divinópolis. De qualquer modo, em função de as quatro cidades, ainda hoje, serem referenciadas em Divinópolis, as mudanças no âmbito da saúde mental – positivas ou negativas – que ocorrem nesse município afetam diretamente os outros.

Em função desse cenário, o desenvolvimento e a trajetória da política pública de saúde mental das cinco cidades selecionadas para a presente investigação, por um lado, estão estreitamente relacionados entre si já que, de um modo geral, possuem as mesmas possibilidades de tratamento, ao menos no que diz respeito a alguns serviços da média e da alta complexidade em saúde mental. Por outro lado, as particularidades, estruturais, administrativas, políticas, sociais e econômicas de cada um dos cinco municípios, somadas à fragilidade de um combinado feito no passado, no âmbito do CISVI, e que atualmente não possui contrato formal fazem com que a política de saúde mental no âmbito dessas cidades seja implementada seguindo trajetórias locais bastante específicas.

Nestes termos, na próxima subseção, me deterei em analisar como essa política veio sendo implementada no âmbito dessas cinco cidades, no período de 2013 a 2016. Para tanto, farei, inicialmente, uma caracterização dos sujeitos entrevistados, os quais forneceram os discursos que deram visibilidade às nuances loco-regionais que interferem em algum grau na implementação da política pública de saúde mental.

5.5 – A implementação da política de saúde mental nos cinco municípios pesquisados no período entre 2013 e 2016.

5.5.1 – Caracterização dos sujeitos entrevistados

Com relação aos **Conselheiros Municipais de Saúde** entrevistados, todos ocupavam o posto de Presidente do Conselho Municipal de Saúde (CMS) no período em que ocorreu a coleta

de dados na pesquisa de campo. Dois possuíam graduação, um estava com sua graduação em curso e dois possuíam ensino médio completo.

No que diz respeito à representatividade, três eram representantes de usuários e os outros dois, representantes dos trabalhadores da área da saúde, sendo um na condição de concursado e outro, de contratado.

Dos cinco presidentes dos CMS entrevistados, quatro já haviam ocupado o cargo de conselheiro em mandatos anteriores, sendo um com experiência por um mandato, e os outros três, por dois ou mais mandatos. O quinto entrevistado relatou não ter tido qualquer contato com conselhos de saúde antes de assumir o cargo de presidente. Em relação ao tempo de ocupação no cargo que exerciam no momento da realização da entrevista, dois eram presidente havia onze meses, e os outros quatro estavam como presidentes por um período que variava entre um e dois anos.

No que diz respeito aos **Gestores**, a ideia inicial era de que fossem entrevistados cinco secretários municipais de saúde, ou seja, um de cada município. Entretanto, uma das cidades pesquisadas possuía um cargo de gestão específico para a saúde mental, ocupado por uma diretoria. Nestes termos, dos cinco gestores entrevistados, quatro eram Secretários Municipais de Saúde e um era Diretor Municipal de Saúde Mental. Em relação à formação acadêmica, três possuíam curso superior em áreas diversas (a saber: Enfermagem, Serviço Social e Biologia), um estava cursando graduação (em Enfermagem) e um possuía formação técnica de nível médio (em Enfermagem). Todos os gestores estavam ocupando os seus respectivos cargos a convite do prefeito da cidade onde trabalhavam. Em relação ao vínculo trabalhista com o município onde atuavam, quatro entrevistados afirmaram que já eram funcionários públicos municipais antes de assumirem a gestão da política de saúde local. Destes, dois eram concursados e dois contratados. O outro entrevistado não possuía nenhum vínculo de trabalho com o município que geria, a não ser o próprio cargo de gestor.

Quanto ao tempo de gestão, três gestores assumiram o cargo no início do ano de 2013 e assim permaneceram até o final de 2016. Um entrevistado havia assumido a gestão há cerca de oito meses e era o terceiro gestor a ocupar a Secretaria Municipal de Saúde no período estudado. Um gestor ocupava o cargo há dois anos e sete meses, sendo ele o segundo gestor no interregno 2013/2016. Cabe ressaltar que, no caso do município onde foi entrevistado o diretor de saúde mental, a Secretaria Municipal de Saúde foi ocupada por três diferentes secretários durante o período de 2013 a 2016.

Finalmente, no que se refere aos **trabalhadores municipais de saúde**, este foi o grupo com maior quantidade de participantes. Assim, foram entrevistados oito profissionais, todos com escolaridade de nível superior, com formação em áreas como Psicologia, Farmácia e Enfermagem. Destes, seis declararam ser pós-graduados em nível de Especialização. Quanto ao vínculo trabalhista, quatro estavam no regime celetista cujos contratos temporários – por dois anos, com possibilidade de prorrogação para mais dois – eram regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). O contrato destes trabalhadores se deu por meio de processo seletivo simplificado. Os outros quatro profissionais entrevistados estavam vinculados ao regime estatutário e tiveram suas admissões como servidores públicos municipais por meio de concurso público, o que lhes assegurava um vínculo trabalhista por tempo indeterminado.

Feita a devida caracterização dos sujeitos de pesquisa deste trabalho, passo, assim, à análise dos discursos por eles proferidos.

5.5.2 – Sobre quem é responsável por desencadear o processo de implementação da política pública de saúde mental nos municípios.

Segundo Houaiss e Villar (2009, p. 1054b), *implementação* é o “ato ou efeito de implementar”. Por sua vez, para os mesmos autores, *implementar* é “pôr em execução, pôr em prática (plano, programa ou projeto)”. Para Giovanni (2015, p. 449), implementar uma política pública é “tomar providências, mobilizar e utilizar recursos, [...] negociar, enfrentar reações, buscar apoios, acionar burocracias [...], delegar, recuar, avançar, enfim, fazer com que decisões, objetivos e metas propostos na fase de elaboração se transformem em realidades concretas”.

As duas versões dicionarizadas acima dialogam entre si ao definirem que a implementação é o ato de colocar em prática planos, programas e projetos, que, por sua vez, são elementos constitutivos de uma política pública. Apesar do diálogo entre as definições, a proposta de Giovanni (2015) explicita com mais clareza o fato de que a implementação de uma política pública vai muito além de um mero processo automático e burocrático de execução daquilo que foi planejado na fase que a antecede no Ciclo da Política, ou seja, a etapa da formulação. Isso porque, à implementação de uma política, o autor associa diversas outras ações – providenciar, mobilizar, avaliar, delegar, gastar, etc. – necessárias à sua materialização.

Imbuído dessas premissas acerca da implementação, interpelei alguns sujeitos participantes desta pesquisa sobre *de quem era a responsabilidade de pôr em movimento o processo de implementação da política de saúde mental no município onde o entrevistado atuava*. A esse respeito, os trabalhadores entrevistados foram unânimes em reconhecer que tal

responsabilidade é de um conjunto de atores sociais diversos, conforme pode ser observado nos discursos de alguns deles abaixo transcritos:

Eu vejo o seguinte: na implementação, a partir do lugar de técnico que eu sempre ocupei aqui no município, o meu papel é tentar trazer a política nacional e convencer o gestor, seja ele qual for, de que aquilo que está previsto na política nacional de saúde mental deve ser implementado aqui no município. [...] Todos os projetos que a gente escreve como referência técnica, seguindo as portarias ministeriais para que o serviço seja criado e implementado, a gente precisa da aprovação no Conselho Municipal de Saúde. Eu entendo que o Conselho Municipal de Saúde, quando ele aprova ou não, quando ele chama a gente como técnico pra discutir, eu acho que nesse sentido tem a participação popular, já que o Conselho tem representatividade da população. Então, nesse sentido, eu acho que pra implementar tem que ter o aspecto técnico, tem que ter vontade política e essa participação do Conselho Municipal. Eu acho que não é suficiente só um ou outro desses três aspectos que eu levantei (T5).

Olha eu acho que é de um conjunto. Acho que, se a população cobrasse mais dos políticos, a gente poderia ter como ofertar uns serviços de saúde melhores. Acho que a gente que trabalha em cargos de coordenação na saúde tem que oferecer ideias, mas não depende só da gente. Para a gente enviar o projeto do NASF, por exemplo, o prefeito teve que aceitar e teve que estudar juntamente com a gente, porque ia ter alguns gastos para o município. Eu acho que depende de todo mundo. Depende de a população cobrar, exigir os seus direitos, querer uma assistência mais humanizada; depende de a gente mostrar para o prefeito os serviços que serão bons, mostrar em que eles vão ajudar o município e depende do prefeito concordar (T 1).

Você tem o gestor municipal – Secretário de Saúde – que é o responsável pela execução da política de saúde em si. É ele que tem a caneta! Nós só vamos abrir um CAPSi, por exemplo, se o gestor do SUS do município aqui quiser abrir este serviço. Agora, por trás da decisão dele, existe ainda uma demanda que é do prefeito. Então, o gestor municipal caminha de acordo com o que o prefeito define. [...] Pra gente aqui internamente, na Secretaria de Saúde, quem manda é o gestor do SUS no município. E dentro da Secretaria de Saúde, você tem ‘n’ técnicos. E esses técnicos devem levar a demanda da saúde mental para o gestor e discutir com ele a necessidade de implantação de um CAPSi, por exemplo. Os técnicos têm esse papel. Principalmente aquele técnico que está no nível central da administração da política de saúde. [...] Enfim, a gente elabora o projeto, para mostrar para o gestor municipal a necessidade de implantação de um serviço. Aí, ele vai analisar o projeto, considerando as limitações dele, principalmente dentro do ponto de vista financeiro, que é o maior gargalo do município. Depois, ele vai discutir a proposta com o prefeito e aí dizer que sim ou não! Mas, o que impulsiona um maior empenho na articulação do gestor em abrir ou não o serviço é a pressão da comunidade. Então se você tem o parecer técnico da necessidade e se você tem uma comunidade que solicita isso, a coisa anda. Porque para o prefeito é muito importante o querer da população. É esse o lado que eles olham: *vamos satisfazer a vontade da comunidade!* É aí que está o papel mais importante dos Conselhos Municipais de Saúde e das Conferências de Saúde, que é de discutir a política de saúde no município (T7).

Observa-se que os depoimentos acima apontam o técnico, o gestor e a população como sendo os três atores principais responsáveis por desencadear o processo de implementação da política pública de saúde mental no âmbito dos municípios pesquisados. Nota-se que não foi mencionada uma ordem sequencial pré-estabelecida de qual dos três atores deve agir primeiro, tampouco se fala que eles se distinguem entre si por graus de importância no processo. O que os discursos indicam é que os três atores devem, em conjunto, se responsabilizar pela implementação da política pública. Além disso, tais quais as argumentações de Arretche (2001) e Silva e Melo (2000), expostas na subseção 1.3.3 desta Tese, os discursos revelam que a implementação é um momento permeado por uma série de barganhas e negociações entre os diversos atores envolvidos, com seus distintos interesses. Nestes termos, os atores devem apresentar boa capacidade de argumentação e contra-argumentação para sustentar suas posições acerca da temática que envolve a política, de modo a convencer uns aos outros sobre a necessidade e a importância de se implementar a política de saúde mental. As falas destacam ainda o caráter contingente da implementação, uma vez que uma série de fatores, entre os quais, as vontades políticas da população, dos trabalhadores e dos gestores interferem de forma a direcionar ou não os processos de desencadeamento da implementação, fazendo com que os projetos iniciais ou sigam, ou sejam modificados, ou sejam abandonados.

5.5.3 – Os dois principais mecanismos institucionalizados de controle social existentes nos municípios pesquisados.

Como afirmei na subseção 1.1, a Constituição Federal, buscando ampliar a participação popular no processo decisório das diversas políticas públicas, instituiu um sistema político descentralizado e criou canais institucionalizados nos quais a participação da população pudesse ocorrer. No caso da política de saúde, tal espaço é ocupado, principalmente pelos conselhos gestores de saúde e pelas conferências de saúde, sobre os quais tratarei a seguir.

5.5.3.1 – *Os Conselhos Municipais de Saúde*

Em relação ao cargo de conselheiro bem como ao posto de presidente ocupados, todos os cinco entrevistados afirmaram ter sido eleitos democraticamente pelos seus pares. Quatro dos entrevistados relataram possuir uma experiência no âmbito do controle social na área da saúde, fosse na ocupação de mandatos anteriores como conselheiros em CMS, fosse na participação como frequentadores nas reuniões do CMS e em Conferências Municipais de

Saúde. Apenas um dos entrevistados se declarou inexperiente quando de sua eleição para conselheiro e para a presidência. Embora tenha afirmado que foi eleito em um processo legítimo – já que, segundo o mesmo “foi democrático, pois, eles me escolheram e eu aceitei ser conselheiro e presidente” (C4) –, outros detalhes do depoimento dele abaixo transcritos, mostram que, nem sempre os processos de composição dessas instâncias de controle social ocorrem imbuídos por um espírito de cidadania ou por uma vontade de participar do processo decisório das políticas públicas.

A minha entrada no conselho foi um susto. Porque foi bem quando eu comecei a trabalhar na prefeitura. Eles me chamaram para participar da reunião do conselho e, quando eu cheguei lá, era o dia de escolher o novo presidente e aí me escolheram. No dia, ninguém quis se candidatar. Aí falaram pra mim: por que você não se candidata? Aí eu me candidatei! Eu fiquei apavorada, porque, na verdade, eu nem sabia o que era o Conselho e nem para que ele servia (C4).

Falas como esta colocam em evidência um dos elementos mais recorrentes no processo de participação social brasileiro. Isso porque, democracias recentes como a brasileira acabam permitindo certo desconhecimento, por parte da população, do quão importante é, para a implementação adequada das políticas públicas, a ocupação de instâncias de controle social como os conselhos gestores. Em última instância, a forma como um conselheiro municipal de saúde é escolhido – sobretudo para o cargo de presidente – é um indicador sobre a qualidade da representação, bem como sobre o nível da participação social que será desempenhado pelo conselheiro em uma política pública tão complexa como é a de saúde. Se a eleição ocorre da forma como apontada no depoimento, a atuação do conselheiro se converte em uma aposta imprevisível, já que, ou ele pode se revelar um membro atuante que desempenhará o papel dele esperado; ou apenas ocupar a posição em causa cumprindo uma formalidade, mas sem desempenhar o controle social tal qual preconizado pela Lei 8.142/90¹⁰⁴.

No que diz respeito aos conselhos gestores da política de saúde propriamente ditos, de acordo com as informações coletadas todos os cinco municípios pesquisados possuíam Conselhos Municipais de Saúde legalmente constituídos, de acordo com a Resolução n.º 453/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Resolução esta que dispõe sobre as diretrizes para a instituição, composição e funcionamento dos Conselhos Municipais de Saúde e os define como órgãos colegiados, deliberativos, de caráter permanente e cujas estruturas são mescladas pela

¹⁰⁴ Esta Lei dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e, para tanto, institui duas instâncias colegiadas – os Conselhos Municipais de Saúde e as Conferências Municipais de Saúde – para o exercício do controle social no âmbito da política pública de saúde.

composição de representantes do governo municipal e por representantes da Sociedade Civil eleitos diretamente por seus pares.

Nestes termos, em relação à composição, os cinco CMS possuíam um quantitativo de integrantes que, embora variasse de acordo com o município onde se encontravam instalados, mantinham, de acordo com a Lei 8142/90, o princípio da paridade entre os representantes dos usuários e os dos demais segmentos, quais fossem: membros do governo municipal, prestadores de serviços do SUS e profissionais atuantes na área da saúde. Assim, tal qual preconizado pela Resolução 453/2012, as vagas nos CMS dos municípios pesquisados estavam distribuídas da seguinte forma: 50% para os usuários e os outros 50% divididos entre trabalhadores da área da saúde, representantes do governo municipal e prestadores de serviços do SUS.

Nos municípios, a composição dos Conselhos não estava polarizada em duas metades iguais, uma de representantes da Sociedade Civil e outra do governo. Assim, ao garantir um maior número de representantes da Sociedade Civil na composição dos Conselhos Municipais de Saúde, a legislação o faz alinhada com a ideia de que a Sociedade Civil não é uma instituição homogênea em sua composição interna, ou seja, como já apresentado na subseção 1.1 desta Tese, ela é composta por uma enorme diversidade de grupos, os quais possuem interesses bastante diversificados.

Cabe destacar que o princípio da paridade estabelecido pela Lei 8142/90 e reforçado pela Resolução 453/12 busca garantir uma participação da Sociedade Civil de forma mais efetiva, ao menos quantitativamente. Entretanto, como bem argumenta Gohn (2006, p. 9)

em relação à paridade, ela não é uma questão apenas numérica, mas das condições de uma certa igualdade no acesso à informação, disponibilidade de tempo etc. A disparidade de condições de participação entre os membros do governo e os advindos da sociedade civil é grande; os primeiros trabalham nas atividades dos conselhos durante seu período de expediente de trabalho normal/remunerado; têm acesso aos dados e informações, têm infraestrutura de suporte administrativo; estão habituados com a linguagem tecnocrática etc. Ou seja, eles têm o que os representantes da sociedade civil não têm (pela lei, os conselheiros municipais não são remunerados e nem contam com estrutura administrativa própria) (GOHN, 2006, p. 9).

Nesse sentido, a paridade quantitativa entre os representantes dos usuários e os dos demais segmentos apresentada pelos CMS pesquisados não era suficiente para equilibrar as forças políticas, nem tampouco a capacidade técnica que tende a ser mais forte do lado dos representantes do Estado, já que, em geral, estes dominam mais facilmente as informações que dão corpo às discussões desenvolvidas nas reuniões dos conselhos de saúde. Nestes termos, para Gohn (2006), a possibilidade de reverter essa disparidade técnico-política e de melhorar a

qualificação da participação dos conselheiros passa, necessariamente, entre outras estratégias, pela capacitação dos membros dos CMS para que estes consigam entender melhor a política pública de saúde e, assim, fiscalizá-la com mais competência. Para tanto, “é preciso enfrentar com maior determinação o desafio da qualificação dos conselheiros, especialmente da sociedade civil, que precisam incorporar novas competências políticas, éticas e técnicas para desempenhar o papel de representação política no espaço público” (RAICHELIS, 2008, p. 73).

Em relação a esta preparação/qualificação dos conselheiros, observei que ela era ou inexistente ou bastante frágil. Sobre este aspecto, alguns entrevistados assim se posicionaram:

O Conselho Estadual de Saúde já ofereceu curso de capacitação e muito tempo que não oferece mais. [Agora] eles mandam material por e-mail e eu repasso para os conselheiros estudarem. Quando chega um conselheiro novo, a gente sempre pergunta se ele quer ir fazer uma capacitação quando tiver. Quando o Conselheiro não quer ir a Divinópolis ou a Belo Horizonte, eu mesma pego o material e tento capacitar a pessoa. Levo o material e explico. Sempre me prontifico a ajudar e esclarecer dúvidas (C4).

Teria que haver capacitação constante dos conselheiros para que eles entendam como funciona a área da saúde. Porque são os conselheiros que têm que aprovar todos os instrumentos de gestão, como o Relatório Anual de Gestão, a Prestação de Contas, o Plano Municipal de Saúde [...]. Mas não tem capacitação do jeito que precisava ter. Existem aqueles conselheiros que entendem na prática a necessidade de saúde da população, mas só na prática. Existem aqueles, especialmente os da gestão, que entendem a técnica, porque eles são técnicos e entendem essa parte. Apesar de ter boa vontade dos técnicos em ensinar e dos outros em querer aprender, muitas vezes, a outra parte de usuário que compõe 50% do conselho, não entende nada daquilo que os técnicos demonstram (C1).

O pessoal do Conselho não fez curso para aprender qual é o papel e a função deles (G3).

Essas declarações são significativas no sentido de que apontam para fragilidades cujo impacto compromete sobremaneira a qualidade da participação dos conselheiros na implementação das políticas locais de saúde, entre as quais, a de saúde mental. Assim, ao apontarem, por exemplo, para a ausência e ou fragilidade dos cursos de capacitação para os conselheiros municipais de saúde, os discursos em causa dão visibilidade a dificuldade, na implementação da política, da ocorrência de discussões que sejam minimamente democráticas, já que, para tanto o nível de informação dos envolvidos no processo deveria ser o mais próximo possível.

Além disso, reforçando a argumentação de Gohn (2006) mencionada acima, cabe acrescentar que a disparidade na qualidade da participação social dos representantes dos

Conselhos, muitas vezes alimentada pelo próprio *modus operandi* dessas instâncias (horário das reuniões, transporte, domínio do conteúdo das pautas e dos jargões específicos), terminam por desestimular a participação da Sociedade Civil em processos decisórios cujos resultados a afetarão diretamente.

Assim sendo, os depoimentos do G3 e do C1 são emblemáticos para se compreender a importância da capacitação dos conselheiros, pois, ‘aprender qual é o papel e a função do conselho’ e ‘entender como funciona a política de saúde’ são determinantes para uma mínima compreensão dos temas abordados e debatidos nas reuniões. Sem compreender os assuntos discutidos, os conselheiros não conseguem contribuir nem para o debate, nem para as deliberações deles decorrentes, como, por exemplo, aprovar os instrumentos de gestão do SUS mencionados pelo C1. Nestes termos, como bem apontam Duarte e Machado (2012, p. 129) “a falta de capacitação ocasiona sensação de despreparo, o que, na prática, tende a inibir e inviabilizar a efetiva participação e o desempenhar das variadas e complexas tarefas implícitas na atribuição central do Conselho Municipal de Saúde”, que é formular, implementar, executar e fiscalizar a política de saúde.

No que diz respeito ao funcionamento, os depoimentos coletados apontaram para o fato de que os cinco conselhos reuniam-se ordinariamente uma vez por mês e, extraordinariamente, sempre que necessário. Apesar de conseguirem se reunir regularmente ao menos uma vez por mês conforme orienta a Resolução 453/2012, um dos conselheiros entrevistados relatou dificuldades para a realização dos encontros em função da ausência de um mínimo de infraestrutura que garantisse ao CMS autonomia administrativa:

nosso problema é que a gente não tem uma sala onde a gente possa se reunir. Então, a nossa reunião é o dia que dá para ela acontecer. Não tem um dia fixo, mas a gente se reúne pelo menos uma vez por mês. Quando é necessário, a gente faz reuniões extraordinárias. Tem dias que a gente se reúne na sala do Secretário de Saúde ou em outra sala da Secretaria de Saúde. Mas às vezes as salas então ocupadas... A gente faz as reuniões, tenta resolver o que a gente consegue, mas nós não temos espaço físico e nem equipamentos. Aí não tem como fazer um convite à população em geral (C3).

A falta de infraestrutura mínima para o funcionamento do CMS mostrou-se recorrente no depoimento de outros dois entrevistados. Estes relataram faltar linha telefônica, computadores, impressoras, sala específica para a instalação do CMS, enfim, equipamentos básicos para um bom funcionamento da secretaria executiva do conselho, bem como para a realização das reuniões ordinárias e extraordinárias. Um dos entrevistados relatou que, depois

de muito solicitar à Secretaria Municipal de Saúde providências no sentido de viabilizar os recursos materiais necessários ao funcionamento do CMS e não obter um retorno, foi preciso acionar o Ministério Público, o qual interveio na situação, exigindo uma resposta do poder Executivo Municipal: “Nós tivemos de fazer isto. Não teve outro jeito. Como é que um Conselho de Saúde funciona sem o básico? Não funciona! Mesmo se tiver muita boa vontade dos conselheiros, não funciona!” (C1).

Como se percebe, outro elemento comprometedor da participação social na implementação local da política de saúde é a condição instável das estruturas físicas mínimas para a realização das reuniões dos CMS. Assim, a falta de (ou a precariedade da) capacitação dos conselheiros municipais de saúde somada às dificuldades estruturais para o funcionamento mínimo dos CMS em nada colaboram para alterar a histórica falta de cultura participativa da Sociedade Civil no Brasil (GOHN, 2006). Além disso, esses fatores, juntos, contribuem para “corroer a consolidação dos CMS como instituições que viabilizam a participação deliberativa dos diferentes atores interessados no processo decisório das políticas municipais de saúde” (MOREIRA e ESCOREL, 2009, p. 800). Isso, por sua vez, reforça a cultura autoritária da política brasileira, já mencionada na subseção 1.1, que mantém a Sociedade Civil subordinada ao Estado e concentra neste o poder de decisão político-administrativo das políticas sociais.

O conjunto destes fatores compõe uma equação cujo resultado é duplamente negativo. Desse modo, por um lado, gera uma participação social no CMS com baixa qualidade política, pouca criticidade e um entendimento distorcido do que é o CMS. De outro lado, desestimula a participação popular de tal modo que, corre-se o risco de “deixar o espaço dos conselhos gestores livres para que eles sejam ocupados e utilizados como mais um mecanismo da política das velhas elites e não como um canal de expressão dos setores organizados da sociedade” (GOHN, 2006, p. 9). Cabe destacar que esses dois aspectos se interrelacionam e mutuamente se fortalecem. Assim, quanto maior é a infrequência dos conselheiros nas reuniões do CMS, mais despolitizada é a participação. Esta situação alimenta um entendimento distorcido acerca do que vem a ser o Conselho de Saúde e suas finalidades, que por sua vez, desestimula a participação e culmina com a infrequência nas reuniões. Isso cria, assim, um círculo vicioso cujo resultado final é o comprometimento desse que é um dos ganhos da Constituição Federal de 1988 para a implementação das políticas públicas, entre as quais a da saúde.

Nesse contexto, os depoimentos abaixo transcritos revelam que não é incomum a infrequência de muitos conselheiros nas reuniões. Em alguns casos, ela persiste mesmo quando

a tentativa de trazer os conselheiros para os encontros conta com um apoio logístico da Secretaria Municipal de Saúde:

A gente manda convite por escrito e ainda telefona um dia antes para os conselheiros, lembrando-os da reunião. Tem muito conselheiro da Zona Rural e, sempre que é preciso, eu agendo o carro da Secretaria de Saúde pra buscá-los nas comunidades. Mesmo assim, muitos não vêm. A frequência da população é baixa. Eles poderiam participar mais. Para ser franca, tem conselheiro que só veio uma vez, só no dia da reunião que ele foi eleito (C4).

Os conselheiros, em geral, têm ótimas intenções. Mas tem uns que não cumprem com o compromisso que assumiram quando foram eleitos. Nós temos alguns que são assíduos nas reuniões, mas tem outros que nunca frequentaram. Vieram só no primeiro dia em que foram eleitos (C5).

Essas falas são bastante significativas se consideradas a realidade dos municípios mineiros do interior, os quais possuem extensas Zonas Rurais onde residem comunidades cujas fragilidades sociais e econômicas dependem sobremaneira do alcance das políticas públicas para serem sanadas. Em contraposição a essa demanda latente pelos efeitos das políticas públicas, o nível de fragilidade na instrução da população local tende a potencializar as dificuldades de participação social na implementação dessas políticas, mesmo quando essa participação conta com o apoio logístico como o mencionado acima. Além disso, a forma de organização da vida na Zona Rural difere daquela existente na Zona Urbana, gerando, assim, um nível de infrequência de conselheiros representantes de locais para os quais as políticas públicas de saúde deveriam se voltar com mais eficácia.

Elementos como os apontados no parágrafo acima interferem, portanto, na qualidade da participação, a qual foi mencionada como despolitizada e acrítica, tanto pelos próprios conselheiros, quanto pelos trabalhadores e gestores:

O Conselho não funciona no nosso município como deveria funcionar. [...] As pessoas que são do Conselho Municipal de Saúde não são membros questionadores. Tudo que a gente leva pro Conselho é aprovado. Não se discutem questões de valores. A coisa vai pronta e eles aprovam. É uma comunidade pacata, aceitam tudo que é colocado. Pelo fato de os Conselheiros não receberem, não terem salário, eles não são participativos (G1).

O papel do Conselho é trazer ajuda para o Secretário e fiscalizar o que está acontecendo no município na área da saúde. Só que, assim, o Conselho está bem precário. Vamos falar assim: está meio desatualizado, as reuniões ainda não estão muito frequentes. [...] Hoje, o conselho ainda não tem uma postura nem de cobrança, nem de fiscalização e nem de projetos. Segundo o regimento do conselho, ele teria de funcionar nessas ações de fiscalizar junto com a participação e trazer ideias (C3).

Você tem o Conselho Municipal de Saúde, que é um órgão deliberativo que teria que tá trabalhando isso também, né? Era pra ele estar fiscalizando. Mas, isso, na prática, não acontece; pelo menos não ao longo dos últimos anos. [...] Então, por exemplo, nós temos um plano, o Plano Municipal de Saúde, ele tem que ser feito junto com o Conselho Municipal de Saúde. É o conselho que tem que aprová-lo. Porém, nós estamos com Plano Municipal de Saúde do governo passado que até hoje não foi aprovado pelo conselho (T7).

O baixo nível de criticidade dos conselheiros a que os depoimentos acima se referem e que constituem, como já mencionado, como um elemento comprometedor da participação social da implementação da política de saúde mental, não é um traço exclusivo das populações moradoras das Zonas Rurais. Como confirmam os depoimentos supracitados, tem-se essa situação em contextos diversos, independentemente da origem dos representantes. Cabe destacar a falta de tradição da população brasileira em geral na ocupação dos espaços de participação social, o que se deve, como já salientado neste trabalho, à condição recente do estabelecimento dessas instâncias como algo recorrente na estrutura da implementação das políticas públicas brasileiras.

Como afirmei acima, a infreqüência nas reuniões do CMS e a baixa qualidade da participação acabam por reforçar uma distorção no entendimento que se tem do conselho de saúde, bem como no seu papel e sua finalidade política e social. Isso gera uma abertura para situações de um mau uso dos CMS que, como já advertiu Gohn (2006), torna os conselhos gestores das políticas públicas mais suscetíveis a práticas políticas corrompidas, tradicionalistas e nada democráticas.

Neste contexto, os achados da pesquisa apontam para atitudes pragmáticas dos conselheiros que denotam um entendimento dos CMS como espaços para a resolução de problemas focalizados e vinculados aos interesses pessoais, não só dos próprios conselheiros, mas também de algumas pessoas da comunidade. Tal situação, além de esvaziar a finalidade deliberativa e propositiva dos CMS, retira também a prioridade que a formulação, implementação e fiscalização da política pública de saúde deveria ter nesses espaços de controle social:

Os conselheiros, às vezes, levam algumas questões que são muito individualistas, ou deles mesmos ou de algum vizinho deles. Eles não colocam muita abrangência nas questões que levam para tentar resolver no Conselho (C2).

O controle social exercido pelo Conselho e pelas Conferências ainda é muito frágil. Falta cidadania. Nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde é comum o conselheiro reclamar que quer fazer o exame de Raio X do filho dele e não está conseguindo. O Conselho não é pra isso. Ele é pra discutir o todo.

Tem que se discutir não o *Raio X* de uma só pessoa, mas sim porque o município está com problema para se fazer este tipo de exame e aí buscar alternativas para resolver o problema (T7).

Existe aquele grupinho de conselheiros que se empenha em fazer de tudo para cumprir aquele compromisso que assumiu quando passou a fazer parte do conselho. Porém, existe também uma coisa assim bem comum de se acontecer: é o conselheiro tentar utilizar do conselho como trampolim ou de oportunismo de estar ali para se galgar outro tipo de coisa, como um emprego na administração municipal, por exemplo (C1).

A gente já colocou carro à disposição para buscar os Conselheiros, mas mesmo assim eles não participam. Eles só participam em situações que o membro tem um interesse pessoal. Tipo assim, às vezes o Conselheiro quer uma consulta ou um exame aí ele vem na reunião pra fazer o pedido dele. Acontece também assim: onde tem os Postos de Saúde de apoio, eles também, funcionam como salão para uso da Comunidade. Às vezes vai ter uma festa de algum santo lá da Comunidade, aí eles vêm na reunião geralmente, para pedir para consertar uma torneira da pia, por exemplo. Então, assim, eles participam do Conselho, mas não em benefício da saúde. E sim em benefício dos interesses particulares deles (G1).

Ainda neste contexto de uso distorcido dos CMS, os relatos obtidos me permitiram observar que eles são praticados também pelos gestores:

[...] O Conselho de Saúde funciona. Tem reuniões mensalmente. Mas, nesse período político agora, a gente está evitando fazer reuniões. Além disso, também não está tendo nada para ser aprovado [...] (G1).

No caso da participação da população, já foi muito boa. Mas, teve uma época que entrou uma gestão que fazia de tudo para protelar deliberações e, com isso, desmobilizou todo mundo. O Conselho se transformou numa coisa meramente ilustrativa, sem efeito, sem ação. Hoje em dia, o gestor fica na luta para manter um número mínimo de conselheiros pra corresponder ao exigido na lei. Isso é triste! [...] Hoje, o Conselho existe para cumprir a lei. E isso é geral: nos conselhos de educação, de assistência social, de idoso... é tudo pra dizer que tem... o controle social não existe (T4).

Tinha um pessoal mais ligado à população que fazia questionamento, né? Depois virou um conselho meio que como se fosse uma extensão da Secretaria de Saúde, mais ligado a gestão e a população se afastou [...] (T 5).

Nota-se que no caso dos gestores, a distorção do papel do CMS se dá quando eles contaminam os conselhos com práticas autoritárias, manipulativas e burocratizadas. Assim, quando um CMS transforma-se em uma ‘extensão de uma Secretaria de Saúde’, é sinal de que o fortalecimento das comunidades locais e a democratização das relações entre elas e o Estado – objetivos pretendidos pela municipalização das políticas públicas, conforme apresentado na subseção 2.2 – não foram atingidos.

Dito de outro modo, a concepção do CMS como sendo uma ‘extensão da Secretaria de Saúde’ tende a desequilibrar ainda mais a já frágil correlação de forças entre o governo e a população. Fato este que coloca em cheque uma das principais finalidades do Conselho de Saúde, que é ser um espaço de representação da Sociedade Civil. Além desse aspecto, chama a atenção os discursos do G1 e do T4 que apontam para o fato dos CMS estarem sendo utilizados para fins ‘meramente ilustrativos’ e burocráticos só ‘para corresponder ao que é exigido pela lei’, tendo suas reuniões dispensadas de ocorrer quando ‘não se tem nada para ser aprovado’. Cabe destacar que, mesmo que simplesmente burocráticos e ilustrativos, interessa ao gestor municipal manter o CMS, uma vez que a existência deste se constitui como uma das condições impostas pela Lei 8142/90 para que o município receba os recursos da área da saúde repassados pela União, sobretudo os recursos do Fundo Nacional de Saúde. Destaque-se, ainda, que os depoimentos acima já colocam em evidência o que também poderá ser verificado mais à frente em discursos que se referem aos usos que os poderes executivo e legislativo fazem de instâncias como o CMS, colocando-as a serviços de interesses particulares.

5.5.3.2 – *As Conferências Municipais de Saúde*

Tais como os Conselhos de Saúde nacional, estadual e municipal, as Conferências de Saúde, realizadas também nos três níveis federativos, estão previstas na Lei 8142/90 como instâncias colegiadas e integrantes do Sistema Único de Saúde. Propostas para ocorrer a cada quatro anos, elas devem contar com a representação dos vários segmentos sociais. Como mencionado no início da subseção anterior, as Conferências de Saúde fazem parte das estratégias de descentralização da gestão da política de saúde e se configuram como canais institucionalizados de participação popular.

Nestes termos, as Conferências de Saúde são espaços privilegiados nos quais a Sociedade Civil tem a possibilidade de se articular para expor as necessidades da população naquilo que concerne à área, bem como de reivindicar, junto ao poder público, respostas adequadas a tais necessidades. Ou seja, trata-se de um momento no qual o governo, os trabalhadores e os usuários dos serviços se reúnem para debater a situação da saúde no nível onde está ocorrendo a Conferência e, a partir daí, juntos, elaborar propostas que subsidiarão a construção da política pública de saúde e/ou o seu aperfeiçoamento.

No caso específico da Conferência Municipal de Saúde, as propostas dela oriundas ajudarão a fundamentar a elaboração do Plano Municipal de Saúde. Este, por sua vez, é o

instrumento de gestão que articula a avaliação que o governo municipal faz da situação da saúde com demandas postas pela população nas Conferências. O resultado dessa articulação é que norteia a elaboração das intenções e os resultados que o gestor quer atingir para alcançar a melhoria dessa política pública no âmbito municipal.

Entretanto, essa não foi a realidade encontrada nos municípios pesquisados nesta Tese. Assim, problemas similares àqueles apresentados pelos Conselhos Municipais de Saúde analisados na subseção anterior foram detectados nas Conferências Municipais de Saúde realizadas nas cinco cidades pesquisadas.

Nesse contexto, os resultados da pesquisa mostram, por exemplo, que um dos municípios não conseguiu realizar a última Conferência de Saúde, que deveria ter acontecido em 2015:

A última Conferência de Saúde foi realizada em 2011 e foi a nossa quarta Conferência. A quinta Conferência era pra ter sido feita em 2015. Mas nós não conseguimos, porque foi um ano que teve processo seletivo e isso mexeu com todas as equipes. Foi um ano de muita transição de funcionários. Além disso, a gente não conseguiu fazer por causa de falta de recurso financeiro. Uma Conferência fica muito caro [organizar] e esse recurso é do município [...]. Esse ano [2016] é ano político e por isso não seria o ideal. A própria população já iria levar para Conferência outras coisas de interesse pessoal e não teriam esse olhar para as coisas que são prioridade da comunidade. Em ano político, esse tipo de evento é bem difícil de ser trabalhado (T3).

Observa-se, no depoimento acima, que problemas de ordem estrutural, como falta de recursos humanos e de questões financeiras, e de ordem política foram apontados como justificativa para a não realização da Conferência. Apontam-se, assim, mais elementos de ordem local que contribuem para distorcer a implementação da política de saúde conforme prerrogativa da legislação.

Ao apontar o ano eleitoral como um fator de impedimento para a realização da Conferência, o depoimento evidencia um traço existente no município em questão: evitar a abertura de canais de interlocução que possam permitir à população a manifestação de discordâncias em relação às decisões do poder executivo. Tem-se, portanto, uma sobreposição dos interesses da política partidária sobre os da política pública. Além disso, a argumentação de falta de recursos humanos e financeiro sugere um despreparo administrativo e de planejamento do gestor, uma vez que a Conferência é um evento cuja organização é uma atribuição do executivo municipal, prevista em lei federal para ser realizada.

Diferentemente deste município abordado até aqui, os outros quatro realizaram suas Conferências Municipais de Saúde. Entretanto, como se observa nos discursos dos gestores e do trabalhador abaixo transcritos, a participação da população foi bastante inexpressiva:

Eu estive na última Conferência e ela teve um número razoável de participantes. Porém teve muito mais profissionais da saúde do que de usuários dos serviços (G2).

Do pessoal que estava na última Conferência, teve uma participação com a elaboração de boas propostas. Só que a população em si não tinha muita consciência da importância da Conferência. A participação maior foi dos funcionários. O povo não participou quase nada (G4).

Para mim, as Conferências são muito importantes, porque elas são o espaço para a população participar, apesar de a população aqui do município não participar muito. A última Conferência que a gente fez, em 2015, tinha cinco pessoas da população. Os funcionários participaram porque eles foram obrigados. Se eles não fossem, a Secretaria iria cortar o dia de serviço. Caso contrário, teríamos só cinco pessoas (T1).

Os elementos destacados por esses depoimentos, todos acionados para enfatizar a baixa participação da população nas Conferências, muito provavelmente, têm suas razões relacionadas a fatores vários, os quais já foram abordados quando da discussão da atuação dos conselheiros municipais de saúde. Assim, razões que vão desde a falta de uma cultura de participação social até motivos de ordem cotidiana (como o conflito de agendas pessoais e públicas) podem estar na origem dessa inexpressiva participação popular. No entanto, cabe destacar que, além da inexpressividade da participação popular e da maior presença de trabalhadores nas Conferências, chama a atenção o depoimento do T1, no qual ele registra que o quórum para a realização do evento só foi possível graças à pressão feita sobre os funcionários municipais. Isso demonstra, que tal qual os Conselhos de Saúde dos municípios pesquisados, as Conferências, pelo menos em alguns municípios, têm sido realizadas apenas para cumprir uma exigência prevista em lei. Esse dado contribui sobremaneira para fragilizar a qualidade da participação popular, como já mencionado por Gohn (2006), permitindo uma distorção acerca da relevância desses eventos para a implementação, em nível local, da política de saúde.

Além do exposto, um dos entrevistados falou sobre a sua experiência de ajudar na organização e frequentar Conferências Municipais de Saúde há vários anos, relatando que não tem sido incomum algumas categorias profissionais específicas se organizarem para participar das Conferências de modo a fazer *lobby* em favor da aprovação e propostas para atender demandas que, em verdade, não visam à assistência ao usuário do SUS, mas a interesses particulares de grupos corporativistas:

Às vezes as pessoas participam de uma Conferência pra buscar emprego mesmo! [...]. Por exemplo, se abrir uma escola de psiquiatria ou de especialidade em psiquiatria aqui no nosso município, aí começam surgir demandas das Universidades para se criar cargos para psiquiatra e muitas vezes essa demanda chega a ser apresentada na Conferência Municipal de Saúde. Mas não se discute a necessidade assistencial desse profissional na saúde do município. Esse tipo de demanda que não é pela assistência e sim pela necessidade de terceiros atrapalha muito a implementação da política, porque essa situação embaça a visão do gestor no que diz respeito à real necessidade das demandas na saúde pública. [...] Isso é um dos motivos que a gente não consegue caminhar no sentido de se efetivar algumas demandas que vêm das Conferências. Porque fica clara a articulação, dentro da Conferência, para se aprovar uma proposta que, muitas vezes, foge da real necessidade da comunidade. Aí, para o técnico que está aqui no nível central defender, junto ao gestor, a proposta que veio da Conferência fica difícil, porque ele não consegue fazer uma argumentação técnica. Por isso, muitas propostas que vêm de Conferências são esquecidas (T7).

O depoimento acima aponta, pelo que se percebe, um elemento cuja contribuição para fragilizar a implementação local da política de saúde extrapola ao perfil dos sujeitos até aqui responsabilizados por essa implementação. Nesse sentido, dá visibilidade a um episódio relativamente recente no país, uma vez que está diretamente relacionado com a interiorização da educação de nível superior e com a ampliação do número de profissionais com esse nível de formação em municípios de pequeno porte, nos quais a demanda assistencial segundo a legislação vigente tende a não contemplar o número cada vez maior de profissionais graduados na área de saúde. Tal discrepância, pelo que se vê no depoimento, tem distorcido os espaços das Conferências de modo a permitir a geração de uma demanda que é corporativa e não da população. Destaque-se, na fala acima, o reconhecimento de que essa manobra apresenta considerável potencial para distorcer a visão da realidade por parte do gestor. Aspecto este que pode ser elevado a sua máxima potência, se considerado, como se verá na próxima subseção, o alto grau de inexperiência de muitos dos gestores municipais.

5.5.4 – Sobre a atuação dos gestores municipais de saúde

Em relação à preparação para a ocupação do cargo de gestor, quatro entrevistados mencionaram o curso *De repente... Gestor!*¹⁰⁵ oferecido pelo Conselho de Secretarias

¹⁰⁵ Segundo o Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de Minas Gerais (COSEMS/MG), “O curso *De repente... Gestor!* foi criado em 2012 com o objetivo de capacitar e auxiliar na qualificação dos gestores, quanto ao entendimento das diretrizes e princípios do SUS para a execução das Políticas Públicas de Saúde nos municípios e regiões. A criação do curso foi necessária devido à constante rotatividade da gestão, somada à quantidade de municípios (853) que o estado possui. De acordo com Paola Motta, coordenadora técnica do COSEMS/MG, há

Municipais de Saúde de Minas Gerais (COSEMS/MG), já citado nesta Tese na subseção 3.1. Entretanto, apenas três deles fizeram efetivamente o curso. Dois entrevistados relataram que, para melhor se qualificarem para o exercício da gestão municipal de saúde, buscaram também apoio na Superintendência Regional de Saúde. Um deles mencionou, inclusive, uma troca de experiências e de aprendizado na interação com outros gestores durante as reuniões das Comissões Intergestores Regionais CIR e CIRA. O quinto entrevistado, mencionou ter recebido apoio diretamente da Secretaria Estadual de Saúde, sobretudo da Coordenação Estadual de Saúde Mental:

Assim que você entra para ser Secretário de Saúde, tem um curso de capacitação que se chama *De repente... Gestor!* [...]. No curso você vê todos os programas, todas as áreas da saúde. Você começa a diferenciar setor por setor: o que é uma epidemiologia, o que é uma atenção básica, o que é uma vigilância em saúde, o que é uma área da vigilância sanitária [...]. Quando você chega lá no curso, você fica perdido, porque você não conhece tudo, você não tem nem noção de tudo na área da saúde. [...] A Gestão no SUS é muito ampla. São vários pontos. É um labirinto. A gente aprende, infelizmente, é na prática mesmo, é lidando com a gestão. [...]. Eu, particularmente, falo: eu ainda não sei. Ainda não conheço o SUS todo de tão grande que ele é (G 1).

Quando eu entrei aqui na Secretaria de Saúde, eu fiquei totalmente perdida. Não sabia nem o que era PPI! Não sabia nem por onde começar. Eu me apresentei lá na Superintendência de Saúde e me foi oferecido o curso *De repente... Gestor!*. Eu fiz esse curso lá em Belo Horizonte. É um curso de três dias oferecido pelo COSEMS. Nós temos também a Superintendência Regional de Saúde, que é a nossa referência. Lá, têm os núcleos, tem o de vigilância epidemiológica, gestão em saúde, atenção primária em saúde. Esse pessoal dos núcleos é que dão apoio e orientação pra gente. Esse curso [*De repente... Gestor!*] e a Superintendência de Saúde deram uma norteadada. No mais eu aprendi no dia-a-dia mesmo, na luta, em contato com outros gestores, pedindo ajuda, telefonando para a Superintendência. Aprendi na garra mesmo, fazendo amizade com os outros secretários e o pessoal que já trabalhava aqui na Secretaria me ajudou muito também (G 2).

Quando a gente assume a secretaria de saúde, tem o curso *De repente... Gestor!*, mas não deu para eu fazer. Porque, depois que eu assumi a secretaria, ainda não teve disponibilização de vagas. A gente vai aprendendo e se inteirando com os outros gestores nas reuniões de CIR e CIRA. A Regional de saúde também dá um apoio e também tem um suporte muito grande do pessoal daqui da secretaria, principalmente das coordenadoras (G 3).

O Conselho Estadual de Secretários de Saúde oferece um curso que chama-se *De repente... Gestor!*. Ele teve duração de três dias. Todos os gestores da saúde que estão entrando pela primeira vez na gestão sem conhecer nada pode

alternância média de 20% de novos gestores na pasta da saúde a cada mês, o que justifica a existência do curso. O curso é realizado em três dias, que são divididos no período da manhã e tarde” (COSEMS, 2016, p. 23). Destaque-se que o próprio nome do curso, pelas escolhas linguísticas de termos e pontuações de que faz uso já reconhece a condição repentina com que as pessoas se tornam gestoras na área da saúde municipal.

fazer esse curso, que é uma capacitação. Quando eu assumi a gestão, na medida que eu fui conhecendo e conversando com as pessoas, eu fiquei sabendo desse curso e fiz. Foi um bom começo. Mas eu aprendi mesmo foi com o tempo, trabalhando aqui na Secretaria de Saúde (G 4).

A experiência de gestão que eu adquiri foi na prática mesmo! Eu fui secretária [administrativa] de quatro coordenadores de saúde mental. E, dos quatro, eu absorvi o que de melhor eles tinham. Isso foi importante pra eu aprender sobre gestão [...]. Eu também busquei ajuda de outras pessoas mais experientes na gestão aqui do município. Essas pessoas me ajudaram muito. Além disso, eu tive um apoio da Secretaria Estadual de Saúde, principalmente dos profissionais da Coordenação Estadual de Saúde Mental (G 5).

As falas acima evidenciam o predomínio da inexperiência por parte dos gestores, no que diz respeito à gestão da política pública de saúde. Nota-se que todos eles, – mesmo os que fizeram o curso *De repente... Gestor!* – destacam que suas principais fontes de aprendizado e de acúmulo de experiência acerca do sistema público de saúde, bem como de sua gestão, foram o próprio exercício do cargo e a troca de experiência com os demais agentes envolvidos. Situações como essas – não raras nos serviços de saúde – perpetuam uma forma de gerir muito fundamentada na troca de experiência direta entre os profissionais envolvidos; o que, se por um lado, constitui o caminho possível para aqueles iniciantes no processo de gestão; por outro, inviabiliza a ocorrência de práticas inovadoras, tendo em vista a grande potencialidade de repetição daquilo que os envolvidos no processo consideram como estratégias bem sucedidas de gestão em saúde. Note-se, por exemplo, que mesmo ao reconhecer a importância do curso *De repente... Gestor!*, os entrevistados apontam que sua potencialidade está em dar a conhecer o modo como se estrutura a política de saúde sem, contudo, apontarem para elementos deste curso que interfiram efetivamente nas decisões a serem tomadas pelos gestores com o intuito de operacionalizar a implementação da política de saúde no âmbito municipal.

Como apresentado nos capítulos 2 e 3 desta Tese, a atual política pública de saúde brasileira veio sendo forjada, desde a década de 1970, em um complexo jogo ora de aceitação, ora de resistências. Por ser de direito universal, tal política guarda em si uma enorme complexidade tanto na sua concepção teórica/ideológica, quanto na sua estruturação normativa e assistencial. Conhecer suficientemente essa política pública, a ponto de dominar sua complexidade e, assim, conseguir fazer sua gestão exige muito estudo e muito aprendizado prático, os quais não são alcançados em um período curto de tempo como aquele de que dispõem gestores como os ouvidos acima. Tal quadro tem sua dificuldade ampliada ainda, por pelo menos dois fatores: um primeiro constituído pelos limites políticos, econômicos e sociais existentes no nível loco-regional sobre os quais os gestores não possuem governança. Um

segundo fator tem a ver com a constatação feita por Cecílio (et al, 2007, p. 204) de que “os gestores municipais, em particular os dos municípios menores, não contam com nada parecido com uma ‘equipe de governo’, com capacidade e experiência para planejar, implantar políticas e avaliar os impactos da gestão em saúde.” De fato, comprovando esses dizeres, observa-se que, à exceção de Divinópolis – que possui um departamento exclusivo para assessorar e planejar a saúde pública no município e conta, também, com apoio técnico e administrativo para cada uma de suas Diretorias – as outras quatro cidades investigadas contam apenas com um profissional especializado na Coordenação de Atenção Primária em Saúde que, em geral, é o principal apoio técnico com quem o Secretário de Saúde pode contar.

Diante disso, o domínio da gestão e das particularidades da implementação da política de saúde no âmbito municipal por parte dos gestores está à mercê de iniciativas particularizadas, sobretudo nos municípios de pequeno porte. Assim, o processo de implementação local da política de saúde, principalmente da de saúde mental, torna-se problemático por situações como as apresentadas nos relatos acima. Isso porque, eles evidenciam a existência de um lapso de tempo entre a posse do gestor e a aquisição do conhecimento e da experiência que esse cargo exige. Ou seja, o tempo que o gestor tem para gerir a saúde pública no nível local – que na melhor das hipóteses é de quatro anos, já que este é o prazo de duração de um mandato político municipal – muitas vezes, é incompatível com o tempo que ele leva para aprender o que precisa sobre a política de saúde.

No caso dos municípios aqui pesquisados, um outro elemento agrava ainda mais essa situação: a grande rotatividade dos gestores. Assim, das cinco cidades pesquisadas, no período entre 2013 e 2016, duas mudaram de secretários de saúde por três vezes e uma outra por duas vezes. Essa rotatividade, somada à inexperiência dos gestores ao assumirem uma pasta tão complexa como é a saúde, é extremamente prejudicial para a condução dessa política no âmbito local, já que o lapso de tempo mencionado multiplica-se na mesma proporção da quantidade de gestores novos que assumem as secretarias municipais de saúde.

Cabe destacar que, quando se considera especificamente a implementação da política municipal de saúde mental, esses fatores acima elencados assumem uma dimensão ainda maior, tendo em vista que grande parte dos serviços e ações estabelecidos para o setor são bastante específicos e com uma normatização muito recente, sendo difícil a transmissão de uma experiência pregressa de profissionais da área para aqueles que, inexperientes, assumiram os postos de gestão no interregno 2013/2016.

Para além dos aspectos sumarizados nas páginas anteriores, os municípios enfrentam, ainda, um outro desafio no âmbito da gestão local das políticas de saúde: o fato de que os cargos de gestão do setor são, geralmente, ocupados por pessoas nomeadas ao sabor dos interesses políticos locais. Nesse sentido, um dos trabalhadores entrevistados relatou alguns problemas decorrentes da nomeação de pessoas sem conhecimento e sem competência técnica nem na área para a qual estão sendo nomeadas e nem mesmo para o desempenho do papel de gestor em si. Assim, ele ressaltou, ainda, que esse tipo de nomeação tem sido comum de acontecer:

O problema é que na hora de nomear pessoas para esses cargos, nomeia pessoas que não têm conhecimento técnico na área. Nomeia “*Porque eu sou amigo de alguém do gabinete, do prefeito, do vereador e aí me nomeia, mesmo que eu tenha acabado de me formar e ainda não sei nada de saúde mental*”. Isso é muito comum acontecer. Isso é o que mais acontece. Aí eles colocam pessoas que não sabem. Essas pessoas vêm para liderar, para gerenciar pessoas extremamente competentes, que além de serem pessoas que estudaram, que vieram de uma faculdade da área, são pessoas que estão na prática há anos. O nomeado, que não sabe nada, chega e diz: “*Ah, eu vim aprender com vocês isso. Eu vim para somar*”. [...]. Eu até sou a favor de que existam cargos de confiança. Claro, se você é o dono de uma empresa, você vai colocar pra trabalhar com você na linha de frente alguém que você confia. Você não vai colocar quem você não confia. Não sou contra colocar quem é de confiança não. Sou contra colocar quem é de confiança e que não seja competente pra ficar na linha de frente da saúde mental (T7).

Depoimentos desta ordem apontam para uma situação que é de conhecimento daqueles que lidam com a implementação de políticas públicas de todas as áreas no país, assim como também se conhece o efeito pernicioso desse tipo de ocorrência para a execução da política nacional de saúde no nível municipal.

Finalmente, cabe salientar que os municípios, em tese, caso seguissem as orientações nacionais para o planejamento e a implementação da política de saúde, disporiam de um instrumento de gestão que, se por um lado, não eliminaria todos os problemas acima apontados, em muito minimizaria o seu impacto: o Plano Municipal de Saúde (PMS). Esse documento, conforme prevê a normatização nacional, é um instrumento central no planejamento para definição e implementação das ações, serviços e estratégias no âmbito da política de saúde municipal para o período de quatro anos. Desse modo, sem ele, o gestor municipal ficaria sem um importante norteador para executar o seu trabalho.

Sobre isso, chama a atenção a ausência desse documento em alguns dos municípios pesquisados. Assim, um dos municípios não fez o Plano Municipal de Saúde (PMS) para o quadriênio 2014/2017; numa outra cidade, o gestor não encontrou uma cópia sequer, impressa ou digitalizada, para a consulta nesta investigação, afirmando que havia alguns meses que o

referido documento havia desaparecido; o terceiro município tinha o PMS 2014/2017 elaborado, entretanto, até o momento da coleta de dados para a presente pesquisa, em dezembro de 2016, o documento ainda não havia sido aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde (CMS), não tendo, portanto, a legitimidade devida. Logo, somente dois municípios estavam com seus PMS 2014/2017 elaborados, aprovados pelo CMS e disponíveis para consulta. Tem-se, assim, uma realidade, no que se refere aos PMS, que potencializa, portanto, o grau de dificuldade em promover uma gestão da política pública de saúde alinhadas minimamente a um projeto de longo prazo para os municípios.

5.5.5 – A efetivação da política de saúde mental no âmbito dos municípios: sobre a implementação da Rede de Atenção Psicossocial nos cinco municípios pesquisados.

Como apresentado na subseção 4.3.1, a Lei Federal 10.216/01 provocou uma inflexão no processo de desenvolvimento da política de saúde mental ao instituir, no âmbito desta política pública, um paradigma assistencial vinculado à noção de cuidado integral. Este paradigma preconizava que a pessoa com transtorno mental deveria ser atendida a partir de uma abordagem que a considerasse em suas dimensões sociais, econômicas, culturais e familiares. Nestes termos, orientando-se pela perspectiva da integralidade, ao longo da década de 2000, a política nacional de saúde mental desenvolveu-se, ampliando seu escopo tanto no que diz respeito ao seu público alvo – abarcando novos grupos populacionais – quanto nas suas propostas de atendimento – criando diversos serviços substitutivos ao modelo hospitalar.

Todo esse deslocamento assistencial que vinha ocorrendo no interior da saúde mental se fortaleceu sobremaneira com o ápice do processo de regionalização da política de saúde geral, por ocasião da promulgação do Decreto Federal 7508/11, já apresentado em detalhes na subseção 2.3.2 desta Tese. Assim, ao dar destaque para os serviços de atenção psicossocial estabelecendo que eles, juntos com outras iniciativas, fossem pré-requisitos para a composição das Redes de Atenção à Saúde, o Decreto 7508/11 proporcionou a instituição da Portaria Ministerial 3088/11, que criou a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Já demonstrei na subseção 4.3.2.2, que a RAPS tinha por objetivo ampliar o acesso à atenção psicossocial, disseminando, pelo território, serviços com capacidade de oferecer os cuidados demandados pelas pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso prejudicial de *crack*, álcool e outras drogas, de acordo com as especificidades de cada caso. Para tanto, ela foi formada por sete componentes que abrangem a Atenção Primária em Saúde, a Atenção Psicossocial, a Atenção de Urgência e Emergência, a Atenção Hospitalar, a Atenção

Residencial de Caráter Transitório, as Estratégias de Desinstitucionalização e as Estratégias de Reabilitação Psicossocial. Tais componentes dispunham de ações e serviços para atender à pessoa com transtorno mental em suas necessidades para além do âmbito da saúde, abarcando, também, as dimensões da cultura, da moradia, do trabalho, enfim, da vida cotidiana do usuário. Desse modo, a RAPS sintetizava, no âmbito da política de saúde mental, todas as propostas de serviços e de cuidado disponíveis à pessoa com transtorno mental existentes no Brasil de então.

Ao expandir o cuidado para as várias dimensões da vida da pessoa com transtorno mental, a RAPS buscou contribuir para o fortalecimento e para a consolidação do paradigma do cuidado integral, comunitário e territorializado preconizado pela Lei 10.216/01. Cabe destacar, entretanto, que o alcance deste cuidado integral dependeria, fundamentalmente, da articulação e da integração dos diversos serviços da Rede, com suas estratégias e ações de acolhimento nos momentos de estabilidade psíquica do paciente e de acompanhamento sistemático e intensivo durante os períodos de desestabilização dos usuários.

Após a instituição da RAPS pela Portaria Ministerial 3.088/11, coube aos Estados da federação criar e implantar suas respectivas RAPS. Em Minas Gerais, este processo de implantação teve início com a criação, por meio da Resolução SES 3.149, de 17 de fevereiro de 2012, de um Grupo Condutor Estadual da Rede de Saúde Mental composto por membros da Secretaria de Estado de Saúde (SES) e do Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS/MG)¹⁰⁶. Em seguida, uma outra Resolução da SES nº 3.206, de 04 de abril de 2012, instituiu a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas portadoras de transtornos mentais e com necessidades decorrentes do Uso de Álcool, *Crack* e Outras Drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde de Minas Gerais¹⁰⁷.

O Grupo Condutor procedeu com um levantamento de dados e da situação assistencial existente no campo da saúde mental em todo o Estado, o que permitiu um mapeamento da real rede de ações e de serviços de atenção psicossocial, bem como dos vazios assistenciais existentes em cada uma das Regiões de Saúde de Minas Gerais. Paralelamente a esse processo, o mesmo Grupo, à luz da Portaria 3.088/11 e levando em consideração alguns critérios específicos para Minas Gerais, elaborou um mapa de ações e de serviços do que seria uma RAPS ideal para cada uma das Regiões de Saúde mineiras. Dentre os critérios específicos observados pelo Grupo destacam-se: o respeito à divisão territorial já posta pelas Regiões de Saúde; os vazios assistenciais existentes em diversos municípios; o histórico de organização da

¹⁰⁶ Cf. Resolução da Secretaria de Estado de Saúde (SES) n.º 3.149, de 17/02/2012 (MINAS GERAIS, 2012c).

¹⁰⁷ Cf. Resolução da Secretaria de Estado de Saúde (SES) n.º 3.206, de 04/04/2012 (MINAS GERAIS, 2012d).

Rede de Atenção Psicossocial; a localização estratégica e a facilidade de acesso aos serviços oferecidos pela RAPS¹⁰⁸.

Dando sequência aos trabalhos, tanto o ‘mapa real’ quanto o ‘ideal’ foram enviados para a apreciação, a discussão e a pactuação nas reuniões das Comissões Intergestores Regionais (CIR). No caso da apresentação do mapa na reunião da CIR Divinópolis/Santo Antônio do Monte, ela ocorreu em outubro de 2012, gerando reações diversas por parte dos gestores de saúde municipais. Assim, alguns municípios acataram as sugestões propostas pelo mapa da RAPS ideal e pactuaram serviços, como ocorreu com o Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas (CAPS ad) de Divinópolis. Entretanto, houve situações em que o gestor municipal não concordou com a proposta elaborada pelo Grupo Condutor, recusando-se a assumir o compromisso de implantar alguns serviços em seu município. Este foi o caso, por exemplo, de um Centro de Atenção Psicossocial para Infância e Juventude (CAPSi) que estava indicado no desenho ideal para ser implantado em Divinópolis. Entretanto, os representantes do município presentes à reunião da CIR discordaram terminantemente desta indicação, alegando que, naquele momento, o município não precisava de um serviço como o CAPSi. Cabe destacar que, nessa divergência de opiniões sempre prevalecerá a opinião do município. Isso porque, como apresentado na subseção 2.3 desta Tese, a Constituição Federal de 1988 definiu os três entes federados como autônomos administrativamente e a Lei Orgânica da Saúde 8.080/90, buscando garantir uma autonomia no que diz respeito à gestão da política de saúde, estabeleceu o princípio da ‘direção única em cada esfera de governo’. Este princípio, como também já mencionado naquela subseção, estabeleceu que não haveria uma hierarquia nem uma subordinação da Secretaria Municipal de Saúde à Secretaria Estadual de Saúde e nem dessas duas ao Ministério da Saúde.

Além disso, esse primeiro debate sobre a RAPS/MG ocorreu em outubro de 2012, ou seja, nos três últimos meses do mandato eleitoral do quadriênio 2009/2012, o que também foi colocado, por alguns gestores, como impedimento para assumirem compromissos naquela data.

Em 2013, em função das eleições municipais ocorridas no final do ano anterior, muitos gestores novos assumiram as Secretarias Municipais de Saúde. Isso demandou que a Superintendência Regional de Saúde de Divinópolis promovesse novos encontros com os gestores municipais recém empossados para submeter os mapeamentos feitos pelo Grupo Condutor Estadual da Rede de Saúde Mental à apreciação, à discussão e à pactuação nas reuniões da CIR. Mais uma vez houve reações diversas por parte dos gestores municipais. Desse

¹⁰⁸ Cf. Artigo 2º da Resolução SES n.º 3.206, de 04 de abril de 2012 (MINAS GERAIS, 2012d).

modo, alguns resolveram levar a cabo a implantação de serviços que haviam sido pactuados na reunião da CIR em outubro de 2012 ou mesmo a aderirem a novas pactuações. Outros, alegando não terem demanda, não verem aquele serviço como uma prioridade para o seu município, ou mesmo alegando não conseguirem custear a manutenção do serviço, desistiram de implantar serviços que já estavam pactuados pelos gestores anteriores. Neste último caso, mesmo a Secretaria de Estado de Saúde pressionando o gestor para cumprir o pacto, não houve êxito em modificar a decisão municipal de desistir.

É importante ressaltar que as variadas reações dos gestores municipais acima mencionadas, sobretudo aquelas em que um gestor em exercício optou por negar o pacto selado por um outro gestor que o antecedeu, corroboram a argumentação de Arretche (2001) citada no texto introdutório desta Tese, de que são os implementadores que fazem (ou não) a política pública acontecer, e o fazem (ou não) orientados por suas próprias convicções e referências.

Ainda nesta reunião da CIR Divinópolis/Santo Antônio do Monte, realizada em 2013, foi proposto a alguns municípios de pequeno porte, entre eles São Gonçalo do Pará, Perdígão e Araújos, que se unissem para preencher os requisitos populacionais exigidos pela legislação, com vistas a pleitear a implantação de um Centro de Atenção Psicossocial I (CAPSI). Apesar de a possibilidade de associação entre municípios ser uma estratégia bastante interessante prevista pelo Ministério da Saúde para viabilizar que as cidades com baixo número de habitantes montassem seus próprios serviços de saúde mental, nenhuma das três cidades mencionadas quis assumir o compromisso. Essa situação é assim relatada por um trabalhador entrevistado:

Quando eu comecei a trabalhar aqui, eu estava muito empolgada em implantar um CAPS aqui no município. Mas quando eu fui conversar com o meu gestor, eu vi que era uma coisa muito difícil. Se a gente quisesse montar um CAPS aqui, a gente teria de fazer uma associação com outras cidades. Na época, saiu para a gente se associar com as cidades de Araújos e Perdígão. O problema é que não há proximidade geográfica e não existe nenhuma proximidade política. Os prefeitos nem se conhecem! Além disso, como o CAPS I ia funcionar aqui no nosso município, nós é que seríamos os responsáveis por transporte e alimentação para os pacientes, inclusive os dos outros municípios. E aí não deu certo (T2).

Cabe destacar que, em relação à cidade de Conceição do Pará, como já mencionado nas subseções 4.4.1 e 4.4.3, apesar de estar consorciada ao CISVI, ela pertence à Região de Saúde Pará de Minas. Logo, a apresentação e as discussões sobre a RAPS desta Região se deram na reunião de sua CIR correspondente. No caso de Conceição do Pará, situação semelhante à descrita acima, também ocorreu. Nestes termos, um dos gestores entrevistados relatou que:

População suficiente para o município montar um CAPS hoje nós não temos. Eu me lembro que a gente chegou a pactuar esse serviço com a cidade de Igaratinga. Em 2014 ficou tudo definido nas reuniões lá da Regional de Saúde. O CAPS foi pactuado regionalmente. A cidade de Igaratinga ia construir um CAPS I que atenderia alguns municípios pequenos como Conceição do Pará, Onça do Pitangui, Leandro Ferreira e São José da Varginha. Chegamos a fazer a pactuação, mas infelizmente não deu certo. Quando o prefeito e a gestora da saúde de Igaratinga avaliaram o custo para o município, eles viram que não daria pra eles, por causa das dificuldades financeiras. E, diante da crise econômica do país, nenhum outro município se interessou. Para esse tipo de serviço a gente tem que planejar não só a construção, a gente tem que pensar nos equipamentos e na manutenção. E a partir do momento que você implanta um serviço desse, você tem que manter ele até o final, porque, hoje em dia, se você fechar um serviço de saúde é muito ruim tanto politicamente falando, quanto para as questões de saúde dos próprios pacientes. Eu até entendo o lado de Igaratinga em não ter aceitado, porque o que o governo federal repassa para manter um serviço como o CAPS, se você colocar na ponta do lápis não é suficiente. O gasto com os profissionais, com os insumos e com a manutenção é muito grande. Aí Igaratinga, que seria a sede do CAPS, acabaria tendo de tirar do próprio bolso para arcar com as despesas. E os outros municípios não iriam contribuir com nada, sendo que os pacientes de todos eles estariam sendo assistidos lá. Além disso, a crise do paciente chega a qualquer hora e como é que o município iria atender o paciente em surto no horário que o CAPS tivesse fechado? (G2).

Observa-se nos dois depoimentos acima transcritos que a recusa de implantação de um serviço de saúde mental de abrangência regional é justificada pelos municípios alegando questões financeiras, políticas e assistenciais. Assim, no aspecto econômico, para se montar um serviço como um CAPS, por exemplo, o Ministério da Saúde oferece um incentivo financeiro para a abertura do serviço – adaptação do imóvel, compra de imóveis, etc. Após aberto e em funcionamento, o município solicita, junto ao Ministério da Saúde, a habilitação do serviço para que se inicie o recebimento mensal dos valores para custear seus gastos fixos: folha de pagamento, alimentação, aluguel, etc. Ocorre que, a crise econômica gerada no país, sobretudo, nos últimos anos, provocou uma grande demora no processo de habilitação junto ao Ministério da Saúde (MS) e, enquanto o processo não é concluído, é o município sede que custeia sozinho a manutenção do serviço. Além disso, mesmo após o serviço ter sua habilitação publicada e começar o recebimento dos repasses financeiros advindos do MS, não é incomum que o valor seja insuficiente, tendo, assim, o município de completar, com seus próprios recursos o valor faltoso. Cabe destacar que os efeitos negativos da crise econômica tem impactado a política de saúde como um todo e não só no âmbito do Ministério da Saúde. Assim, muitas vezes, o governo estadual também não tem cumprido com seus compromissos de repassar incentivos

financeiros que são essenciais para o gestor municipal dar prosseguimento ao processo de implementação da política de saúde no nível local. Isso é expresso no depoimento abaixo

Problemas com atrasos de repasses? Eu vivo muito esse problema. Em conversa com outros gestores, eu já percebi que muitos municípios também sofrem com esse problema. Aqui no município, por exemplo, as parcelas referentes aos primeiro e segundo quadrimestre de 2015 do Programa Saúde em Casa¹⁰⁹, que é um Programa do Estado de Minas Gerais, nos só recebemos em julho de 2016, ou seja, eles estão devendo o terceiro e quarto quadrimestre de 2015 até hoje. E é com esse recurso que eu compro material odontológico, material médico-hospitalar, medicação injetável, material gráfico. Como nós estamos sem receber o dinheiro a gente tem que ficar no pé dos profissionais pedindo pra eles economizarem material (G2).

Este depoimento aponta um receio, por parte do gestor, cuja frequência não é rara, fazendo com que ele tenha que lidar com aspectos que, conforme discute Arretche (2001), fogem totalmente da governabilidade do gestor municipal e são inteiramente alheios à vontade dos implementadores. A implementação da política nacional de saúde mental no âmbito municipal depende diretamente dos incentivos financeiros oriundos dos entes federativos estadual e federal. Estes últimos, ao não cumprirem seus compromissos com os repasses impedem o desenvolvimento de qualquer ação no âmbito daquela política pública por parte do gestor municipal impactando negativamente, portanto, a implementação da política de saúde mental no nível local.

Quanto ao aspecto político, tendo em consideração todos os depoimentos elencados nesta subseção, observa-se que ele aparece em duas situações diferentes. Na primeira alegação, pode-se depreender que há uma supremacia dos interesses político-partidários em relação aos interesses coletivos intrínsecos à política social. Desse modo, embora não tenha sido o único motivo alegado para não ocorrer a pactuação, a “não proximidade política entre os prefeitos” foi um de seus determinantes. No segundo argumento, a preocupação do gestor municipal em pactuar um CAPS e não conseguir mantê-lo em funcionamento se divide entre causar prejuízos assistenciais para os usuários e ficar mal visto “politicamente falando”. Assim, para não correr este risco, este argumento se sobrepôs na hora de definir pela não abertura do serviço. Nestes termos, observa-se que a implementação da política de saúde mental fica, como em outras situações relatadas neste estudo à mercê dos rumos ditados pela falta de cooperação entre os

¹⁰⁹ Criado pelo governo de Minas Gerais, esse Programa tem como objetivo constituir um conjunto de ações sistemáticas direcionadas à universalização da oferta e ampliação da qualidade dos serviços de Atenção Primária à Saúde, por intermédio de ações com foco em infraestrutura, equipamentos e processos de trabalho.

municípios. Rumos estes decorrentes dos interesses político e partidários existentes no nível municipal.

Em relação ao aspecto assistencial, no caso de os municípios mencionados aceitarem a se associar para montar um CAPS I, qualquer um deles poderia ser a sede do serviço. Neste caso, aquele município que o sediasse, seria referência para os demais. Ocorre que um CAPS I, como mostrado na subseção 4.3.2.2.2, tem seu funcionamento restrito ao período diurno e aos dias úteis. Diante disso, caso uma pessoa com transtorno mental entre em crise psíquica à noite ou nos finais de semana e procure por atendimento no CAPS I, o município onde o serviço está instalado é que será o responsável por oferecer uma resposta assistencial ao usuário e à sua família. Nota-se, portanto, conforme alegado nos depoimentos, que as condicionantes impostas pela própria legislação acabam, quando confrontadas com as condições reais dos municípios, por dificultar a implementação efetiva da política nacional de saúde mental. É importante salientar, conforme se nota nos depoimentos, que também esse conflito entre exigências legais e as possibilidades locais está sujeito à lógica político-partidária local.

Situações como as descritas nos depoimentos acima, evidenciam a dificuldade em se estabelecer efetivamente uma cultura da regionalização, a qual pressupõe uma articulação entre os municípios que leve, por sua vez, em consideração, não só sua capacidade de gestão das demandas regionais, como também dos processos envolvidos no atendimento destas demandas (organização clara de funcionamento dos serviços, ampla divulgação dos dias e horários de funcionamentos entre os usuários de todas as cidades envolvidas, articulação do acesso a esses serviços com os outros pontos de atenção em saúde). Ao assumirem, portanto, a lógica da individualidade recorrente na gestão dos municípios brasileiros, os gestores comprometem sobremaneira a cultura cooperativa tão necessária ao processo de regionalização da política de saúde e inerente à perspectiva do cuidado integral preconizada no âmbito da saúde mental desde a Lei 10216/01.

Entre concordâncias e discordâncias, pactuações e desistências, implantação ou não de serviços, cooperação e falta dela entre os municípios, a investigação empreendida para a escrita desta Tese evidenciou que os pontos de atenção psicossocial existentes atualmente na Região de Saúde Divinópolis/Santo Antônio do Monte são insuficientes para a composição de uma RAPS completa. Assim, além de diversos serviços psicossociais não terem sido pactuados, vários outros, embora o tenham sido, até hoje não foram implantados conforme se verifica nos vazios assistenciais mencionados no Quadro 08.

QUADRO 08

Serviços que compõem a RAPS Divinópolis/Santo Antônio do Monte atualmente

RAPS completa segundo a Portaria 3.088/11	Serviços pactuados e ainda não implantados (Por município)	RAPS atual (Serviços por município)
Núcleo de Apoio à Família I (NASF I)	03 NASF I – Divinópolis 01 NASF I – Lagoa da Prata	01 NASF I – Lagoa da Prata 02 NASF I – Arcos 01 NASF I – Carmo Cajuru 01 NASF I – Cláudio 01 NASF I – Stº Atº. Monte
Núcleo de Apoio à Família II (NASF II)	01 NASF II – São G. Pará	Vazio assistencial
Núcleo de Apoio à Família III (NASF III)	01 NASFIII – Pedra Indaiá	01 NASF III – São Seb. Oeste
Equipe de Consultório na Rua (ECR)	01 ECR – Divinópolis	Vazio assistencial
Centro Convivência e Cultura (CCC)	01 CCC – Divinópolis	Vazio assistencial
Centro de Atenção Psicossocial I (CAPS I)	01 CAPS I – Pedra Indaiá 01 CAPS I – Itapecerica	01 CAPS I – Lagoa da Prata 01 CAPS I – Arcos 01 CAPS I – Carmo Cajuru 01 CAPS I – Cláudio 01 CAPS I – Stº Atº Monte
Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II)	01 CAPSII – Stº. Atº. Monte	Vazio assistencial
Centro de Atenção Psicossocial III (CAPS III)	—	01 CAPS III – Divinópolis
Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas II e III (CAPS ad II e III)	01 CAPS ad II – Arcos	01 CAPS ad III – Divinópolis
Centro de Atenção Psicossocial Infância e Adolescência (CAPSi)	—	Vazio assistencial
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)	—	Vazio assistencial
Unidade de Pronto Atendimento 24H (UPA 24h) ou Portas Hospitalares com Pronto Socorro (PS)	—	01 UPA 24h – Divinópolis 06 PS
Sala de Estabilização (SE)	—	Vazio assistencial
Unidade de Acolhimento para Adultos (UAA)	—	Vazio assistencial
Unidade de Acolhimento para Crianças/Adolescentes (UAC)	—	Vazio assistencial
Serviço de Atenção em Regime Residencial (SARR)	—	Vazio assistencial
Serviço Hospitalar de Referência para Usuários de Álcool e Outras Drogas (SHRad)	—	Vazio assistencial
Leitos em Hospital Geral	01 Leito – Stº. Atº. Monte 02 Leitos – Lagoa da Prata 02 Leitos – Itapecerica 06 Leitos – Divinópolis	01 Leito – Cláudio
Serviço Residencial Terapêutico (SRT)	—	01 SRT – Divinópolis
Programa de desospitalização	—	Vazio assistencial
Programa de Volta pra Casa (PVC)	—	Divinópolis e São Gonçalo do Pará
Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda	—	Vazio assistencial
Iniciativas de Inclusão Produtiva e de Economia Solidária	—	Vazio assistencial

Fonte: Elaborado pelo autor a partir de dados da pesquisa.

Como afirmei no final do Capítulo 03 desta Tese, a adoção da perspectiva do cuidado integral pela política nacional de saúde mental não se constituiu, como confirmam os depoimentos apresentados neste trabalho para sua efetivação no cotidiano dos serviços psicossociais oferecidos pelos municípios. Como se observa no Quadro 08, a situação constatada na Região de Saúde Divinópolis/Santo Antônio do Monte é ainda mais grave, já que vários dos serviços previstos pela política pública de saúde mental para compor a RAPS sequer existem.

Os diversos vazios assistenciais apresentados no Quadro 08 são ainda mais dramáticos quando se leva em consideração a situação específica do município de Divinópolis. Isso porque, como demonstrado nas subseções 4.3.2.1 e 4.3.2.2, nem todos os serviços constitutivos da RAPS foram projetados para serem implementados em todos e quaisquer municípios. Desse modo, há serviços como o CAPS I, por exemplo, que só pode ser implantado em cidades com população acima de 15.000 habitantes. Há vários outros serviços que só podem ser criados em cidades ou regiões que possuam CAPS já instalados. Enfim, há diversos pré-requisitos estabelecidos na legislação em saúde mental como condição para que muitos dos serviços da RAPS possam ser implantados. No caso da Região de Saúde mencionada, Divinópolis é a única cidade que reúne tais requisitos, ou seja, este município é, entre os que compõe a Região, o único elegível para a implantação de quaisquer dos serviços previstos na RAPS. Nestes termos, como pode ser notado no Quadro 09, dos vários vazios assistenciais presentes na RS Divinópolis/Santo Antônio do Monte, a maioria deles está concentrada em Divinópolis.

QUADRO 09

Situação dos serviços previstos pela RAPS atualmente existentes em Divinópolis

Serviços que, segundo a Portaria 3088/11 deveriam estar implantados em uma cidade com as características de Divinópolis	Serviços pactuados e ainda não implantados em Divinópolis	Serviços atualmente em funcionamento em Divinópolis
Núcleo de Apoio à Família I (NASF I)	03 NASF I	Vazio assistencial
Equipe de Consultório na Rua (ECR)	01 ECR	Vazio assistencial
Centro de Convivência e Cultura (CCC)	01 CCC	Vazio assistencial
Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II)	—	Vazio assistencial
Centro de Atenção Psicossocial III (CAPS III)	—	01 CAPS III
Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas III (CAPS ad III)	—	01 CAPS ad III
Centro de Atenção Psicossocial Infância e Adolescência (CAPSi)	—	Vazio assistencial
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)	—	Vazio assistencial
Unidade de Pronto Atendimento 24H (UPA 24H) ou Portas Hospitalares com Pronto Socorro (PS)		01 UPA

Sala de Estabilização (SE)	—	Vazio assistencial
Unidade de Acolhimento para adultos (UAA)	—	Vazio assistencial
Unidade de Acolhimento para Crianças/Adolescentes (UAC)	—	Vazio assistencial
Serviço de Atenção em Regime Residencial (SARR)	—	Vazio assistencial
Serviço Hospitalar de Referência para Usuários de Álcool e Outras Drogas (SHRad)	—	Vazio assistencial
Leitos em Hospital Geral	—	Vazio assistencial
Serviço Residencial Terapêutico (SRT)	—	01 SRT
Programa de Volta pra Casa (PVC)	—	Cadastrado no PVC
Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda	—	Vazio assistencial
Iniciativas de Inclusão Produtiva e Economia Solidária	—	Vazio assistencial

Fonte: Elaborado pelo autor a partir de dados da pesquisa.

O Quadro 09 mostra que há, no mínimo, um vazio assistencial em cada um dos sete componentes da RAPS tal qual preconizada pela Portaria 3088/11. A situação é ainda mais complicada quando se trata das pessoas com problemas decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas. Isso porque, como apresentado na subseção 4.3.2.2, dos sete componentes da RAPS, cinco preveem serviços específicos para estas pessoas.

Ainda sobre os dados apresentados no Quadro 09, à exceção do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS ad), todos os outros serviços específicos para o público em uso prejudicial de álcool e outras drogas, quais sejam: Equipe de Consultório na Rua, Centro de Atenção Psicossocial para Infância e Adolescência¹¹⁰, Serviço de Atenção em Regime Residencial Provisório (SARR), Sala de Estabilização, Unidade de Acolhimento para Adultos, Unidade de Acolhimento para Crianças/Adolescentes, Serviço de Atenção em Regime Residencial, Serviço Hospitalar de Referência para usuários de álcool e outras Drogas estão em situação de vazios assistenciais.

A presença dos vazios assistenciais apontados no Quadro 09, relacionados ao único município da Região que, de forma independente, atende às prerrogativas legais para possuir os serviços preconizados pela RAPS, constitui um elemento central para a fragilização da implementação da polícia nacional de saúde mental no contexto loco-regional abordado nesta Tese. Para além da obviedade do não atendimento à população que depende desse tipo de serviço, esses vazios impactam sobremaneira a adoção de uma perspectiva de cuidado à pessoa

¹¹⁰ O Centro de Atenção Psicossocial para Infância e Adolescência (CAPSi) não é um serviço exclusivo para crianças e adolescentes com problemas decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas, mas atende também este público nesta situação.

com transtorno mental alinhada com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica e com a legislação de saúde mental vigente. De um lado, ao não oferecer serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico para atender à demanda loco-regional, Divinópolis termina por corroborar com uma cultura cristalizada que transfere para a família – muitas vezes, fragilizada por situações socioeconômicas desfavoráveis e pela própria presença da pessoa com transtorno mental no domicílio (cf. DUARTE, 2008) – e para iniciativas pontuais de serviços e de profissionais o importante processo de ressignificação do sujeito louco tal qual desejado pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica desde os anos 1980. Por outro lado, sem dispor dos serviços preconizados pela RAPS, o maior município da Região termina por instaurar uma cultura loco-regional que desobriga as cidades que o têm como referência de adotar uma agenda que considere a política de saúde mental como uma de suas prioridades. Tanto uma razão quanto a outra elevam, como se percebe, à máxima potência a fragilização loco-regional da implementação de uma política de saúde mental alinhada com as prerrogativas estabelecidas a partir do início deste século XXI.

No que diz respeito aos outros quatro municípios pesquisados, cabe ressaltar que eles, em função, principalmente, do baixo porte populacional e da quantidade de Estratégias de Saúde da Família que possuem, só estão elegíveis para a implantação dos Núcleos de Atenção à Saúde da Família (NASF) na modalidade II, previstos no componente de Atenção Básica à Saúde da RAPS. Como apresentei na subseção 5.3, todos eles são habilitados na condição de gestão plena de atenção básica ampliada, o que lhes confere a responsabilidade de organizar a oferta de ações e serviços de saúde no âmbito da atenção básica. Entretanto, como também foi apresentado na mesma subseção, nenhuma das quatro cidades possui unidades de NASF II, o que as coloca em uma situação de vazio assistencial no que diz respeito ao único serviço previsto pela RAPS para o qual elas são elegíveis¹¹¹.

Como relatado na introdução desta Tese, não foi objeto deste trabalho a identificação dos motivos que levaram os gestores municipais a não implantar cada um dos serviços que configuram o vazio assistencial ao qual os Quadros 08 e 09 se referem. Entretanto, partindo da premissa de Pereira (2009, p. 97), já citada nesta Tese, de que “Política pública não é só ação. Pode ser também não ação intencional de uma autoridade pública frente a uma responsabilidade de sua competência”, é possível afirmar que o desenho da política pública de saúde mental

¹¹¹ A cidade de São Sebastião do Oeste, como demonstrado na subseção 5.3, possui, em seu sistema de saúde municipal, uma unidade de NASF III. Entretanto, segundo a Portaria 3.124, de 28/12/2012, já analisada nesta Tese, o NASF III é para municípios que possuam de uma a duas equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) instaladas. Este não é o caso de São Sebastião do Oeste, já que este município possui três ESF, o que o coloca na condição de elegível para implantar uma unidade de NASF II.

demonstrados por esses Quadros reflete, minimamente, a opção do poder público local pela não ação, seja ela por omissão, por limitações – financeiras/técnicas/administrativas –, ou até mesmo por mero descompromisso, em relação às demandas postas pelas pessoas com transtornos mentais. Desse modo, mesmo naquilo em que não dependem da interferência da opção feita por Divinópolis, os demais municípios pesquisados nesta Tese terminam por contribuir para um quadro de fragilização local da implementação da política nacional de saúde mental também no que diz respeito aos serviços da RAPS para os quais são elegíveis.

5.5.6 – A política de saúde mental oferecida pelos municípios pesquisados

A política de saúde mental oferecida pelos cinco municípios pesquisados tem se dado de acordo com os serviços de saúde disponíveis em cada um deles e com as ações possíveis, consideradas as realidades locais no âmbito desta política. Nestes termos, apesar do vazio assistencial existente em relação aos serviços previstos pela RAPS apontados na subseção anterior, os dados obtidos neste trabalho fizeram menção à implementação da política de saúde mental no cotidiano dos municípios focada em dois momentos distintos. Assim, os municípios disponibilizam e desenvolvem ações buscando atender às demandas apresentadas pelas pessoas com transtornos mentais, tanto nos períodos de estabilidade dos seus quadros de adoecimento mental, quanto nos períodos de desestabilização desses quadros e reagudização do transtorno mental. Nesse sentido, os tópicos que seguem abordarão os serviços e ações desenvolvidos nesses dois momentos.

5.5.6.1 – *Serviços, ações e estratégias disponibilizadas nos períodos de estabilização da pessoa com transtorno mental*

Quando interpelados sobre quais os serviços e quais os profissionais mais diretamente responsáveis para cuidar das pessoas com transtornos mentais em seus períodos de estabilidade, as respostas dos trabalhadores e dos gestores entrevistados apontaram, predominantemente, para os dispositivos de atenção primária à saúde como sendo a porta de entrada preferencial¹¹²

¹¹² O adjetivo ‘preferencial’ aqui utilizado se deve ao fato de que, em se tratando de saúde mental, a atenção básica à saúde não pode ser considerada como a única e exclusiva ‘porta de entrada’ para que o usuário acesse os cuidados de que necessita dentro do sistema público de saúde. Isso porque, nos momentos de crise, a ‘porta de entrada’ deverá ser qualquer serviço localizado, em qualquer nível de atenção à saúde, o qual deverá acolher o usuário demandante e acionar os recursos que o caso necessita – clínica médica, urgência psiquiátrica, recursos familiares e comunitários, etc.

para o recebimento dos cuidados em saúde mental. Desse modo, segundo os depoimentos dos entrevistados, as pessoas que apresentam sofrimento em função de transtornos mentais, sejam elas diagnosticadas *a priori* ou ainda na condição de suspeita, devem procurar quando estabilizadas o acolhimento nas Estratégias de Saúde da Família ou nos Centros de Saúde Tradicionais¹¹³ cujos profissionais estão capacitados para acolher e tomar as providências cabíveis de forma pertinente a cada caso.

Cabe destacar que, como já afirmado na subseção 3.2.1.1 desta Tese, os serviços e as ações desenvolvidas neste nível de atenção à saúde se dão da forma mais descentralizada possível, alcançado uma capilaridade dentro do território que os aproxima da vida cotidiana das pessoas, cuidando destas em seus meios sócio-familiar-cultural de origem. Nesse sentido, pôde-se perceber em todos os municípios pesquisados que o acolhimento e acompanhamento à pessoa com transtorno mental ocorre para além das dependências físicas dos serviços básicos de saúde. Assim, os depoimentos registraram que os atendimentos não aconteciam somente nas unidades de saúde quando o usuário as procuravam. Tais atendimentos eram desenvolvidos também por iniciativas dos profissionais, a partir de abordagens domiciliares que foram relatadas como sendo atividades rotineiras, sobretudo das equipes de Estratégia de Saúde da Família:

São os nossos profissionais da atenção básica que fazem esse trabalho de acompanhamento do paciente psiquiátrico. O próprio médico, a enfermeira, as técnicas de enfermagem e o agente comunitário de saúde [ACS] que é uma peça muito importante nesses casos. Isso porque é o ACS que visita a pessoa. É ele que controla se a pessoa está tomando a medicação correta ou não. É ele que observa qual o grau que a pessoa está chegando, no caso de surto (G1).

Os agentes comunitários de saúde sabem quais são os pacientes psiquiátricos que são da área de abrangência deles. E aí, eles junto com a enfermeiras procuram dar uma assistência acompanhando o uso da medicação. Fazem visitas domiciliares para os casos de pacientes mais críticos que não conseguem ir até a Unidade. Além disso a médica da equipe faz o atendimento de suporte enquanto o paciente estiver estável. Se for preciso, a médica faz visita e atende o paciente em casa (G2).

Quem acompanha o paciente fora da crise é o PSF. O agente de saúde, através das visitas domiciliares, quando percebe que tem uma demanda na área da saúde mental, ele solicita que a enfermeira faça uma intervenção. Tem alguns casos que o médico também visita. É feito o acompanhamento do uso da medicação. Tem paciente que tem dificuldade em ir até a farmácia pública para pegar os remédios. Aí, os agentes de saúde levam até a casa dele. Tem casos de pacientes analfabetos e com pouco suporte familiar, que é necessário que a medicação seja fornecida separada por dia. É renovada a receita (T8).

¹¹³ Menciono aqui os dois modelos de unidades de saúde de atenção primária, em função de como apresentado na subseção 5.3 desta Tese, o município de Divinópolis ter sua rede assistencial constituída de forma mista com os dois modelos.

As equipes de saúde da família são as que mais acompanham esses pacientes. Os pacientes que já fazem tratamento no ambulatório do SERSAM são monitorados pelas equipes de saúde da família. Por meio do fornecimento de receitas médicas, as equipes de saúde da família conseguem detectar se o paciente está indo ou não nas consultas com o psiquiatra no ambulatório do SERSAM. Tem alguns pacientes que não conseguem organizar os próprios medicamentos para tomar, e a família também não dá conta de ajudar. Aí os ACS organizam e administram esses medicamentos todos os dias. Tem pacientes que, durante a semana vão na unidade de saúde só para tomar os remédios. E, caso eles não apareçam na unidade, o agente de saúde ou o técnico de enfermagem vai na casa deles ver porque que eles faltaram e administra o remédio em casa mesmo. O certo seria a gente desenvolver a autonomia desse paciente e da família dele. Mas, infelizmente, tem casos que não conseguem. Aí nós não temos outra opção. Não podemos deixar o paciente sem remédios. Tem família que tem mais condições de ajudar. Aí a gente tenta primeiro criar essa autonomia do paciente e da família para ela conseguir cuidar. Só que, quando a gente não consegue, aí a equipe assume esse compromisso de ajudar no uso da medicação (T3).

Já mencionei na subseção 4.3 deste trabalho que a política de saúde mental brasileira, sobretudo a partir de 2001, alcançou avanços importantes ao redirecionar o modelo assistencial, antes centrado na doença e no hospital psiquiátrico, para um modelo centrado na pessoa com transtorno mental considerada, a partir de então, cidadã de direitos. O princípio deste novo modelo baseia-se na desinstitucionalização do paciente e sua inserção social, familiar e comunitária. A possibilidade de execução dessa proposta, passa necessariamente, por um conjunto de pontos de atenção e de cuidados que busquem manter a pessoa com transtorno mental no seu território, evitando assim a sua internação hospitalar. Nesse sentido, chama a atenção, nos depoimentos acima transcritos, o esforço dos profissionais dos serviços de atenção básica em fazer valer um princípio caro à Reforma Psiquiátrica que é a desinstitucionalização da pessoa com transtorno mental e a busca incessante por mantê-la no território onde ela vive e onde o seu cotidiano acontece. Nestes termos, nota-se que, nos depoimentos citados, o fornecimento de prescrição médica, o monitoramento da frequência nas consultas psiquiátricas e principalmente o acompanhamento do uso regular dos psicofármacos ganham uma centralidade. Sabe-se que um dos fatores desencadeadores da crise psiquiátrica bastante comum é o uso irregular da terapia medicamentosa. Assim, cuidar para manter a sua regularidade contribui sobremaneira para diminuir as possibilidades de crises e, conseqüentemente, reduzir a necessidade de tratamentos mais intensivos nos CAPS ou mesmo em internações psiquiátricas hospitalares.

Cabe destacar, entretanto, que os depoimentos apresentados não apontam para o potencial da visita domiciliar, enquanto um instrumental técnico-operativo, para inúmeras

outras intervenções, como por exemplo: orientações ao grupo familiar acerca do processo de saúde/doença do paciente, esclarecimentos acerca do transtorno mental, mediação de conflitos intrafamiliares comuns na convivência com pessoas com transtorno mental. Nesse sentido chama a atenção a redução do atendimento domiciliar ao propósito de controle da medicação.

O atendimento domiciliar, pode, também, colocar a equipe de profissionais em contato com a realidade do usuário, de modo que seja possível conhecer as várias dimensões de sua vida, suas relações afetivas, seus desafios, sua condição de pai, mãe, trabalhador, desempregado, estudante, analfabeto, etc. Isso pode por luz a diversas outras demandas que localizam-se muito além do campo da saúde mental, demandando outros tipos de intervenções da ESF e das UAPS e até mesmo de outras políticas públicas. Entre os relatos mencionados, essa situação é apenas tangenciada pelos discursos dos trabalhadores 3 e 8, quando eles investem no refinamento da ação de monitorar o uso diário dos psicofármacos em função do analfabetismo do paciente (T 8) e da vulnerabilidade social do grupo familiar (T 3). No entanto, os depoimentos não apontam para o desenvolvimento de ações integradas com outras políticas públicas que poderiam não só minimizar a fragilidade do paciente e de sua família, mas também contribuir no processo de inserção social de ambos.

Outro tipo de atividade desenvolvida pelos serviços de saúde da atenção primária que apareceu com recorrência nos discursos dos gestores e trabalhadores entrevistados foram as atividades grupais, nas quais, ao menos em algumas, contam com a participação das pessoas com transtornos mentais. Dentre elas, foram mencionados grupos de combate ao tabagismo, de atividades físicas, de palestras temáticas, de idosos e de hipertensos.

Dos cinco municípios pesquisados, Divinópolis e um outro desenvolvem grupos especificamente voltados para as pessoas com transtornos mentais. Desses dois, apenas o primeiro possui assistentes sociais e psicólogos na rede de serviços de atenção básica à saúde. Os outros três municípios desenvolvem atividades em grupos não específicos da saúde mental. A justificativa dessas três cidades é que há grande resistência na adesão aos grupos que tratam exclusivamente de questões relacionadas à saúde mental. Nestes termos, os entrevistados relataram:

Uma outra experiência, aqui no município, é que as Equipes de Saúde da Família já tentaram criar um grupo de saúde mental, mas não funcionou. O grupo propunha várias atividades de pintura, de conversas temáticas... Tentaram por quatro meses, os ACS chegavam a buscar os pacientes em casa no próprio carro da ESF, mas infelizmente não teve adesão. Falou que é saúde mental, tem resistência! Às vezes era a família que tinha resistência. O próprio paciente tinha resistência. Alguns pacientes se recusavam a participar desse grupo por ser da saúde mental (G1).

Tem grupos de hipertensos, grupos de gestantes, grupos de idosos. São feitas palestras nas escolas. Não tem grupo específico para o doente mental e não é comum ele frequentar esses outros grupos. Para ser sincero, o doente mental não frequenta nem os grupos do CRAS [Centro de Referência em Assistência Social], porque lá é mais para adolescentes e crianças (G2).

Alguns grupos são bem formados, são sólidos. Mas tem outros que não têm adesão dos usuários. Nossa dificuldade maior com esses usuários da psiquiatria é de não aderir aos grupos que a gente oferece. Eu vejo que nossos pacientes são muito dependentes da medicação (G4).

Esses três depoimentos dão visibilidade a um elemento que impacta a implementação da política de saúde mental em vigor no país por razões herdadas de um processo de exclusão social da pessoa com transtorno mental praticado desde o Brasil Imperial. Nesse sentido, evidencia-se um quadro de resistência à inserção social primeiramente por parte da própria pessoa doente que, como se percebe, ainda se vê investida de um processo de autoexclusão que a leva a não participar das atividades propostas. Em segundo lugar, nota-se a menção à resistência por parte dos familiares, os quais, vítimas desse mesmo processo, preferem não dar visibilidade social ao adoecimento do ente, negando-lhe um trânsito social. Todo esse processo de resistência acima referido constitui, é verdade, num tema cujas ações propostas pela política de saúde mental em vigor no país se não negligenciam, abordam-no de maneira a não fomentar uma mudança profunda do olhar que se tem sobre a pessoa com transtorno mental. No que se refere a esse olhar contaminado, os depoimentos evidenciam também, da parte dos implementadores (gestores e trabalhadores) a declaração constatatória de que é difícil tratar das pessoas com transtorno mental, sem alusão a todo um processo histórico que justifica a existência de uma resistência a qualquer movimento de inserção social.

A despeito dos processos de resistência acima referidos, existe, entre os municípios pesquisados, pelo menos uma iniciativa que aponta para um êxito na tentativa dos profissionais em vincular as pessoas com transtornos mentais aos diversos outros grupos realizados na cidade:

Nós temos um grande número de pacientes da saúde mental que a gente consegue envolvê-los dentro dos outros grupos que não o de saúde mental. Quando o paciente quer vir para esse grupo e tem alguma dificuldade, o ACS, junto com o carro da ESF, vai até a casa e busca. Isso tudo para o paciente participar, pra não ficar tão ocioso em casa, tão excluído da sociedade. O ACS acompanha o grupo, fica por perto para dar um apoio se houver alguma dificuldade, alguma demanda do paciente. Esses grupos são feitos também na Zona Rural do município. Neste caso, os profissionais vão até as comunidades rurais (G1).

Este último caso citado, aponta para a possibilidade de associação entre o sucesso dessa prática mencionada e a atuação, no município em questão, de uma equipe de NASF III. Destaque-se que o município em causa é o único que possui uma equipe dessa natureza implantada. Os grupos de lazer e de atividade física, por exemplo, desenvolvidos neste município, são resultado de uma parceria de trabalho realizado pelas equipes da ESF e do NASF, a qual pode fundamentar o sucesso ao qual o depoimento acima faz menção. A esse respeito, assim se manifestam os entrevistados:

O Nosso NASF é o III e atende às três equipes de ESF. Nossa equipe do NASF conta com um psicólogo, um educador físico e uma fisioterapeuta. As duas equipes juntas fazem alguns grupos e os pacientes da saúde mental participam deles do mesmo jeito que as outras pessoas da sociedade participam. Eles têm uma participação muito boa. A frequência do paciente da saúde mental nesses grupos é muito positiva porque eles ficam em contato constante com os profissionais, além de saírem de casa e interagir com a sociedade (T3).

No NASF daqui, nós resolvemos focar mais na questão do lazer, ou seja, nós contratamos um educador físico que faz caminhada monitorada, faz atividades de ginástica e hidroginástica, além de atividade de dança. Tem a parte da fisioterapeuta [...]. Temos também uma psicóloga. Todos esses profissionais trabalham nos grupos [...]. Um dos nossos grupos é o ‘Grupo na medida certa’, que é uma cópia daquele programa do Fantástico. É um grupo que tem palestras, tem atividades físicas. E muitos dos pacientes que participam desses grupos são dependentes de medicação psiquiátrica, alguns deles fazem tratamento no SERSAM (G1).

À exceção dos entrevistados do município de Divinópolis, os gestores e trabalhadores das outras quatro cidades relataram manter contato frequente entre as equipes de ESF e os Centros de Referência em Assistência Social (CRAS). Apesar de estes serviços estarem vinculados à política pública de Assistência Social, os usuários da saúde mental têm se beneficiado deles. Desse modo, foi possível perceber, por meio da realização da pesquisa, que os municípios de pequeno porte populacional enfrentam muitas restrições no que diz respeito a seu corpo técnico para a execução de várias políticas públicas. Nesse contexto, o CRAS tem sido um recurso valioso do qual os gestores e trabalhadores da saúde têm lançado mão. No caso específico da saúde mental, essa intersectoralidade com o CRAS tem sido por meio da frequência das pessoas com transtorno mental às diversas oficinas desenvolvidas nestes serviços e por meio das intervenções do assistente social que, no caso dos quatro municípios, é um profissional que não existe no quadro de profissionais lotados na área da saúde:

Tem o CRAS que é da ‘Ação social’, mas que ajuda muito, principalmente a assistente social que nos dá um apoio muito grande. Aqui no município, não temos uma assistente social específica da saúde. Aí é a assistente social do

CRAS que acompanha esses casos da saúde mental. Quando precisa ir até a casa do usuário para orientar a família, no caso do paciente quando surta, é a assistente social quem ajuda a convencer o usuário de ir para o SERSAM e acompanha o usuário até lá quando precisa (G2).

Aqui no município, quando a psicóloga ou o psiquiatra vê que o paciente tem algum problema que é também social, a gente aciona a assistente social do CRAS (G4).

A gente trabalha em parceria com a secretaria de Desenvolvimento Social. Quando a gente precisa, o CRAS ajuda. Quando o CRAS detecta algum caso, ele entra em contato com as equipes de saúde da família e pede intervenção. O problema é que só tem um CRAS pra cidade inteira. Aí ele fica mais é “apagando incêndio”. A gente encaminha muitos pacientes para os grupos e oficinas desenvolvidos pelo CRAS e eles sempre tentam absorver esse paciente. Isso é bom porque o paciente é inserido nos grupos e, com isso, consegue um convívio social que acaba contribuindo para a inserção do paciente na sociedade (T3).

Nós temos também no CRAS alguns grupos e oficinas que os pacientes da saúde mental frequentam. O paciente é encaminhado para as oficinas do CRAS quando a gente vê que ele tem a necessidade de ocupar o tempo, de estar trabalhando, de conviver com outras pessoas. Nossa parceria com o CRAS é muito boa. Isso é o que nos ajuda (T1).

Esses depoimentos são paradigmáticos no que se referem a alternativas viáveis para a implementação da política nacional de saúde mental no âmbito loco-regional, apontando caminhos simples, mas de resultado efetivo. Tal qual o caso mencionado no depoimento acima, que tratou da atuação em conjunto entre a equipe de ESF e do NASF III, essas falas evidenciam que o processo de inserção da pessoa com transtorno mental passa pela opção de não diferenciá-la – de forma deliberada – dos demais grupos sociais que frequentam as atividades do CRAS. Nestes termos, confirma-se uma das prerrogativas da Reforma Psiquiátrica em vigor no país. Um outro elemento positivo que merece destaque nas falas acima se refere ao bom funcionamento das estratégias de inserção social da pessoa com transtorno mental que passam pela intersectoralidade entre as políticas públicas: no caso, entre a de saúde e a de assistência social.

Finalmente, para além disso, cabe destacar nesses depoimentos que, apesar da opção pela ausência do assistente social na equipe de saúde de quatro dos cinco municípios pesquisados, a atuação desse profissional surge como uma demanda latente quanto a questão é o cuidado à pessoa com transtorno mental na perspectiva da integralidade.

Além dos atendimentos grupais/coletivos relatados até agora, os cinco municípios oferecem, também, atendimentos individuais de psicologia e psiquiatria. São serviços que não estão disponíveis com a mesma capilaridade daqueles desenvolvidos pelas unidades de atenção

primária à saúde. Ainda assim, o atendimento com psicólogo é ofertado no território de origem do usuário. Já o acompanhamento psiquiátrico requer que a pessoa com transtorno mental, para acessá-lo, desloque-se até o Serviço de Referência em Saúde Mental (SERSAM)¹¹⁴, localizado no município de Divinópolis.

No caso dos atendimentos psicológicos em Divinópolis, como já mencionei na subseção 5.3 desta Tese, este serviço é disponibilizado na rede de atenção primária à saúde, já que existem psicólogos lotados em algumas das equipes desse nível de atenção. Desse modo, o acesso se dá no contato diretamente com este profissional, bastando, para tanto, que o usuário resida na área de abrangência da unidade de saúde. No caso daquela unidade que não dispuser do psicólogo, um outro profissional – enfermeiro, assistente social ou médico – que detectar a demanda, encaminha o usuário para realizar tal atendimento em uma outra unidade de saúde, localizada o mais próxima possível do território do usuário:

A gente tem pelo menos um profissional da psicologia em cada unidade de saúde convencional. Nas equipes de Estratégia de Saúde da Família, em cinco delas têm psicólogo [...]. A gente pode falar: existe saúde mental dentro das equipes de atenção básica? Sim, porque hoje, o enfermeiro sabe como é que encaminha o caso de uma pessoa com transtorno mental e, se não souber, ele tem onde buscar isso. A unidade de saúde tem um psicólogo de referência pra fazer uma avaliação e pra encaminhar essa criança ou esse adulto, seja qual for o nível de doença e de qualquer faixa etária. Na falta do psicólogo, o enfermeiro pode solicitar apoio em outra unidade de saúde que tenha [...] (T5).

Em relação às outras quatro cidades, o serviço de psicologia, como demonstrado na subseção 5.3, está disponível nas unidades de Pronto Atendimentos. O fluxo de acesso a este atendimento foi relatado pelos gestores como sendo da seguinte forma: primeiramente o usuário é atendido pelos profissionais da ESF, como o médico ou o enfermeiro, que, ao detectarem a necessidade de avaliação com o psicólogo, encaminham o usuário para o Pronto Atendimento solicitando este atendimento específico:

O paciente chega na atenção primária e é avaliado pelo médico clínico. A gente não encaminha todos os pacientes direto para o psiquiatra. Nós tentamos primeiro o psicólogo. A ideia é ver se não precisa entrar com a terapia medicamentosa e tentar resolver o problema com a psicoterapia. Caso não haja um bom resultado com a psicoterapia, a psicóloga faz uma contra referência para o Clínico da ESF, o paciente volta no clínico e aí sim é feito o encaminhamento para o psiquiatra (T1).

¹¹⁴ Como já apresentado anteriormente nesta Tese, o SERSAM é um complexo de serviços de saúde mental localizado na cidade de Divinópolis. Ele abarca um Centro de Atenção Psicossocial III, um ambulatório de psiquiatria, atendimento de urgência e emergência em saúde mental e, mais recentemente, um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas III.

[...] Se a pessoa quer vir ao psicólogo, ela vai primeiro no ESF de referência dela – porque o ESF tem que estar ciente de que ela está em atendimento psicológico – não precisa ser uma consulta médica, o próprio enfermeiro encaminha ela para a psicologia e a gente faz uma triagem. E onde eu ganho com isso? Se o usuário do SUS quer uma consulta psiquiátrica, isso é um direito dele. Às vezes não tem demanda nenhuma. Mas eu não barro. Só que ele vai esperar três ou quatro meses que é realidade da agenda do psiquiatra. Nesses três/quatro meses, eu oferto o meu atendimento psicológico. E, nesse período de psicoterapia, tem alguns casos que o próprio paciente diz que não precisa mais do psiquiatra (T2).

Apesar do fluxo mencionado pelos gestores ser bastante semelhante entre as quatro cidades, um dos trabalhadores relatou que nem sempre tal fluxo é seguido:

[...] Depende também do médico do ESF daqui, porque tem médico que encaminha para a psicologia e tem médico que não encaminha. Agora que chegou uma médica nova na ESF, tem muito mais encaminhamentos para a psicologia do que tinha com o médico anterior. Não tem uma estruturação, uma coisa organizada, nem sempre o fluxo é seguido. [...] Para o paciente ter um bom resultado no tratamento em saúde mental, depende muito da sorte. Ele vai ter de aparecer na hora certa e consultar com um médico que vai encaminhá-lo para um acompanhamento adequado (T4).

O depoimento acima é emblemático para mostrar que, de fato, pode haver um descompasso entre o desenho inicial de uma política pública e o resultado final materializado na sua implementação. Nestes termos, condutas personalizadas, orientadas por opções político/pessoais dos trabalhadores no momento da execução da política de saúde mental, interferem no processo de implementação desta política. Essa interferência se dá no mesmo grau que outros fatores – como as referências e convicções particulares dos gestores e os fatores contingenciais presentes no contexto onde se desenvolve a política já mencionados na subseção 5.5.3 desta Tese.

No que diz respeito aos atendimentos individuais psiquiátricos para neuróticos e psicóticos adultos¹¹⁵, todos os cinco municípios têm este serviço disponível no ambulatório de psiquiatria e no serviço de urgência e emergência do SERSAM de Divinópolis.

No caso dos moradores de Divinópolis, eles chegam até o SERSAM encaminhados por algum dos profissionais da rede de atenção básica à saúde, podendo ser o psicólogo, o enfermeiro, o assistente social ou o médico. No caso dos outros quatro municípios, o acesso às

¹¹⁵ Mostrarei mais adiante que, diferentemente dos neuróticos e psicóticos adultos, as crianças e os adolescentes e as pessoas com problemas decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas contam com outras propostas de atendimentos.

consultas psiquiátricas oferecidas pelo SERSAM se dá por meio de encaminhamento feito pelos profissionais, sobretudo, o psicólogo e o médico atuantes naqueles municípios.

O encaminhamento, emitido por quaisquer dos profissionais acima mencionados, deve ser por escrito em formulário próprio de referência e contra referência. Ao chegar no SERSAM, o usuário passa, primeiro, por um acolhimento com um técnico de nível superior – assistente social, psicólogo, médico, enfermeiro ou terapeuta ocupacional – que fará uma avaliação do caso e, a partir de então, tomará as providências cabíveis, tendo como opção: 1) o agendamento da consulta psiquiátrica; 2) o encaminhamento para atendimento psiquiátrico de urgência e, 3) contra referenciar o usuário para o profissional de onde partiu o encaminhamento.

Como já argumentado por Solla e Chioro (2012), a oferta de serviços de média complexidade tem se apresentado como um dos maiores gargalos do sistema público de saúde no Brasil. Essa situação também é claramente percebida no campo da saúde mental. Nestes termos, o SERSAM – enquanto um serviço de média complexidade na saúde mental que disponibiliza consultas psiquiátricas em nível ambulatorial e em situação de urgência e emergência para os cinco municípios pesquisados – tem apresentado claros sinais de estrangulamento na sua capacidade de atendimento. A percepção dessa situação é assim manifesta nos discursos de alguns entrevistados:

Os encaminhamentos que chegam para o psiquiatra, a gente referencia para o SERSAM lá em Divinópolis. Chega lá no SERSAM, o paciente passa por uma triagem e é definido se o paciente vai ser atendido naquele dia, se vai agendar a consulta para dali há um mês, dois ou até seis meses; ou se não é caso de atendimento pro SERSAM. Então, assim, eu vejo uma dificuldade muito grande nesta questão de agendamento. Eu até compreendo que o SERSAM tem uma demanda muito grande. Ele atende vários municípios e absorver essa quantidade de pacientes, eu sei que é muito difícil (G2).

Antes de a gente ter o psiquiatra, esse paciente ia diretamente para o SERSAM. Só que lá tem uma demanda muito grande. Às vezes o paciente fica lá o dia todo esperando por uma consulta psiquiátrica (T1).

[...] A gente tem o município de Divinópolis como referência na saúde mental. Nós entendemos que Divinópolis está sobrecarregada. Mas nossa referência é lá. Fazemos parte do Consórcio. Então, do lado de cá, a gente entende que nós temos o direito. Mas, infelizmente, nem todos os nossos pacientes conseguem atendimento lá. Temos vários problemas, e eu sei que parte é de nossa gestão, e parte é da gestão de lá. Hoje em dia, a gente só manda paciente para o SERSAM quando a gente vê que aqui não tem suporte mesmo! (T2).

Nesses depoimentos, fica evidente que, apesar de Divinópolis assumir junto ao Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Itapeçerica (CISVI) a responsabilidade sobre o atendimento para os cinco municípios pesquisados, o cumprimento dessa tarefa encontra-se

bastante comprometido. Tal comprometimento, por sua vez, gera um impacto sobre a implementação da política nacional de saúde mental, que extrapola a mera ausência de atendimento dos usuários que demandam pelos serviços. Isso porque, para além da perpetuação do quadro de instabilidade dos pacientes em causa, alimenta-se, como já mencionado, uma cultura regional de culpabilização do município polo, por um lado; e, ao mesmo tempo, certa acomodação por parte dos municípios de pequeno porte, que passam a ter uma justificativa para a manutenção da precariedade do atendimento.

A situação relatada nestes últimos depoimentos pode, ainda gerar um outro efeito sobre a implementação da política, qual seja o de dispersar as ações de atendimento psiquiátrico aos pacientes adotadas nos cinco municípios, mesmo eles estando consorciados ao CISVI. Tem-se, assim, o estranho quadro de ocorrerem tomadas de decisões diferenciadas para um mesma realidade vivenciada por todos os cinco municípios.

Antes de a gente ter o psiquiatra, esse paciente ia diretamente para o SERSAM. Só que lá tem uma demanda muito grande. Às vezes o paciente fica lá o dia todo esperando por uma consulta psiquiátrica. Então a vinda desse psiquiatra para o nosso município nos ajudou bastante. Agora, a gente manda para o SERSAM somente aqueles casos mais graves, que a gente não consegue acompanhar aqui no município (T1).

Nós não podemos falar que o atendimento do SERSAM é insatisfatório, porque sempre que a gente precisa, nossos pacientes são atendidos. O problema é que, às vezes, as consultas demoram muito. Por isso, criamos um ambulatório de psiquiatria, que é um serviço novo que a gente contratou depois que a gente assumiu a Secretaria de Saúde (G3).

A gente tem convênio com um consultório de psiquiatria na cidade de Belo Horizonte. Esse consultório ganhou a licitação que o município fez. Então, hoje, quando chega pra nós algum encaminhamento para o psiquiatra, a gente envia o paciente para esse consultório. Hoje, não é viável pro município ter um psiquiatra aqui, por que lá no consultório de Belo Horizonte, a gente paga em média R\$50,00 por uma consulta. [...] Eu poderia conseguir esse médico em Divinópolis. Mas é uma questão de licitação e preço. Uma consulta, hoje, em Divinópolis, com o psiquiatra, é R\$ 300,00; em Belo Horizonte, é R\$ 50,00. Mas, a prefeitura não pode ir pelo mais caro. Tem que ir pelo mais barato (G1).

Quando eu encaminho o paciente para o SERSAM e ele não é atendido, eu acabo comprando uma consulta e marcando para um psiquiatra particular que a gente tem convênio [...]. Essa diferença de visão dos serviços sobre o caso do paciente é muito complicada. O médico e o psicólogo daqui têm uma visão da necessidade daquele momento. Mas chega lá no SERSAM, passa pela avaliação deles e é falado que não tem necessidade. O paciente volta e chega aqui pra mim e reclama que não foi atendido. Eu fico apreensiva. Vai que o paciente tenta um autoextermínio! É difícil! (G2).

Chama a atenção, nos depoimentos acima, o fato de os quatro municípios agirem, cada um a seu modo e isoladamente uns dos outros, para resolver um problema que é vivenciado por todos – inclusive pela própria cidade de Divinópolis – que é o estrangulamento da capacidade de atendimento do SERSAM. Desse modo, um problema regional cuja busca por solução deveria se dar nesse nível – por meio, por exemplo, de uma discussão do assunto em reuniões da Comissão Intergestores Regional – passa a gerar a tomada de decisões particulares por cada um dos municípios, isolando-os na prestação de serviços que deveria ser em uma rede articulada. Tem-se, assim, mais um elemento de fragilização da implementação da política nacional de saúde mental gerado, como em outros casos apresentados até aqui, por uma desarticulação entre os municípios envolvidos no processo. Este tipo de postura dos gestores municipais choca-se frontalmente com os pressupostos de cooperação e de cogestão estabelecidos pelo Pacto Pela Saúde apresentados na subseção 2.3.2 desta Tese, os quais, por sua vez, preconizam ações governamentais coordenadas, objetivando a busca de soluções mais solidárias e de abrangência coletiva para as dificuldades apresentadas nas Regiões de Saúde.

5.5.6.2 – Serviços, ações e estratégias disponibilizadas nos períodos de desestabilização da pessoa com transtorno mental

A atenção psicossocial nos momentos de crise do paciente, na maioria das vezes, requer um atendimento que extrapola os recursos disponíveis na rede de Atenção Primária e vai muito além da mera consulta com o médico psiquiatra. No caso dos cinco municípios pesquisados, o usuário em situação de crise é encaminhado para o setor de urgência e emergência em psiquiatria do SERSAM de Divinópolis, para, então, ser feita a avaliação da necessidade de admissão para o tratamento intensivo no Centro de Atenção Psicossocial III (CAPS III):

Agora quando o paciente está em surto, em crise, a gente não tem suporte aqui no município para atender. Aí ele é encaminhado para o SERSAM. Quase que 100% dos nossos pacientes vão para o SERSAM (G2).

Geralmente, é a ESF que é a primeira a conseguir detectar a crise. Às vezes, também é a própria família que procura ou a ESF ou o Pronto Atendimento. Após esse primeiro atendimento, encaminha para o SERSAM de Divinópolis. Lá no SERSAM, o caso é conduzido de acordo com a avaliação deles. Às vezes o paciente é medicado e mandado de volta aqui pro município, ou às vezes ele fica para tratar no CAPS-dia, indo e vindo todos os dias. Uma coisa que dificulta muito é que não tem contra referência e a gente fica sabendo só aquilo que a família ou o acompanhante traz pra nós. Aí, as equipes da ESF continuam acompanhando o caso, de acordo com o que a família trouxe de informação (T3).

Quando é o caso de crise a gente encaminha para o CAPS de Divinópolis. Mas, aí tem uma grande falha, que é na falta de comunicação. Muitas vezes, você encaminha uma pessoa pra lá, mas, depois, não se tem mais notícia do caso [...]. Quando o paciente volta do SERSAM, o acompanhamento dele aqui no município vai depender se ele veio encaminhado ou não pelo SERSAM. No caso do paciente que teve alta do CAPS e veio sem encaminhamento de lá, muitas das vezes o caso vai se perder. [...] Fica muito na sorte ou no azar você ter uma estabilização lá e ter um acompanhamento psicoterapêutico aqui (T4).

Em relação ao SERSAM, não tem contra referência. Eu nunca recebi uma contra referência. [...] Teve uma paciente nossa que, depois de muito tentar, ir e voltar, ela ficou internada lá. Antes de ela internar, ela chegou aqui muito mal e a gente teve de encaminhá-la para a UPA, mas a UPA não quis encaminhar para o SERSAM, pois, havia naquele momento, uma discussão entre a UPA e o SERSAM. Aí ela voltou pra cá, pro nosso município e, daqui, a gente mandou ela de volta pro SERSAM. Ela ficou na estrada o dia inteiro, coitada! Aí a gente conseguiu o atendimento e ela ficou na internação lá por dez dias pra depois começar o tratamento no CAPS-dia. Eu ligava pra lá para pedir notícias, mas eles falavam que não podiam me dar notícias, mesmo eu explicando que ela era minha paciente aqui no município. Pra eu ter notícias, eu fui lá com a mãe dela (T2).

Quando eu atendo o paciente aqui no Centro de Saúde e vejo que ele está em crise, eu chamo a família e encaminho para a urgência do SERSAM. Apesar de o SERSAM ficar no bairro vizinho do nosso Centro de Saúde, eu só sei que paciente ficou no CAPS porque ele para de vir aqui por uns tempos [...]. Eu fico sabendo que ele teve alta do CAPS ou porque algum familiar conta, ou o próprio paciente, depois da alta, passa aqui e ele mesmo conta. Contra referência, eu nunca recebi (T8).

Como demonstrado na subseção 4.3.2.2.2, o CAPS III é um serviço especializado de funcionamento ininterrupto 24 horas diárias, em dias úteis, feriados e finais de semana, contando com uma equipe multiprofissional especializada. Logo, é um dispositivo de atenção psicossocial bastante complexo, cuja manutenção é de alto custo financeiro. Nestes termos, o CAPS III de Divinópolis configura-se como a única possibilidade de atendimento nos momentos de crise, uma vez que é o que se está previsto como recurso assistencial para o *locus* pesquisado e, mesmo com as várias críticas expressas nos discursos acima transcritos, os municípios de pequeno porte não conseguem criar outra estratégia – ainda que pragmática e individualizada – como fazem com as consultas psiquiátricas.

Desse modo, a implementação da política nacional de saúde mental, no que se refere ao quadro do paciente em crise, encontra-se no contexto loco-regional abordado, completamente à mercê das condições do serviço disponível em Divinópolis, bem como das decisões políticas e administrativas locais relacionadas a esse serviço. Assim, o sucesso ou o fracasso do

acompanhamento do paciente em situação de crise nos municípios menores fica comprometido por razões sobre as quais os gestores locais não tem condições de intervir.

É importante destacar também que, nos discursos analisados, percebe-se uma baixíssima capacidade de comunicação entre o CAPS III e os demais serviços de onde partem os encaminhamentos. Essa falta de comunicação, especialmente em um momento de tamanha fragilidade da pessoa com transtorno mental como é a situação de crise, é extremamente danosa para o usuário e distorce a implementação das principais ideias da política de saúde mental desenvolvidas a partir da Lei 10.216/01. Isso porque, ao isolar-se em si mesmo, o CAPS III reedita, em parte, práticas típicas dos tempos manicomiocêntricos, ou seja, acaba reduzindo o paciente à sua doença mental, entendendo a eliminação dos sintomas e a estabilização do paciente como o cuidado em si e não apenas como uma das etapas do processo. Outra implicação negativa da ausência de comunicação entre o CAPS e os serviços da Atenção Primária à Saúde é que se corre o risco de uma desconsideração não só da existência das várias dimensões da pessoa com transtorno mental, como também de toda a potencialidade de cuidado existente no território de origem do usuário. Finalmente, ao não contra referenciar o usuário para a Atenção Primária, o CAPS III obstaculiza a possibilidade de desenvolvimento da corresponsabilização dos aspectos do cuidado integral que cabem à unidades básicas de saúde desenvolverem em seus territórios de abrangência.

Em relação à não partilha de responsabilidade pelo cuidado integral para com o usuário da saúde mental, ela apareceu em outros momentos dos discursos dos entrevistados. Porém, na perspectiva de que há, também por parte dos serviços de Atenção Primária à Saúde, uma dificuldade e resistência em assumir seu compromisso no processo. É o que se pode verificar nos relatos abaixo:

Hoje, aqui no município se você perguntar pra minha Coordenadora de Ações Básicas ou para uma das minhas três enfermeiras se elas sabem me dizer qual é o fluxo do SERSAM – que atende o nosso município há anos –, ninguém sabe. Se você pedir o número do telefone do SERSAM para alguém daqui da Secretaria de Saúde, somente o TFD vai saber, porque só ele que marca consulta lá (G1).

Com relação à saúde mental, eu não sei te falar com relação à contrapartida dos municípios que compõem o Consórcio. Mas eles mantem uma política de saúde mental como era lá nos primórdios. Eles colocam seus pacientes em ambulâncias e empurram pra Divinópolis, como se fazia antigamente, né? Colocava num barquinho, colocava no rio e a próxima cidade em que parasse, estava bom [...] (T 6).

A saúde mental ainda tem aquele resquício de ser algo que se tem que jogar para debaixo do tapete. Ainda bem que tem o SERSAM a 50 quilômetros de

distância! O município joga o paciente BR[rodovia] a fora...Eu acho que é por causa disso que o movimento e o entusiasmo do profissional vai diminuindo. [...] Com o tempo, parece que você acaba entrando na doença do sistema e se acomoda nesse sisteminha de encaminhamento sem comunicação. O profissional lá, o pagamento dele cá, o gestor de lá e a população no meio(T4).

Os discursos do T4 e do T6, embora recorram a comparações de natureza figurativa, sintetizam bem a ideia contida no termo ‘empurroterapia’, recorrente em profissionais da saúde para se referir ao fato de que se encaminha o usuário para um outro serviço – aqui no caso, localizado em outro município –, sem, entretanto, estar empenhado em atender de forma responsável e adequada a demanda apresentada. Já o discurso do G1 corrobora com os depoimentos do T4 e do T6, porém de forma denotativa. Assim, ao afirmar que seus principais profissionais da Atenção Primária em Saúde ‘desconhecem o fluxo do SERSAM’ e que é o setor de TFD o principal responsável por fazer os contatos com aquele serviço, sinaliza para a existência de uma considerável desarticulação entre esses dois níveis de atenção à saúde. Dessa forma, tem-se mais um elemento que contribui para fragilizar a implementação, em nível local, da política de saúde mental. Destaque-se, finalmente, que situações como as relatadas nesses depoimentos contribuem para a construção de um imaginário de ineficiência da política de saúde mental como um todo, quando, na verdade, tem-se um evento pontual

5.5.6.3 – Sobre os dois grupos populacionais inseridos mais recentemente na política de saúde mental: o caso das crianças e dos adolescentes e o caso da pessoas com necessidades decorrente do uso prejudicial de álcool e outras drogas

Como apresentado na subseção 4.3.2 desta Tese, a omissão do poder público em relação ao desenvolvimento de uma política de saúde mental voltada especificamente para as necessidades das crianças e dos adolescentes com transtornos mentais, bem como as exíguas propostas assistenciais para as pessoas com problemas decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas se configurou em um histórico vazio assistencial na política nacional de saúde mental (BRASIL, 2005). Foi somente após a promulgação da Lei 10.216, em 2001, que a agenda da política nacional de saúde mental iniciou uma ampliação de seu escopo, abarcando, também, os dois grupos mencionados, incorporando-os como público-alvo de ações, estratégias e serviços específicos para o atendimento de suas demandas.

Nestes termos, em relação às **crianças e aos adolescentes**, a pesquisa evidencia que as ações no âmbito da saúde mental para este público, no universo investigado, ainda são incipientes. Segundo os depoimentos coletados, no que diz respeito aos casos estáveis, eles

recebem um acompanhamento bastante semelhante àqueles oferecidos aos adultos, ou seja, acompanhamento psicológico nas UAPS e ESF em Divinópolis, e nos Pronto Atendimentos, no caso das outras quatro cidades. Além desses atendimentos, há, também, algumas parcerias com as escolas, regulares e especiais municipais as quais dispõem de psicólogos.

Como já apresentado nos Quadros 08 e 09, há um completo vazio assistencial em relação aos Centros de Atenção Psicossocial para o público infanto-juvenil (CAPSi), não só em Divinópolis, mas também em toda Região de Saúde Divinópolis/Santo Antônio do Monte. Em função dessa situação, todas as cinco cidades dependem do Centro Psíquico de Adolescência e Infância (CEPAI)¹¹⁶, para atendimentos de consultas ambulatoriais em psiquiatria e em internações hospitalares psiquiátricas. Para o deslocamento do usuário de sua cidade de origem até Belo Horizonte, onde se localiza o CEPAL, as Secretarias Municipais de Saúde das cinco cidades pesquisadas disponibilizam transporte, via setor de Tratamento Fora do Domicílio:

Uma outra demanda muito grande que nós estamos tendo aqui são as crianças em idade escolar. Esses casos de crianças e adolescentes, nós encaminhamos para o CEPAL, em Belo Horizonte. Quem faz o agendamento de consultas no CEPAL é a escola, são as professoras de lá. Elas é quem sabe sobre referência e contra referência no CEPAL. A Secretaria de Saúde só entra com o carro, que a escola pede para fazer o transporte da criança. Referenciar esse público para o CEPAL, hoje, em Belo Horizonte, fica muito difícil por causa do transporte. O CEPAL é muito longe e a viagem até lá é muito desgastante. E, chega lá, ainda corre o risco de não ser atendido. [...] Tem toda uma burocracia até a criança ser atendida. Além disso, às vezes essa criança precisa de retornar em intervalos mais próximos. Mas, no CEPAL, o intervalo é de até seis meses. Por causa disso, a prefeitura aqui do município fez um convênio com um psiquiatra particular lá da cidade de Pitangui e este profissional dá um desconto no valor da consulta que, sai por R\$180,00. Hoje, muitas de nossas crianças estão sendo referenciadas para ele. Assim, a gente consegue um acompanhamento mais próximo. Essa foi a solução que a gente achou melhor. O complicado é que a gente nunca sabe qual é o tamanho dessa demanda. Essa demanda de consultas para crianças tem aumentado muito. E tem ainda as de ordem judicial que o juiz determina, principalmente os casos de adolescentes em uso de drogas. Eu tenho dois casos, de ordem judicial, que todos os meses eu tenho que pagar consulta psiquiátrica pra eles (G2).

O depoimento do G2, transcrito acima, sintetiza, em linhas gerais, a extensão da problemática vivenciada por todo o contexto loco-regional, pesquisado no que se refere ao tipo de cuidado disponibilizado para as crianças e para os adolescentes com transtornos mentais. Nestes termos, observa-se que o município tem optado por uma política de saúde mental voltada

¹¹⁶ O CEPAL é uma unidade de referência em atenção à saúde mental de crianças e adolescentes localizada na cidade de Belo Horizonte e vinculada à Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG). O CEPAL oferece serviços ambulatoriais de psiquiatria e de internação hospitalar psiquiátrica.

para o grupo populacional em questão, cuja principal característica é a “não ação intencional” (PEREIRA, 2009) do gestor municipal frente às suas responsabilidades para com as crianças e os adolescentes daquela localidade. Ocorre que este vazio assistencial de ações e serviços no campo da saúde mental é confrontado com uma “demanda muito grande de crianças em idade escolar” (G2) existente no município. Desse modo, conforme se vê no depoimento, tal demanda termina por ser transferida para a política de educação e esta, por sua vez, tem que acionar serviços de saúde mental localizados fora da Rede de Saúde Ampliada na qual o município está circunscrito. Registre-se que, do modo como está descrita, a execução da política de saúde mental fere os princípios e diretrizes postos pelo Plano Diretor de Regionalização de Saúde de Minas Gerais, além de colocar em xeque a organização da assistência à saúde fundada no princípio da integralidade, como preceituada pelo Decreto 7508/2011.

Outro aspecto que chama a atenção no depoimento acima é o esforço que o gestor faz para complementar o atendimento oferecido pelo CEPAL. Neste caso, a compra de consultas psiquiátricas avulsas para crianças, cuja demanda “tem aumentado muito e nunca se sabe qual é o verdadeiro tamanho dela” (G2), gera dois problemas para a implementação da política de saúde mental. Um deles é o fato de o município tentar, isoladamente, resolver um problema assistencial que é coletivo e que atinge não só os cinco municípios pesquisados, mas também toda Região de Saúde Divinópolis/Santo Antônio do Monte. O outro problema é o impacto negativo que essa situação pode causar no planejamento da saúde pública municipal, correndo-se o risco de desfaltar recursos financeiros que eventualmente estavam programados para executar ações e serviços de saúde com outras finalidades. Esses dois problemas, por sua vez, corroboram com o quadro de fragilização da implementação loco-regional da política de saúde mental, somando-se aos demais motivos já mencionados.

Já em relação às **pessoas com necessidades decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas**, conforme já apresentado na subseção 4.3.2 desta Tese, elas constituíram um grupo populacional bastante negligenciado pela política pública de saúde brasileira. Como também já demonstrado neste trabalho, foi a partir de 2002, com a implementação do Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e Outras Drogas, que as pessoas com problemas dessa natureza passaram a ser alvo de uma política pública específica, cujo desenvolvimento se deu no âmbito da saúde mental. Desde então, buscando fazer frente aos (cada vez mais graves e) diversificados problemas decorrentes do uso prejudicial de substâncias psicoativas, a política nacional de saúde mental tem aprimorado suas propostas assistenciais, cujas pretensões extrapolam a mera prevenção e assistência. Nesse contexto, a

política de saúde mental, de forma integrada com outras políticas públicas, tem proposto ações e serviços de redução de danos sociais e à saúde, bem como estratégias ligadas ao combate ao tráfico de drogas, à violência, às infrações no trânsito e à criminalidade.

Entretanto, a presente pesquisa permitiu constatar que, embora este seja o grupo populacional mais contemplado pelas recentes normativas da legislação que regulamenta a política nacional de saúde, é também o grupo que mais sofreu com o impacto do vazio assistencial presente no contexto loco-regional pesquisado. Nestes termos, as pessoas com necessidades provenientes do uso prejudicial de álcool e outras drogas oriundas dos cinco municípios abrangidos por esta pesquisa eram atendidos, até maio de 2015, exclusivamente no SERSAM de Divinópolis. Neste serviço, eram disponibilizadas consultas ambulatoriais psiquiátricas e admissões para tratamento intensivo no Centro de Atenção Psicossocial III (CAPSIII). Sobre esta situação, assim se manifestou um entrevistado:

Até maio de 2015, no caso das pessoas com problema decorrente do uso de álcool e outras drogas, só não existia um vazio assistencial total porque a gente acolhia essas pessoas no SERSAM pra consultar com o psiquiatra e, quando era o caso, admiti-las no CAPS III para tratamento intensivo. O problema é que a gente misturava os usuários de drogas com os psicóticos. Isso não dava certo. Sempre tivemos problemas por causa disso. [...] Tinha esquizofrênico usando drogas porque aprendeu a usar por causa do contato com usuário de drogas dentro do serviço, de um serviço que não era pra atender dependente químico. Isso, pra mim, é gravíssimo! É muito grave! Porque uma coisa é a pessoa ir lá fora e usar drogas porque resolveu usar. Outra coisa é ela ter contato com pessoas que usam drogas dentro de um serviço de saúde mental e, depois, marcar encontro com essa pessoa lá fora. Passar a conviver com essas pessoas e aprende a usar drogas. Isso não foi um caso, nem dois. Foram vários casos (G5).

Observa-se, no relato acima que, em função de não se ter uma proposta mais adequada para atender as pessoas com problemas decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas, elas eram atendidas, quando em crise, no CAPS III, cujo público-alvo principal eram os psicóticos e neuróticos graves. Essa situação, pelo que se percebe, causava um duplo prejuízo à implementação da política de saúde mental. Por um lado, não se oferecia um atendimento específico e mais direcionado às demandas apresentadas pelo público AD acolhidos no CAPS III. Por outro lado, aproximava os neuróticos e psicóticos – já fragilizados, em função da situação de crise – da possibilidade de ter contato com substâncias psicoativas.

Essa situação local se somou ao aumento exponencial do uso prejudicial de drogas ilícitas, sobretudo, do *crack*. Cabe destacar, que, nos anos 2000, o aumento do consumo de substâncias psicoativas foi um fenômeno de proporções nacionais, ocorrendo,

indiscriminadamente, nos municípios brasileiros, fossem eles grandes, médios ou pequenos. Conforme confirmam os depoentes, isso rebateu diretamente na já precária assistência disponibilizada às pessoas em uso prejudicial de álcool e outras drogas nos municípios pesquisados. Assim, “era muito comum que, dos pacientes que estavam em tratamento no CAPS III de Divinópolis, cerca de 60 a 70% eram pessoas com problemas relacionadas a álcool e outras drogas” (G5).

Também de acordo com os sujeitos entrevistados, essa realidade local fez com que, sobretudo na cidade de Divinópolis, a população passasse a cobrar do poder público a tomada de providências. No âmbito da saúde pública, essa cobrança foi manifestada tanto nas Conferências Municipais de Saúde ocorridas em 2007 e 2011, quanto na Conferência Municipal de Saúde Mental, realizada em 2010. Em todas essas três Conferências foi reivindicada a construção de um Centro de Atenção Psicossocial específico para pessoas em uso prejudicial de álcool e outras drogas (CAPSad). A vocalização dessa demanda nas Conferências de Saúde contribuiu para que o então gestor municipal de saúde de Divinópolis tomasse a decisão de, em 2012, pactuar, na Comissão Intergestores Regional (CIR) Divinópolis/Santo Antônio do Monte, um CAPSad.

Mesmo reivindicado nas Conferências e já pactuado na CIR, o CAPSad não conseguiu, de imediato, um espaço na agenda da política pública de saúde para que fosse efetivado:

O problema é que aí entra naquilo que eu falei da questão micropolítica, né? Existe uma coisa ruim que interfere que é a questão da prioridade. O gestor da saúde trabalha com um limite de recurso e, por isso, ele precisa priorizar as demandas. E por causa de uma situação cultural, a saúde mental acaba ficando numa lista de prioridades um pouco atrás em relação as outras. Já tem alguns anos, Divinópolis vem convivendo com uma cobrança pública e até de órgãos oficiais como o Ministério Público para fazer investimentos na rede hospitalar, em leitos de CTI. Divinópolis assume hoje uma responsabilidade muito grande [em serviços de alta complexidade em saúde] por ser referência da Macro [Região Ampliada de Saúde] (T6).

Segundo a fala do T6, a política de saúde mental não gozava de prestígio junto à administração pública municipal. Essa não prioridade se expressou com clareza, ainda segundo o depoimento, no processo de implementação do CAPSad. Destaque-se, que conforme apresentado na subseção 4.3.2, esse público sofreu os efeitos da histórica negligência da saúde pública para com os usuários de álcool e outras drogas, sendo relegado às instituições de justiça, de segurança pública e de associações religiosas.

De acordo com os dados coletados, em Divinópolis, ao não obter uma resposta satisfatória que tivesse origem no âmbito da saúde pública, a temática do álcool e outras drogas

mobilizou outros setores da sociedade, sobretudo aqueles ligados à segurança pública. Paralelamente a estes acontecimentos, o Conselho Municipal Antidrogas (COMAD), à época, sob influência de pessoas que defendiam uma política antidrogas orientada por ideais tradicionalistas como a abstinência total e o proibicionismo, também foi bastante mobilizado pelo tema.

Nesse contexto, estes grupos sociais externos ao campo da saúde mental se coligaram e juntos constituíram uma força política capaz de colocar no centro da arena decisória da política pública de saúde municipal o debate acerca dos encaminhamentos necessários à implantação do CAPSad. Esse processo foi assim relatado pelos entrevistados:

O CAPSad, por exemplo, foi proposto em duas Conferências de Saúde e uma de Saúde Mental. Ou seja, ele levou um certo tempo para ser criado, mesmo depois de ter sido proposto nas Conferências. E ele saiu porque houve uma pressão política da ACASP [Associação Comunitária para Assuntos de Segurança Pública]. Essa associação é composta por lideranças da comunidade, da polícia, da maçonaria. E o peso das pessoas que estão nessas associações faz muita diferença (T7).

Eu participava do Conselho Municipal Antidrogas quando o CAPSad estava se compondo. Naquele momento em que ele foi implantado houve uma pressão muito grande de algumas pessoas que compunham o Conselho para a criação do CAPSad. Mas, olha que coisa mais incoerente [...]: um CAPSad sendo pressionado para ser implantado por pessoas que defendiam a abstinência total! Defendiam a clínica da abstinência total como modelo para tratar o sujeito usuário de álcool e outras drogas e defendiam as Comunidades Terapêuticas que não têm nenhum viés de parceria, de congruência com o que um CAPSad propõe (T5).

O parto do CAPSad aconteceu a partir de um movimento civil/militar [...]. Veio um comandante da polícia e propôs uma operação baseada numa política higienista. [...] Ele conseguiu mobilizar os vários setores do município: a polícia, os bombeiros, a polícia civil, a assistência social, a saúde e a prefeitura. Propôs essa ação higienista¹¹⁷. No final dessa ação, ele demandava a existência de um serviço como o CAPSad para ter para onde levar os usuários de drogas (T6).

¹¹⁷ A ação higienista a que se refere o entrevistado T6 foi a *Operação Fênix*, realizada em junho de 2015, na Praça Candidés, em um local popularmente denominado ‘Carrapateiro’, bastante conhecido na cidade de Divinópolis, em função do alto número de usuários de drogas que ali se concentrava. Esta operação já vinha sendo planejada há alguns meses, sob a coordenação da Polícia Militar, e sua realização se deu em conjunto com a Polícia Civil, com o Corpo de Bombeiros, com o Ministério Público e com a Prefeitura de Divinópolis (Secretarias Municipais de Saúde, de Desenvolvimento Social e Secretaria Adjunta Antidrogas). Uma reportagem realizada à época por um jornal local fez o seguinte balanço: “Durante a operação, 62 usuários de drogas foram detidos, sendo que 21 eram de outras cidades, e, desses, quatro foram encaminhados às suas cidades de origem. Sete pessoas foram para o Centro de Acolhimento da Prefeitura, 19 foram encaminhados para o recém-criado Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad). Três foram direcionadas para as Comunidades Terapêuticas e uma foi para Centro de Atenção Psicossocial (CAPS III). Quem não aceitou o tratamento voltou para as ruas” (MARTINS, 2015).

Nós, da saúde mental, e o prefeito tivemos uma reunião com o comandante da polícia. Durante a reunião, o prefeito vira pra mim e fala *“quanto tempo a gente precisa pra abrir o CAPSad?”* Como nós já tínhamos quase todos os móveis comprados e era só comprar o que faltava, aí eu falei *“Olha, prefeito, precisamos de 60 dias”*. Aí o comandante virou pra ele e falou *“Prefeito, 60 dias é muito tempo pro que eu quero! O prazo tem que ser, no máximo, de 30 dias”*. Depois da reunião, eu falei assim *“Olha, Prefeito, é só o senhor falar pra abrir, que nós daremos os encaminhamentos”*. E aí ele falou: *“Então pode providenciar os encaminhamentos!”*. Aí, nós acabamos de comprar as coisas e fizemos o processo seletivo da equipe (G5).

Conforme se nota nos depoimentos acima, o processo de implementação do CAPSad em Divinópolis se deu impulsionado por forças alheias à área da saúde mental e com ideologias desalinhadas com a proposta do cuidado integral preconizada pela política nacional de saúde mental. Neste contexto, observa-se que a implementação da política municipal de saúde mental se deu movida por atores sociais cujos interesses se distanciavam dos preceitos da Reforma Psiquiátrica. Corrobora com esse quadro de desalinhamento entre a implementação do serviço e a proposta de tratamento da legislação a perspectiva higienista apontada com veemência pelos depoentes.

Ressalte-se que o episódio descrito nos depoimentos evidencia um uso intencional de parte inerente do processo de construção de uma política pública, qual seja o atendimento a uma demanda vocalizada pela população. Demanda essa que, pelo que foi relatado, passou, inclusive, pelos embates de alguns grupos que lhe eram favoráveis e outros que lhe eram contrários.

Questões polêmicas à parte, a inauguração do CAPSad, em maio de 2015, foi emblemática para a trajetória histórica da política de saúde mental, tanto de Divinópolis quanto das outras cidades a ela referenciadas. Isso porque, por um lado, o CAPSad atendeu a um anseio antigo da população divinopolitana, que já demandava por este serviço há muitos anos. Por outro lado, o serviço foi inaugurado como um serviço exclusivamente voltado para Divinópolis, logo o atendimento não abarcaria nenhuma outra cidade. Essa definição de um serviço de saúde mental localizado em Divinópolis não atender a outras cidades da região marcou, portanto, uma ruptura no que vinha sendo praticado desde a década de 1990 pela política pública de saúde mental neste contexto loco-regional.

Como apresentado nos parágrafos anteriores, a entrada do debate acerca do CAPSad para a agenda de prioridades do poder público municipal se deu motivada, sobretudo, por questões vinculadas à segurança pública, ficando os aspectos relacionados à saúde mental em um segundo plano. Entretanto, fazer a articulação com o Ministério da Saúde, bem como

providenciar a documentação necessária à implantação propriamente dita, ficou, obviamente, a cargo da Secretaria Municipal de Saúde. Assim, o protagonismo do setor de saúde nesta etapa do processo de implementação do serviço possibilitou aos técnicos da área e ao gestor municipal da política de saúde imprimir algumas características no serviço, visando maior qualidade na assistência que seria prestada por aquele dispositivo de saúde mental. Foi nesse contexto, que coube aos gestores da política de saúde de Divinópolis tomar a decisão de implantar o CAPSad na condição de oferecer atendimento exclusivamente à população de seu município sede. Sobre essa situação, assim se manifestou um entrevistado:

A decisão de criar um CAPSad que atendesse só usuários de Divinópolis foi nossa. Na época, nós discutimos muito sobre isso. Primeiro, que Divinópolis já tinha uns 230.000 habitantes e a Portaria do Ministério fala do CAPSad III para municípios acima de 150.000 habitantes. Quer dizer, nossa população era muito maior que o exigido pela Portaria. Então, se a gente abrisse o atendimento para as cidades do Consórcio, a quantidade da população ficaria mais extrapolada ainda. Desse jeito, a gente não iria conseguir atender essa demanda. Além disso, a real demanda por atendimento em saúde mental para alcoolistas e drogadictos a gente nem conhecia direito, porque esse público sempre foi atendido misturado com os outros pacientes do CAPSIII (G5).

A despeito da intencionalidade assistencial da decisão pela abertura de um serviço voltado exclusivamente para Divinópolis – uma vez que, se o atendimento abarcasse as outras quatro cidades estudadas, haveria o risco de “não conseguir atender essa demanda” (G5) –, essa situação gerou um impacto bastante negativo para as demais cidades. Isso porque Conceição do Pará, São Gonçalo do Pará, São Sebastião do Oeste e Perdígão tiveram o seu vazio assistencial ainda mais ampliado, considerando que passaram a não contar com a possibilidade de seu público AD ser atendido junto aos neuróticos e psicóticos como era antes.

Como confirmarão os depoimentos a seguir, os efeitos dessa situação para a implementação da política de saúde mental direcionada às pessoas com problemas decorrentes de uso prejudicial de álcool e outras drogas fizeram com que os municípios se vissem diante da situação de corroborarem com a manutenção das Comunidades Terapêuticas (CT). Comunidades estas cujas práticas são reprovadas pela Reforma Psiquiátrica brasileira.

O CAPSasd de Divinópolis é municipal não atende os outros municípios. Então, com esse público que tem problemas com álcool e outras drogas, nós temos parcerias com algumas ‘clínicas’ [refere-se às Comunidades Terapêuticas]. É a própria família que negocia com a ‘clínica’ e ela mesma custeia o tratamento. Quando acontece de a família não ter condições de custear, aí a Secretaria faz umas trocas com a ‘clínica’. Ou seja, um exame, uma consulta que ela precisar, não somente para o meu paciente, como para qualquer outro paciente da ‘clínica’. [...] Ou seja, é uma parceria de

camaradagem mesmo. Não tem nada formal. Não tem nada por escrito. Não tem nada assinado. Não tem nenhum repasse de prefeitura (G1).

Aqui no município, a gente tem três Comunidades Terapêuticas. Eu até acho muito para um município tão pequeno como o nosso. A gente tenta referenciar para uma Comunidade Terapêutica dessas. A gente conversa com o Clínico da ESF, para ver a possibilidade de prescrever uma medicação para resolver a abstinência. Mas, se o médico falar que não tem condições de resolver, a gente compra uma consulta com o psiquiatra. Nós não temos um protocolo, um fluxo específico. A gente encaminha para as Comunidades de acordo com a demanda que aparece (G2).

No caso de álcool e outras drogas, nós não temos referência no SERSAM desde o ano passado, porque o CAPSad de Divinópolis só atende o município de Divinópolis. Nesses casos a gente tenta trazer os pacientes para o ambulatório e tratar com o nosso psiquiatra mesmo. O psiquiatra avalia, passa a medicação. Mas a família tem que ajudar, porque sem o apoio da família a gente não consegue fazer o tratamento (G4).

O grande problema são os pacientes com problemas com álcool e outras drogas. Temos muitos casos e nem todos os pacientes aceitam tratamento. Nós não temos aquela equipe estruturada para estar fazendo esses atendimentos. Para os casos que nos procuram, a gente tenta encaminhar para umas Comunidades Terapêuticas com as quais nós fizemos parceria. Só que a gente sabe que isso não é o correto, porque esses pacientes precisam é de um acompanhamento que seja inserido dentro do município. De qualquer maneira são essas comunidades que têm nos ajudado. [...] Essas comunidades terapêuticas que a gente tem parceria são mantidas recebendo doações. Geralmente a família que tem condições financeiras doa uma cesta básica para que o paciente seja mantido em tratamento. Essa doação não é obrigatória, se a família não tem condições financeiras ela não precisa ajudar (T1).

Das quatro cidades menores consideradas neste trabalho, apenas uma delas não mencionou a Comunidade Terapêutica (CT) como estratégia para o enfrentamento das questões postas pelas pessoas com dificuldades decorrentes de uso prejudicial de álcool e outras drogas. As outras três cidades fizeram referência à CT como uma alternativa de que dispunham para atender àquelas pessoas. Os depoimentos apontam para a informalidade que rege a relação entre o setor de saúde e as CT, bem como para o fato de ser o grupo familiar o responsável por negociar com a instituição a vaga e os custos do tratamento proposto. Nota-se assim, que a política municipal de saúde mental adotada pelos municípios é marcada por uma relativa ausência do poder público municipal, não só em relação ao cuidado que deveria ser disponibilizado àquelas pessoas, mas também ao custeio desse cuidado. Simultaneamente a isso, é atribuída ao grupo familiar a responsabilidade de providenciar o contato com a CT e, por vezes, custeá-lo de acordo com suas possibilidades.

Como demonstrado na subseção 4.3.2.2.4, a Portaria Ministerial 131/2012 reconhece as CT como um tipo de Serviço de Atenção em Regime Residencial (SARR), previsto pela RAPS. Entretanto, tal reconhecimento se dá sob a condição de existência de um CAPS no território onde se localiza a CT, de modo que ele seja o responsável pela gestão do cuidado oferecido à pessoa com necessidades decorrentes de uso prejudicial de álcool e outras drogas durante todo o tempo que ela permanecer na CT. Ou seja, ao CAPS cabe a participação ativa e a corresponsabilidade pela entrada, permanência e saída do usuário da CT. Mesmo com todas essas estratégias de tentar controlar a qualidade de serviços prestados pelas CT, a Portaria 131/12 foi alvo de críticas contundentes pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica, que acusou este documento de promover um retrocesso na política nacional de saúde mental.

Assim, tendo em vista essa recepção da Portaria 131/12 pelo MRP, nota-se que a situação das quatro cidades é arbitrária, uma vez que elas estão implementando uma política de saúde mental direcionada para as pessoas em uso prejudicial de álcool e outras drogas em total desacordo tanto com o preconizado pela política nacional de saúde mental, quanto pela Reforma Psiquiátrica brasileira.

Retomando a trajetória do CAPSad de Divinópolis, cabe destacar, finalmente, um último elemento, sobre o qual os depoentes fizeram declarações. Como esse serviço foi inaugurado em maio de 2015 e a publicação da sua Portaria de habilitação, por parte do Ministério da Saúde, só ocorreu em 27 de dezembro de 2016, o município foi quem o manteve financeiramente por esse período. Durante todo esse tempo, ficou a cargo do município assumir sozinho todas as despesas:

Nosso CAPSad começou a funcionar no dia 25 de maio de 2015. Veja bem: nós já estamos no final do ano [de 2016] e até hoje não foi publicada a habilitação¹¹⁸. Toda reunião que eu faço com o prefeito, ele me cobra isso. Ele reclama que o Ministério da Saúde está com débito de um milhão e duzentos e tantos mil com Divinópolis. Ele me pressiona e me pergunta porque até hoje não publicou nossa habilitação. [...] Então, isso atrapalha desenvolver a saúde mental no município. Outro dia, quando eu fui conversar com o Secretário de Saúde sobre o CAPSi, eu falei *“Agora a gente tem que começar a discutir sobre a criação do CAPSi”*. Ele falou assim: *“Eu não quero nem falar sobre CAPSi! Até hoje não publicou essa habilitação do CAPSad, e o município não recebeu nem um real da União. Divinópolis não consegue bancar mais um serviço sozinha”* (G5).

¹¹⁸ A entrevista na qual eu coletei esse depoimento ocorreu em 10 de dezembro de 2016. Nesta data, o CAPSad ainda não tinha tido sua habilitação publicada. Este documento só foi publicado em 27 de dezembro de 2016, por meio da Portaria n.º 2.428, emitida pelo Ministério da Saúde.

Como já apontado na subseção 5.5.5, a implementação da política nacional de saúde mental depende diretamente dos incentivos financeiros oriundos, sobretudo, do Ministério da Saúde. A falta de verbas, ou mesmo o atraso prolongado no repasse delas, gera inúmeros problemas que dificultam ao município implementar qualquer política pública. No caso do depoimento acima, o gestor municipal de saúde mental demonstra que o não cumprimento do compromisso por parte do Ministério da Saúde gera um problema entre ele e os seus pares. Assim, além de ser pressionado por causa de um problema gerado por um outro ente federativo, sobre o qual o ninguém do município tem o controle, ele fica com sua capacidade de argumentação fragilizada ao tentar discutir sobre a implementação de um novo serviço de saúde mental, facilitando, assim, a negativa dos gestores principais, no caso, o Secretário de Saúde e o prefeito. Nestes termos, o impacto negativo na implementação da política de saúde mental incide não só sobre o serviço existente, mas também sobre outros que ainda estão por serem criados no município.

5.5.6.4 – Outros fatores que interferem no processo de implementação da política nacional de saúde mental no nível local

Partido do pressuposto que adotei para essa Tese, de que a política pública de saúde mental veio sendo forjada a partir de relações dialéticas e contraditórias entre Estado e Sociedade Civil (PEREIRA, 2011) e que sua implementação sofre influências do contexto e dos atores envolvidos no processo, julguei importante verificar como tem se dado as relações entre políticos locais e a política pública de saúde. Nestes termos, interpelei os trabalhadores e gestores sobre se as questões relacionadas à política partidária interferiam na dinâmica da implementação da política pública de saúde mental nos municípios pesquisados. As respostas a esta interpelação apontaram para a existência de interferências em alguns aspectos, como se percebe nos depoimentos abaixo:

[...] A dificuldade que nós temos é que o prefeito é médico e ele não segue a mesma linha de tratamento adotada pelo município. Nós, da Secretaria de Saúde temos um pensamento e um objetivo, no caso dos pacientes da saúde mental, principalmente aqueles que usam muitos antidepressivos e ansiolíticos. Mas ele não acompanha o nosso objetivo. Por exemplo o médico da Unidade Básica fala pra um paciente X: *vamos começar a tirar sua medicação, porque você já está melhor, já está participando dos grupos, então nós vamos reduzir. Você estava tomando 20 miligramas, mas agora você vai tomar só 10 miligramas.* O paciente não conforma com aquilo e o que ele faz? Ele pega a caixinha da medicação antiga, vem até o prefeito e pede

pra ele manter a receita. O prefeito, pra não contrariar, faz outra receita com o remédio antigo (G1).

Infelizmente os usuários procuram muito por políticos no município para resolver seus problemas de saúde. Essas coisas atrapalham o desenvolvimento da política de saúde no município porque o pessoal acha que é só eles pedirem o vereador para vir até aqui, que eles conseguem as coisas mais fáceis e mais rápidas. Às vezes a consulta ou o exame já estão marcados, mas ainda nem deu tempo do Agente Comunitário de Saúde buscar o papel da marcação e, enquanto isso, aparece o vereador aqui para pedir para marcar... A gente explica que já está pronto, o vereador dá esse retorno para o usuário e o usuário acha que conseguiu só porque o vereador interveio (G2).

Eu costumo brincar que vereador aqui no município é despachante! Eles vêm com as listas dos nomes dos pacientes e eles mesmos marcam as consultas com os especialistas, os exames. Muitas das vezes a função dos vereadores aqui é ser despachante. O usuário fica em casa, enquanto o vereador dele marca as consultas e busca pra consultar. É fazer política com os serviços da saúde pública (T4).

[...] O município aqui é muito pequeno. Eu sou daqui e as pessoas me conhecem. Eu tenho uma proximidade com o prefeito e, por isso, ele me liga e me pede: *tem como você atender uma paciente pra mim?* Eu também trabalho em outro município que é bem maior do que este e lá não tem nada disso. O paciente passa por um tanto de gente, passa pela minha coordenadora antes de chegar em mim. Mas aqui a proximidade é muito grande (T2).

Como apresentado na subseção 2.3 desta Tese, uma das vantagens da descentralização da política pública de saúde, segundo os autores ali evocados, foi o fato de se transformar o município – unidade federativa onde vive cotidianamente os cidadãos – no principal executor direto dessa política. Entretanto, o que se observa em alguns dos discursos acima é que tem ocorrido uma distorção daquela vantagem que, em vez de aproximar o executor da saúde pública dos usuários dessa política numa perspectiva de direito e de cidadania, tem mediado essa aproximação por uma postura clientelista. Clientelismo este, praticado, conforme os depoimentos acima, tanto pelo chefe do Poder Executivo municipal, quanto por membros do Legislativo.

Nestes termos, episódios como o do prefeito que fornece prescrição médica paralela e o do vereador despachante contribuem para reforçar uma situação de subordinação e de dependência do usuários dos serviços de saúde em relação aos representantes político-partidários locais. Tem-se, assim, a preservação de práticas clientelistas que esvaziam o processo da participação democrática da noção de direito e imprimem nela uma noção de favor. Além disso, reforça-se a possibilidade de criação de um canal de comunicação paralelo aos dispositivos legais para que os usuários apresentem suas demandas relativas às questões de saúde diretamente aos políticos municipais, fragilizando ainda mais os Conselhos Municipais

de Saúde, que, como demonstrado na subseção 5.5.3.1, têm sido vistos, nos municípios pesquisados, como entidades ‘meramente ilustrativas’ e ‘somente para corresponder ao exigido pela lei’.

ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

Comecei este trabalho procurando evidenciar que a construção do meu interesse em investigar temas relacionados ao cuidado oferecido à pessoa com transtorno mental foi algo que foi sendo construído em trajetória como estudante, como assistente social e como professor no ensino superior. Logo, desses três pontos vieram questões e problematizações para a conformação deste pesquisador que agora escreve essas considerações acerca da investigação que me propus fazer e da qual resultou este texto.

Começo, assim, por justificar a razão pela qual não considero adequado intitular esta último tópico deste trabalho pelos títulos convencionados pela *tradição científica*: considerações finais, conclusões.... Para isso, recorro, como fiz no início desta Tese, a Weber (2003, 2005), para quem um investigador de temas das *ciências da cultura*, como eu, deve, antes de mais nada, reconhecer a condição contingente dos seus estudos e investigações, sem, claro, negar a pertinência destes. Nestes termos, pergunto-me: seria possível algum estudioso de um tema como o que abordei neste trabalho falar em *considerações finais*? Não estaria, se o fizesse, corroborando com a ideia de finitude dos objetos científicos tão cara hoje às ciências da natureza e ciências exatas que foram beber à fonte das promessas feitas pelo racionalismo herdado da lógica helenística e do Renascimento (como reconhece Weber, 2005) e posteriormente alimentado pelas promessas iluministas?

Sem me preocupar, neste momento (talvez pelo esgotamento inevitável de quem empreende um trabalho com a configuração deste que ora concluo) em responder assertivamente às questões mencionadas no parágrafo anterior, resgato, agora, que, quando comecei este trabalho, cuja escrita agora se finda, parti de um reconhecimento. Reconheci, de início, como registrado nas primeiras linhas do texto introdutório, que o meu interesse por temas relacionados ao cuidado à pessoa com transtorno mental foi sendo forjado em mim por razões que vieram do cumprimento de etapas de minha educação formal, do meu exercício profissional como assistente social e como docente de um curso de Serviço Social e, ainda, das próprias investigações que fui realizando no decorrer desses anos todos de existência.

Nessa *paixão* (ao molde weberiano) por esse tema, optei por recortar, em diferentes momentos, fragmentos diversos da realidade, inquirendo-os com distintas questões, as quais foram fruto dos pontos de vista gerados pelos enquadramentos teóricos de que me apropriei em momentos vários de minha existência. Para este estudo, como explicado no início desta Tese, a opção foi olhar para a implementação da política de saúde mental em vigor no Brasil,

especificamente em cinco municípios do Estado de Minas Gerais, inquirindo esse fragmento de realidade com a seguinte pergunta: *como a política nacional de saúde mental, em vigor no Brasil deste início de século XXI, vem sendo implementada em nível local, no caso específico de cinco municípios integrantes do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Itapeçerica?*

Também como reconhecido em mais de um momento do texto que agora encerro, recorri, para a configuração da perspectiva com que olhei para o objeto de estudo por mim abordado, a algumas categorias e subcategorias de análise definidas a partir dos pressupostos teórico-metodológicos propostos pelos autores: Frey (2000), Flexor e Leite (2006), Walt e Gilson (1994), Araújo e Maciel (2001) e Baptista e Mattos (2011). Essas categorias e subcategorias de análise foram balizadoras, tanto para o desenvolvimento das pesquisas documental, quanto para me orientar acerca da condução dos rumos da pesquisa de campo, bem como para estruturar os capítulos de análise dos discursos proferidos pelos documentos consultados, bem como pelos sujeitos de pesquisa que colaboraram para realização deste estudo.

Mesmo que oriundos de diferentes fontes, *discursos* foram, sem sombra de dúvida, o objeto da análise realizada nesta Tese. Para tanto, busquei apreender não o que eles ocultavam sob a sua face visível, mas sim o que fabricavam, produziam (FOUCAULT, 1995, 1996), davam a ver acerca da configuração da política de saúde mental e sobre sua implementação em nível loco-regional. Foi uma opção entre muitas outras disponíveis. Não considerei que esta fosse “a” opção certa em detrimento de outras que seriam “erradas”. Foi uma opção que pareceu produtiva para *ler* o fragmento de realidade por mim recortado.

Para a execução dos movimentos de *leitura* que realizei na investigação que deu origem a esta Tese, mobilizou-me a hipótese de que, por um lado, os ganhos político-sociais das pessoas com transtorno mental ocorridos desde a publicação da Lei da Reforma Psiquiátrica, em 2001, viriam repercutindo em um alinhamento da política social brasileira de saúde mental com a perspectiva do cuidado integral; por outro lado, essa repercussão materializada no discurso legislativo implicaria, quando da implementação desta política social pelos municípios, em características loco-regionais bastante específicas, gerando configurações muito particulares na execução da política de saúde mental brasileira. Encerrados os movimentos de *leitura* demandados por este trabalho, percebo, enfim, a confirmação disso que, antes, era da esfera da suspeita, da especulação... como deve ser com as hipóteses.

De fato, a análise da documentação que configura a política de saúde em vigor no Brasil, focalizando especificamente o que nela se refere à saúde mental, permite constatar que, com a

publicação da Lei 10.216, no ano de 2001, uma nova narrativa acerca do sujeito louco passou a ser oficialmente assumida pelo discurso legislador da saúde mental brasileira. Nestes termos, o sujeito louco, antes restrito a sua doença – posição que confundia o *ser* com o *transtorno mental* por ele apresentado – passou, nesse novo direcionamento, a ser considerado nas suas múltiplas dimensões, entre as quais se podem citar a social, a econômica, a jurídica, a afetiva e a familiar.

Sob esse novo enquadramento, o modelo de atenção à pessoa com transtorno mental tornou-se ainda mais complexo e passou a exigir que outros serviços e outras ações assistenciais fossem pensadas. Foi neste contexto que a perspectiva do cuidado integral emergiu como um vasto campo de possibilidades para a proposição de uma rede de serviços, articulada com os novos entendimentos acerca do cuidado a ser oferecido à pessoa com transtorno mental.

Assim, a descentralização da gestão da política pública de saúde por meio da regionalização e da conformação das Redes de Saúde entraram para a agenda governamental instituindo, a partir de 2011, as chamadas Redes Prioritárias, cujo destaque, pelo que a investigação permitiu constatar, foi dado para a Rede de Atenção psicossocial para pessoas com transtorno mental (RAPS). Desse modo, buscando defender os direitos da pessoa com transtorno mental e romper com o modelo hospitalocêntrico de assistência, a RAPS assumiu, no âmbito da saúde mental, o paradigma de cuidado integral – com as ações e serviços propostos na legislação – o qual tem contribuído para colocar a doença ‘entre parênteses’ e focalizar o sujeito na sua existência global.

Logo, a investigação da qual resultada o presente texto permitiu constatar que a entrada da regionalização, das Redes de Saúde e do cuidado na agenda da política de saúde mental brasileira configura-se, a um só tempo, um avanço sem precedentes neste campo e um mundo de possibilidades para a inserção social da pessoa com transtorno mental.

A atual política pública de saúde mental brasileira, – orientada pela perspectiva do cuidado integral, descentralizada adotando a perspectiva da regionalização e organizada em conformidade com as Redes de Saúde – é resultante de um conjunto de embates e conflitos de interesses defendidos pelos inúmeros atores sociais e políticos presentes nesta área. Logo, como ocorre com qualquer política pública e social, sem se manter isolada e imune aos efeitos da conjuntura social, econômica, política e cultural, essa política veio sendo forjada em um complexo jogo de disputas de poderes marcado por momentos ora de aceitação, ora de resistências. Como consequência disso, quando *lidos* os contextos dos cinco municípios analisados na investigação que deu origem a este texto, foi possível confirmar a segunda parte

da hipótese que me mobilizou na realização deste estudo: quando da implementação desta política social pelos municípios, em características loco-regionais bastante específicas, gerando configurações muito particulares na execução da política de saúde mental brasileira.

Nesse sentido, é fruto da análise dos discursos reunidos neste estudo a constatação de que o sistema de saúde municipal das cidades que compõem o consórcio estudado, embora se oriente pelas diretrizes e princípios do SUS, tem uma estrutura organizacional de serviços de saúde de acordo com as características particulares que possuem e com a capacidade instalada de que dispõem. Nesse contexto, as particularidades estruturais, administrativas, políticas, sociais e econômicas de cada um dos cinco municípios, somadas à fragilidade política e institucional do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Itapecerica – no que diz respeito aos serviços e ações na área da saúde mental – fizeram com que a política de saúde mental no âmbito dessas cidades fosse implementada seguindo trajetórias locais bastante particulares.

Nesse âmbito, a investigação realizada permitiu constatar que o principal desdobramento dessa conjuntura foi a ocorrência de diversos vazios assistenciais na área da saúde mental, sobretudo em relação aos serviços e ações para o público infanto-juvenil e para as pessoas com problemas decorrentes de uso prejudicial de álcool e outras drogas, público este que, como tem sido amplamente reconhecido pela sociedade e pelas fontes governamentais, é o que tem mais necessitado das ações do Estado.

Em relação à organização da política de saúde mental no grupo de municípios investigados, constatou-se que ela não tem sido planejada a partir de critérios técnicos alinhados com aquilo que foi preceituado pela Regionalização, sobretudo, no que diz respeito à formação das Regiões e Redes de Saúde com acessibilidade e integralidade. Ao contrário disso, a investigação permitiu constatar que o que impera é a supremacia de interesses pessoais e político-partidários. Configura-se, assim, um elemento que tem impactado negativamente a implementação da política de saúde mental nas cidades pesquisadas, uma vez que, por um lado, há uma sobrecarga do município de Divinópolis que, por ser polo, assume o atendimento em saúde mental de uma população de outras quatro cidades, sem entretanto, receber recursos financeiros para tal. Por outro lado, coloca a saúde mental dos demais municípios em uma situação de vulnerabilidade, já que as ações e os serviços prestados nesta área ficam à mercê da ‘boa vontade’ de grupos de interesse político-partidários específicos, cuja tomada de decisão, como já mencionado, não se orienta por critérios técnicos e/ou comprometidos com os princípios da Regionalização da política de saúde, tampouco com os preceitos da Reforma Psiquiátrica.

Dentre os principais fatores condicionantes da implementação da política de saúde mental no contexto dos municípios pesquisados, destacam-se: falta de institucionalidade da política pública de saúde mental (alguns municípios, sequer têm Planos Municipais de Saúde, por exemplo); enorme fragilidade das instâncias de controle social como os Conselhos Municipais de Saúde e as Conferências Municipais de Saúde, que existem nos municípios como ‘figura ilustrativa’ meramente para cumprir as exigências da legislação; falta de experiência e de preparo técnico dos gestores municipais de saúde para gerirem uma política pública com a complexidade que possui a política de saúde; grande fragilidade administrativa apresentada pelos municípios, sobretudo os com pequena quantidade de habitantes, que não possuem equipe técnica para auxiliar o gestor municipal de saúde a desencadear o processo de implementação da política pública de saúde; excesso de funcionários contratados, em detrimento dos concursados, gerando uma enorme rotatividade entre os trabalhadores e fazendo com que se perpetue, por parte dos recém-contratados, um contínuo ‘aprendizado’ sobre a política pública de saúde mental; forte interferência de forças político-partidárias e de alguns segmentos conservadores locais, sobretudo no que diz respeito às ações voltadas para o público com problemas decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas; ausência de cooperação entre os entes federados, sobretudo entre os próprios municípios.

Tendo em vista essas constatações, considero que o trabalho resultante da investigação em causa permitiu não só atender plenamente aos objetivos aos quais se propôs, mas também a materialização de uma tese que poderá orientar pesquisadores, professores e interessados nos temas abordados. Isso não só porque permitiu a reunião de um material de estudo antes disperso em diversas fontes, mas, principalmente, porque proporcionou a realização de reflexões sobre questões centrais na implementação das políticas públicas – em particular a de saúde mental – em um país com as especificidades históricas, sociais, econômicas e políticas como as do Brasil. Tem-se, assim, um estudo com potencial para inspirar a realização de outras investigações, ampliando as possibilidades instauradas nesta pesquisa e, também, para a implementação de disciplinas em cursos de graduação e de pós-graduação que se voltem para a temática abordada, contribuindo para o pleno exercício profissional como assistente social e professor pelo autor.

Voltando a Weber (2005), tem-se, com a finalização da escrita desta tese, a produção de um estudo que, como característico dos estudos das *ciências da cultura*, espera, ansiosamente, por sua superação.

REFERÊNCIAS

ABRUCIO, Fernando Luiz; COSTA, Valeriano M. Ferreira. **Reforma do estado e o contexto federativo brasileiro**. São Paulo: Fundação Konrad-Adenauer-Stiftung, 1998. 186 p.

ABRUCIO, Fernando Luiz. **A coordenação federativa no Brasil: a experiência do período FHC e os desafios do governo Lula**. *Revista de Sociologia e Política*. Curitiba, n. 24, p. 41-67, jun, 2005.

ABRUCIO, Fernando; FRANZESE, Cibele. Federalismo e políticas públicas: o impacto das relações intergovernamentais no Brasil. In: ARAÚJO, M. F.; BEIRA, L. (Orgs.). **Tópicos de Economia Paulista para Gestores Públicos**. São Paulo: Fundap, 2007. v.1, p. 13-31.

ALBUQUERQUE, Mariana Vercesi de. **O enfoque regional na política de saúde brasileira (2001-2011): diretrizes nacionais e o processo de regionalização nos estados brasileiros**. São Paulo, 2013. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

ALBUQUERQUE, Mariana Vercesi; VIANA, Ana Luiza D'Ávila Viana. **Perspectivas de região e redes na política de saúde brasileira**. *Saúde Debate*. Rio de Janeiro, v. 39, n. especial, p. 28-38, dez 2015.

ALMEIDA, Paulo Roberto de. **A Crise Econômica Internacional e seu Impacto no Brasil**. *Instituto Millenium*. Rio de Janeiro, 13 setembro. 2009. Disponível em: <http://www.institutomillennium.org.br/artigos/a-crise-economica-internacional-e-seu-impacto-no-brasil/>. Acesso em: 05 de abril de 2017.

ALVES, Domingos Sávio. Integralidade nas políticas de saúde mental. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 8 ed. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: ABRASCO, 2006. 184 p. p. 171-180.

ALVES, Mônica Oliveira; MAGALHÃES, Sandra Célia Muniz. **A regionalização da saúde e a assistência aos usuários com câncer no norte de Minas: uma análise a partir do PDR/MG**. In: *XI – Encontro Nacional da ANPEGE - A diversidade da Geografia Brasileira: escalas e dimensões da análise e da ação*. Presidente Prudente, SP, 2015.

AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996. 136 p.

_____. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. 142 p.

_____. **Saúde Mental e Atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. 120 p.

ARAÚJO, José Luiz e MACIEL, Rômulo Filho. **Developing an operational framework for policy analysis**. *Revista brasileira de saúde materno infantil*. Recife. v. 1, n. 3, p. 203-221. SET./DEZ, 2001.

ARRETCHE, Marta Tereza da Silva. Tendências nos estudo sobre avaliação. In. RICO, Elizabeth Melo (org.). **Avaliação de Políticas Sociais: Uma Questão em Debate**. 2. ed. São Paulo, Cortez. Instituto de Estudos Especiais. 1999a. p. 29-39.

_____. **Políticas Sociais no Brasil: descentralização em Estado federativo**. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v. 14, n. 40, jun, 1999b.

_____. **Estado federativo e políticas sociais: determinantes da descentralização**. Rio de Janeiro: Revan; São Paulo: FAPESP, 2000. 304 p.

_____. Tendências e perspectiva na avaliação de políticas e programas sociais. In. BARREIRA, Maria Cecília Roxo Nobre e CARVALHO, Maria do Carmo Brant de (orgs.). **Uma contribuição para fazermos avaliações menos ingênuas**, 2001. p. 41-55.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. **O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde**. *Revista Saúde e Sociedade*, São Paulo. V. 13, n. 3, p.16-29, set-dez 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n3/03.pdf>. Acesso em: 18 março de 2016.

BAPTISTA, Tatiana W. Faria e MATTOS, Ruben Araújo. Sobre política (ou o que achamos pertinente refletir para analisar políticas). In. BAPTISTA, Tatiana. W. Faria, MATTOS, Ruben Araújo (Orgs) **Caminhos para análise das políticas de saúde**. Rio de Janeiro: 2011. p. 52-91.

BAPTISTA, Tatiana W. Faria e REZENDE Mônica de. A ideia de ciclo na análise de políticas públicas. In. BAPTISTA, Tatiana. W. Faria, MATTOS, Ruben Araújo (Orgs.) **Caminhos para análise das políticas de saúde**. Rio de Janeiro: 2011. p. 138-172.

BENEVIDES, Iracema. **Investigando as estratégias para a regionalização na perspectiva do governo estadual: o caso de Minas Gerais**. In: Organização Pan-Americana da Saúde. *Redes e regionalização em saúde no Brasil e na Itália: lições aprendidas e contribuições para o debate*. Brasília: NAVEGADORSUS, n. 4, p. 71-85, 2011.

BOBBIO, Norberto, et al. **Dicionário de política**. Tradução de João Ferreira. 12 ed. Brasília: Editora Universidade de Brasília. V. 1 e 2, 2004.

BONFIM, Isabela. **Em 2015, 8 dos 9 principais programas sociais do governo perderam recursos**. *Estadão*, São Paulo, 08, fevereiro. 2016. Política. Disponível em: <http://politica.estadao.com.br/noticias/geral,em-2015--8-dos-9-principais-programas-sociais-do-governo-perderam-recursos,10000015446>. Acesso em: 29 de abril de 2017.

BORGES, Camila Furlanetti; BAPTISTA, Tatiana Wargas de faria. **O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política 1990 a 2004**. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro. V. 24, n. 2, p. 456-468, fev. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n2/24.pdf> Acesso em: 23 de fevereiro de 2016.

BOSCHETTI, Ivanete. Seguridade social no Brasil: conquistas e limites à sua efetivação. In. CFESS/ABEPSS. **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social – CFESS, Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social – ABPESS. 2009. p. 324-338.

BRASIL, Ministério da saúde. **II Conferência Nacional de Saúde Mental**: relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria da Assistência à saúde, Departamento de Assistência e Promoção à saúde, Coordenação de Saúde Mental, 1994. 63 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997a. 34 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. **O Consórcio e a gestão municipal em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997b. 32 p.

BRASIL, Ministério da saúde. **I Conferência Nacional de Saúde Mental**: relatório final. Brasília: Centro de documentação do Ministério da Saúde, 1988. 43 p.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988**. Obra coletiva de autoria da Editora Saraiva com a colaboração de Antônio Luiz de Toledo Pinto e Márcia Cristina Vaz dos Santos Windt. – 21. ed. atual. e ampl. – São Paulo: Saraiva, 1999. 267p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Regionalização da assistência à saúde**: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/01. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 114 p.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretária de Saúde. **Para entender a gestão do SUS**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2003. 248 p.

BRASIL, Ministério da saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em saúde mental**: 1990-2004. 4. ed. rev. e atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. 332 p.

BRASIL, Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS**: os centros de atenção psicossocial. Brasília: Ministério da saúde, 2004b. 86 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. **Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental**: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005. 52p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva/Departamento de Apoio à Descentralização. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 76 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva/Departamento de Apoio à Descentralização. **Regionalização solidária e cooperativa**: orientações para sua implementação no SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 48 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.844, de 20 de setembro de 2010a**. Estabelece orientações complementares sobre Região de Saúde Intramunicipal. Ministério da Saúde, DF, Brasília, 2010a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt284420092010.html>. Acesso em: 08 de março de 2016

BRASIL, Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em saúde mental: 2004-2010**. Edição XII Colegiado de Coordenadores de Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria n.º 3.090 de 23 de dezembro de 2011a**. Altera a Portaria n.º 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). Ministério da Saúde, DF, Brasília, 23 dez. 2011a. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/PORTARIA-3090-23-dezembro-2011.pdf> Acesso em: 09 de março de 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria n.º 3.088 de 23 de dezembro de 2011b**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde, DF, Brasília, 23 dez. 2011b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011rep.html. Acesso em: 09 de março de 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria n.º 2.338 de 03 de outubro de 2011c**. Estabelece diretrizes e cria mecanismos para a implantação do componente Sala de Estabilização (SE) da Rede de Atenção às Urgências. Ministério da Saúde, DF, Brasília, 03 out. 2011c. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/CIBNOVEMBRO7REUNIAO/componentesaladeestabilizacao.pdf>. Acesso em: 09 de março de 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria N.º 1.459, de 24 de junho de 2011d**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) a Rede Cegonha. Ministério da Saúde, DF, Brasília, 2011d. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em: 13 de março de 2016.

BRASIL, Presidência da República. **Decreto N.º 7.508, de 28 de junho de 2011e**. Regulamenta a Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Presidência da República - Casa Civil, DF, Brasília, 2011e. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.html. Acesso em: 13 de março de 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria N.º 1.600, de 7 de julho de 2011f**. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde, DF, Brasília, 2011f. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html. Acesso em: 13 de março de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica**. *Relatório de Gestão 2007-2010*. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Ministério da Saúde: Brasília. Janeiro de 2011g, 106 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria N.º 793, de 24 de abril de 2012a**. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Ministério da Saúde, DF, Brasília, 2012a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24042012.html. Acesso em: 14 de março de 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Resolução Nº 1, de 17 de janeiro de 2012b.** Estabelece as diretrizes nacionais de Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde, DF, Brasília, 2012b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2012/res0001_17_01_2012.html Acesso em: 10 outubro de 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Resolução Nº 2, de 17 de janeiro de 2012c.** Dispõe as diretrizes nacionais para a elaboração da Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) no âmbito do Sistema Único de Saúde. Ministério da Saúde, DF, Brasília, 2012c. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2012/res0002_17_01_2012.html. Acesso em: 10 outubro de 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Resolução Nº 3, de 30 de janeiro de 2012d.** Dispõe sobre normas gerais e fluxos do Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde (COAP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde, DF, Brasília, 2012d. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2012/res0003_30_01_2012.html. Acesso em: 10 outubro de 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria n.º 122 de 25 de janeiro de 2012e.** Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. Ministério da Saúde, DF, Brasília, 25 jan. 2012e. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html Acesso em: 10 de março de 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria n.º 1.010 de 21 de maio de 2012f.** Redefine as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências. Ministério da Saúde, DF, Brasília, 21 mai. 2012f. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1010_21_05_2012.html Acesso em: 10 de março de 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria n.º 131 de 26 de janeiro de 2012g.** Institui incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial. Ministério da Saúde, DF, Brasília, 26 jan. 2012g. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0131_26_01_2012.html. Acesso em: 10 de março de 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria n.º 132 de 26 de janeiro de 2012h.** Institui incentivo financeiro de custeio para desenvolvimento do componente Reabilitação Psicossocial da Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde, DF, Brasília, 26 jan. 2012h. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0132_26_01_2012.html. Acesso em: 10 de março de 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria Nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012i.** Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências. Brasília, 2012i. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3124_28_12_2012.html. Acesso em: 10 outubro de 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria N° 121, de 25 de janeiro de 2012j**. 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. Brasília, 2012j. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0121_25_01_2012.html. Acesso em: 10 outubro de 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012k. 110 p

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria n.º 342 de 04 de março de 2013a**. Redefine as diretrizes para implantação do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências, e dispõe sobre incentivo financeiro de investimento para novas UPA 24h (UPA Nova) e UPA 24h ampliadas (UPA Ampliada) e respectivo incentivo financeiro de custeio mensal. Ministério da Saúde, DF, Brasília, 04 mar. 2013a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0342_04_03_2013.html Acesso em: 10 de março de 2016.

BRASIL, Presidência da República – Casa Civil. **Decreto n.º 8.163 de 20 de dezembro de 2013b**. Institui o Programa Nacional de Apoio ao Associativismo e Cooperativismo Social (Pronacoop Social), e dá outras providências. Presidência da República, DF, Brasília, 20 dez. 2013b. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/DECRETO--8163-20-Dezembro-2013.pdf> Acesso em: 10 de março de 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria N° 2.135, de 25 de setembro de 2013c**. Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde, DF, Brasília, 2013c. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2135_25_09_2013.html. Acesso em: 13 de março de 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria N° 483, de 1º de abril de 2014a**. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. Ministério da Saúde, DF, Brasília, 2014a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html. Acesso em: 13 de março de 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria N° 2.840, de 29 de dezembro de 2014b**. Cria o Programa de Desinstitucionalização integrante do componente Estratégias de Desinstitucionalização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e institui o respectivo incentivo financeiro de custeio mensal. Brasília, 2014b. Disponível em: <http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/legislacao/saude-mental/portarias/portaria-msgm-2840-2014>. Acesso em: 13 de março de 2016.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: CONASS, 2015a. 127 p.

BRASIL, Ministério da saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental em Dados – 12**, Brasília. Ano 10, nº 12, Agosto de 2015b. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/bvs/saudemental.pdf>. Acesso em: 26 de fevereiro de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de planejamento no SUS / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz.** – 1. ed., rev. Série Articulação Interfederativa; v. 4, 138p, Ministério da Saúde, DF, Brasília, 2016.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de saúde no Brasil. *In:* MOTA, Ana Elizabeth. *et al.* (Org) **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional.** 3. ed. São Paulo: Cortez, 2008. p. 88-110.

BRAVO, Maria Inês Souza; MARQUES, Morena Gomes. **Saúde e luta sindical: entre a reforma sanitária e o projeto se saúde privatista.** *In:* BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo de. *Saúde, Serviço Social, Movimentos Sociais e Conselhos: desafios atuais.* São Paulo: Cortez Editora, 2012. 341 p. p. 191-221.

BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo de. **Lutas pela Saúde e a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde: Desafios à Assessoria Realizada pelos Assistentes Sociais.** *In:* DUARTE, Marco José de Oliveira, *et al.* *Política de saúde hoje: Interfaces & Desafios no Trabalho de Assistentes Sociais.* 1. Ed. Campinas, São Paulo: Papel Social, 2014. 342 p. p. 67-89.

BRITTO, Renata Corrêa. **A Internação Psiquiátrica Involuntária e a Lei 10.216/01.** Reflexões acerca da garantia de proteção aos direitos da pessoa com transtorno mental. 210 f. Dissertação (Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2004.

CAPPELA, Ana Cláudia. **Perspectivas teóricas sobre o processo de formulação de políticas públicas.** *Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais.* N. 61, 1º semestre de 2006. p. 25-52.

CARDOSO, Ruth. A trajetória dos movimentos sociais. *In:* DAGNINO, Evelina (Org.) **Os anos 90: política e sociedade no Brasil.** São Paulo: Brasiliense, 1994. p. 80-90.

CARLEIAL, Liana Maria da Frota. **Política econômica, mercado de trabalho e democracia: o segundo governo Dilma Rouseff.** *Estudos Avançados* V. 29. N. 85. Paraná, out. 2015. 201-214 p.

CARVALHO, José Murilo de. **Cidadania no Brasil: O longo caminho.** 16. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2013. 236 p.

CEAP, Centro de Educação e Assessoramento Popular. **Pacto pela saúde: possibilidade ou realidade?.** 2. ed. Passo Fundo: IFIBE, 2009. 48 p.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira, *et al.* **O gestor municipal na atual etapa de implantação do SUS: características e desafios.** *RECIIS – Ver. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde.* Rio de Janeiro, v.1, n.2, p. 200-207. Jul-Dez, 2007.

CELLARD, André. A análise documental. *In:* POUPART, Jean. *Et al.* **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos.** Tradução de Ana Cristina Nasser. Petrópolis: Vozes, 2010. Título original: *La recherche qualitative.*

CISVI, Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Vale do Itapeçerica. **Conhecendo o CISVI.** CISVI. Divinópolis/MG, Ano 1, Edição 1, 2016.

CITADINI, Antônio Roque. **Municípios inviáveis e controle do déficit público.** *Jornal Diário Comércio & Indústria.* 24 e 25 de novembro de 1998, 04p. Disponível em: <http://www.citadini.com.br/artigos/dci9811.html>. Acesso em: 21 novembro de 2016.

CONCEIÇÃO DO PARÁ, Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2014-2017.** Conceição do Pará, 2014. 73p.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersectorial.** *Por uma IV Conferência Antimanicomial: contribuições dos usuários.* RENILA, CFP. Brasília: CFP, 2010. 46 p.

CORREIA, Maria Valéria C. Controle Social na Saúde. In: MOTA, Ana Elizabeth. et. al. (Org) **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional.** 3 ed. São Paulo: Cortez, 2008. p. 111-138.

COSECS/MG, Colegiado dos Secretários Executivos dos Consórcios Intermunicipais de Saúde de Minas Gerais/ Agência de Políticas Públicas. **Perfil dos Consórcios Intermunicipais de Saúde de Minas Gerais:** Belo Horizonte: COSECS/MG, 2010. 243 p.

COSEMS/MG, Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de Minas Gerais. **Uma capacitação que prioriza esclarecer aos estreadores na administração da saúde as diretrizes da gestão do SUS.** *Revista 25 anos.* COSEMS/MG. Belo Horizonte, 2016. 39 p. p.23. Disponível em: http://www.cosemsg.org.br/site/Arquivos/06_publicacoes/02_revistas/2016_Revista%2025%20Anos%20Cosems.pdf. Acesso em: 18 setembro de 2016.

COSTA, Valeriano Mendes Ferreira. **Reforma do Estado.** In: GIOVANNI, Geraldo di; NOGUEIRA, Marco Aurélio. *Dicionário de Políticas Públicas.* 2. ed. São Paulo: Editora da Unesp; Fundap, 2015. 1065 p. p. 845-850.

COUTO, Berenice Rojas. **O Direito Social e a Assistência Social na Sociedade Brasileira: uma equação possível?** 4. Ed. São Paulo: Cortez Editora, 2010. 198 p.

CRESS, Conselho Regional de Serviço Social de Minas Gerais. **Contribuições para o exercício profissional de assistente social: coletânea de leis.** Conselho Regional de Serviço Social de Minas Gerais. 5. ed. Belo Horizonte: CRESS, 2013. 732 p.

DAGNINO, Evelina. **Sociedade Civil e espaços públicos no Brasil.** In: _____. *Sociedade Civil e espaços públicos no Brasil.* São Paulo: Paz e Terra, 2002. p. 09-15.

_____. ¿Sociedade civil, participação e cidadania: de que estamos falando? In: MATO, Daniel (coord.). **Políticas de ciudadanía y sociedad civil en tiempos de globalización.** Caracas: FACES, Univ. Central de Venezuela, 2004. p. 95-110.

DIAS, Bruno C. **Valencius Wurch é exonerado da CGMAD/MS.** *ABRASCO.* Rio de Janeiro, 10 maio. 2016. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/movimentos-sociais/a-saida-de-valencius-e-uma-importante-conquista-dos-movimentos-sociais/17707/> Acesso: em 22 de março de 2017.

DIAS, Rafael de Brito; SERAFIM, Milena Pavan. **Análise de Política:** uma revisão de literatura. *Revista do Centro Interdisciplinar de Desenvolvimento e Gestão Social - CIAGS & Rede de*

Pesquisadores em Gestão Social. Cadernos Gestão Social, V.3, n.1, p.121-134, jan./jun. 2012. Disponível em: <http://www.periodicos.adm.ufba.br/index.php/cgs/article/viewArticle/213>

DIVINÓPOLIS, Secretaria Municipal de Saúde. **I Conferência Municipal de Saúde Mental**. Divinópolis, 2010. 04p.

_____. **Plano Municipal de Saúde Mental 2014-2017**. Divinópolis, 2014. 58p.

DOURADO, Daniel de Araujo. **Regionalização e federalismo sanitário no Brasil**. São Paulo, 2010. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

DOURADO, Daniel de Araujo; ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon. **Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro**. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo. v. 45, n. 1, p. 204-211, 2011.

DUARTE, Elisfabio Brito; MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa. **O Exercício do Controle Social no Âmbito do Conselho Municipal de Saúde de Canindé, CE**. *Saúde Soc.* São Paulo, v.21, supl.1, p.126-137, 2012.

DUARTE, Ligia Schiavon et al. **Regionalização da saúde no Brasil: uma perspectiva de análise**. *Saúde Soc.* São Paulo, v. 24, n. 2, p. 472-485, 2015.

DUARTE, Marco José de Oliveira. **Movimentos e Lutas Sociais na Saúde: o caso do movimento nacional da luta antimanicomial**. *Revista da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Vol. 7, n. 25, p. 131-149. Julho, 2010.

DUARTE, Ronaldo Alves. **[Re]tratando a família: reflexos e reflexões sobre família e saúde mental**. 186 f. Dissertação (Mestrado em Educação, Cultura e Organizações Sociais) – Fundação Educacional de Divinópolis – Universidade do Estado de Minas Gerais, Divinópolis, 2008.

_____. **As condições de emergência de um movimento social: o caso do Fórum Mineiro de Saúde Mental**. 2014, 126 f. Dissertação (Mestrado em Política Social) – Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2014.

_____. Reconfigurações das relações entre Estado e Sociedade Civil no Brasil: uma reflexão sobre a influência do Movimento antimanicomial na gestão da política pública de saúde mental. In. **IX Encontro Nacional de Pesquisadores em Gestão Social/2016**, Porto Alegre. Anais 2016

DURIGUETTO, Maria Lúcia. **Sociedade Civil e Democracia: um debate necessário**. São Paulo: Cortez, 2007, 240 p.

DYE, Thomas R. Mapeamento dos modelos de análise de políticas públicas. In. HEIDEMAN, Francisco G. & Salm, José Francisco. (orgs). **Políticas públicas e desenvolvimento: Bases epistemológicas e modelos de análise**. Brasília: Editora UNB, 2009. p. 99-132.

ESCOREL, Sarah. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à Reforma Sanitária. In: GIOVANELLA, Lígia, *et al.* **Políticas e Sistemas de saúde no Brasil**. 2 ed. rev. amp. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. 1097p. p. 323-363.

FILGUEIRAS, Luiz. **Governo Dilma, PT, esquerda e impeachment: Três interpretações da conjuntura econômica e política**. UFRJ: *Instituto de Economia*. Rio de Janeiro. Texto para Discussão 015 – 2015. 14-25 p.

FLEURY, Sônia. **A seguridade social inconclusa**, 2006. Disponível em <http://app.ebape.fgv.br/comum/arq/Seguridade.pdf> Acesso em 21/04/2016.

FLEURY, Sônia e OUVENEY, Assis Monfort. Política de saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, L. *et al* (Orgs.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2012. p. 25-57.

FLEXOR, Georges e LEITE, Sérgio Pereira. **Análise de políticas públicas**: breves considerações teórico-metodológicas. Avaliando a gestão das políticas agrícolas no Brasil: uma ênfase no papel dos *policy-makers*. Relatório Final de Pesquisa, 2006.

FOUCAULT, Michel. **A ordem do discurso**: aula inaugural do Collège de France, pronunciada em 02 de dezembro de 1970. Tradução de Laura Fraga de Almeida Sampaio. 2. ed. São Paulo: Edições Loyola, 1996.

_____. **Arqueologia do saber**. Trad. de Luiz Felipe Baeta Neves. Rio de Janeiro: Forense universitária, 1995.

FREY, Klaus. **Políticas públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil**. Revista Planejamento e Políticas Públicas. N. 21. p. 211-259. Jun. 2000.

FUZETTI, Mariana Fiore; CAPOCCI, Pollyana Oliveira. **As diferentes concepções da desinstitucionalização no Brasil**. Revista Enfermagem UNISA. V. 4, p. 37-39. 2003.

GIL, Antônio Carlos. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008. 175 p.

GIOVANNI, Geraldo Di. **Implementação**. In: GIOVANNI, Geraldo Di; NOGUEIRA, Marco Aurélio. *Dicionário de Políticas Públicas*. 2. ed. São Paulo: Editora da Unesp; Fundap, 2015. 1065 p. p. 449-451.

GOHN, Maria da Glória. **Conselhos Gestores e Gestão Pública**. *Ciências Sociais Unisinos*. São Paulo, v.42, n.1, p. 5-11. Jan/Abr 2006.

_____. **Movimentos sociais no início do século XXI**: antigos e novos atores sociais. Petrópolis: Vozes, 2011. 143 p.

GRANEMANN, Sara. **Políticas sociais e serviço social**. In: REZENDE, Ilma; CAVALCANTI, Ludmila Fontanele. *Serviço Social e Políticas Sociais*. 3. Ed. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2009. 184 p. p. 11-24.

HOFLING, Eloisa de Mattos. **Estado e Políticas (Públicas) Sociais**. Cadernos Cedes, Ano XXI. Campinas. n. 55, p.30 - 41. Nov. 2001.

HOUAISS, Antônio; VILLAR, Mauro de Salles. **Dicionário Houaiss da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2009. 1986 p.

IBGE. **Censo Demográfico 2000**: Características da População e dos Domicílios: Resultados do universo. IBGE, Censo 2000. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/>. Acesso: em 22 de outubro de 2016.

IBGE. **Memória Institucional 17 – Evolução da divisão territorial do Brasil 1872-2010**. Rio de Janeiro, IBGE, 2011. Disponível em: ftp://geofp.ibge.gov.br/organizacao_do_territorio/estruturateritorial/evolucao_da_divisao_territorial_do_brasil_1872_2010/evolucao_da_divisao_territorial_do_brasil_publicacao_completa.pdf. Acesso: em 22 de outubro de 2016.

IBGE. **Censo 2016**. IBGE, 2016. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/v3/cidades/home-cidades>. Acesso: em 22 de outubro de 2016.

IPEA/FJP, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada e Fundação João Pinheiro. **O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal Brasileiro**. Brasília: PNUD, Ipea, FJP, 2013. 96 p.

JANNUZZI, Paulo de Martino. **Indicadores Sociais no Brasil: conceitos, fontes de dados e aplicações**. 5. Ed. Campinas, São Paulo: Editora Alínea, 2012. 156 p.

LABRA, Maria Eliana. **Análise de políticas, modos de policy-making e intermediação de interesses**: uma revisão. *Physis – Revista Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro. v. 9, n. 2, p. 131-166. Dez. 1999.

LEE, Jotha. **Prefeitura vai perdoar devedores de imposto de juros e multas**. *Gazeta do Oeste*, Divinópolis, 07 agosto. 2015. Disponível em: <https://g37.com.br/c/divinopolis/prefeitura-vai-perdoar-devedores-de-imposto-de-juros-e-multas>. Acesso em: 15 de abril de 2017.

LEVI, Maria Luiza. **Municipalização**. In: GIOVANNI, Geraldo Di; NOGUEIRA, Marco Aurélio. *Dicionário de Políticas Públicas*. 2. ed. São Paulo: Editora da Unesp; Fundap, 2015. 1065 p. p. 599-602.

LIMA, Ana Paula Gil de. **Os Consórcios Intermunicipais de Saúde e o Sistema Único de Saúde**. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 985-996, 2000.

LIMA, Luciana Dias de et al. **Regionalização da Saúde no Brasil**. In: GIOVANELLA, Lígia et al. *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. 2. ed. ver. e amp. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. 1100 p. cap. 27, p. 823-852.

LOBOSQUE, Ana Marta. **Princípios para uma clínica antimanicomial e outros escritos**. São Paulo: Hucitec, 1997. 99 p.

_____. **Experiências da loucura**. Rio de Janeiro: Garamond, 2001. 174p.

LÜDKE, Menga e ANDRÉ, Marli E. D. A. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986. 99 p.

MALACHIAS, Ivêta; AMORIM, A. L. G.; LÉLIS, L.J.B.; PINTO, M. A. S.; SIQUEIRA, M. **Plano Diretor de Regionalização de Saúde de Minas Gerais**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2013. 279 p.

MARQUES, Fernando Gonçalves. **Accountability**. In: GIOVANNI, Geraldo Di; NOGUEIRA, Marco Aurélio. *Dicionário de Políticas Públicas*. 2. ed. São Paulo: Editora da Unesp; Fundap, 2015. 1065 p. p.45-46.

MARTINS, Pollyanna, 19/07/2015, **Jornal Gazeta do Oeste**. Disponível em: <https://g37.com.br/c/divinopolis/apos-operacao-fenix-usuarios-de-drogas-se-instalaram-em-varios-lugares-da-cidade>. Acesso em: 26 de maio de 2017.

MATTOS, Ruben Araújo de. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In. PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 8 ed. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: ABRASCO, 2006. 184 p. p. 43-68.

MINAS GERAIS, Secretaria de Estado da Saúde. **Deliberação CIB-SUS/MG N° 035, de 06 de dezembro de 2000**. Aprova o Modelo de Organização da Assistência à Saúde no Sistema Único de Saúde de Minas Gerais. Secretaria de Estado da Saúde, Belo Horizonte, 2000. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/del_035_00.doc.pdf. Acesso: em 14 de novembro de 2016.

MINAS GERAIS, Secretaria de Estado da Saúde. **Decreto N° 45.812, de 14 de dezembro de 2011a**. Dispõe sobre a organização da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Secretaria de Estado da Saúde, Belo Horizonte, 2011a. Disponível em: <http://www.almg.gov.br/consulte/legislacao/completa/completa-nova-min.html?tipo=Dec&nu m45812&ano=2011>. Acesso: em 14 de novembro de 2016.

MINAS GERAIS, Secretaria de Estado da Saúde. **Resolução SES n.º 3070 de 30 dezembro de 2011b**. Dispõe sobre a organização dos processos de trabalho das Superintendências Regionais de Saúde e Gerências Regionais de Saúde. Belo Horizonte, 2011b. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/RESOLUCAO%20SES%203070.pdf>. Acesso: em 14 de novembro de 2016.

MINAS GERAIS, Secretaria de Estado de Saúde. **Plano Estadual de Saúde 2012-2015**. Belo Horizonte, 2012a. 250p.

MINAS GERAIS, Secretaria de Estado da Saúde. **Deliberação CIB-SUS/MG N° 1.219, de 21 de agosto de 2012b**. Institui as Regiões de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) para o Estado de Minas Gerais, e dá outras providências. Secretaria de Estado da Saúde, Belo Horizonte, 2012b. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Delibera cao%201.219%20-%20Regioes%20de%20Saude%20-%2021.8.12.pdf>. Acesso: em 14 de novembro de 2016.

MINAS GERAIS, Secretaria de Estado de Saúde (SES). **Resolução SES n° 3.149, de 17 de fevereiro de 2012c**. Constitui o Grupo Condutor Estadual da Rede de Saúde Mental. Belo Horizonte, 2012c. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/resolucao %203149 .pdf>. Acesso: em 14 de novembro de 2016.

MINAS GERAIS, Secretaria de Estado de Saúde (SES). **Resolução SES n.º 3.206, de 04 de abril de 2012d**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas portadoras de Transtornos Mentais e com necessidades decorrentes do Uso de Álcool, Crack e Outras Drogas no âmbito

do Sistema Único de Saúde de Minas Gerais/SUS-MG. Belo Horizonte, 2012d. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/resolucao_3206.pdf. Acesso em 10/05/2017.

MINAS GERAIS, Secretaria de Estado de Saúde. **Deliberação CIB-SUS/MG Nº 1.092, de 04 de abril de 2012e**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas portadoras de Transtornos Mentais e com necessidades decorrentes do Uso de Álcool, Crack e Outras Drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde de Minas Gerais/SUS-MG. Belo Horizonte, 2012e. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Deliberacao%201.092%20Rede%20Psicossocial.pdf>. Acesso: em 12 de janeiro de 2017.

MINAS GERAIS, Conselho Regional de Serviço Social de. **Contribuições para o exercício profissional de assistente social**: Coletânea de leis/ CRESS/MG 6ª Região. Belo Horizonte: CRESS, 2013. 732 p.

MINAS GERAIS, Secretaria de Estado da Saúde. **Deliberação CIB-SUS/MG Nº 1.979, de 18 de novembro de 2014**. Aprova o ajuste do Plano Diretor de Regionalização – PDR-SUS/MG 2014. Secretaria de Estado da Saúde, Belo Horizonte, 2014. Disponível em: http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/abril/16/4.%20f%2000Delibera%C3%A7%C3%A3o%20CIB_MG_1979_2014.pdf. Acesso: em 12 de janeiro de 2017.

MINAS GERAIS, Secretaria de Estado de Saúde. **Plano Estadual de Saúde 2016-2019**. Belo Horizonte, 2016a. 351p.

MINAS GERAIS, Secretaria de Estado da Saúde. **Deliberação CIB-SUS/MG Nº 2.280, de 17 de fevereiro de 2016b**. Aprova o Regimento Interno da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), das Comissões Intergestores Regionais (CIR) e das Comissões Regionais Ampliadas (CIRA) do Estado de Minas Gerais. Secretaria de Estado da Saúde, Belo Horizonte, 2016b. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Del2280SUBGRSECIBRegimento.pdf>. Acesso: em 12 de janeiro de 2017.

MINAYO, Maria Cecília Sousa. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 13. ed. São Paulo: Hucitec, 2013. 407 p.

MONTAÑO, Carlos; DURIGUETTO, Maria Lúcia. **Estado Classe e movimento social**. 3. ed. (Biblioteca básica de Serviço Social; V. 5). São Paulo: Cortez, 2011.

MOREIRA, Marcelo Rasga; ESCOREL, Sarah. **Conselhos Municipais de Saúde do Brasil: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS**. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v.14, n.3, p. 795-805, 2009.

MOREIRA, Marcelo Rasga; RIBEIRO, José Mendes. **Apresentação**. *Saúde Debate*. Rio de Janeiro. V. 40. N. Especial. p.10-13. Dez, 2016.

MULLER, Pierre e SUREL, Yves. **A análise das políticas públicas**. Tradução de Agemir Bavaresco e Alceu Ferraro. Pelotas: Educart, 2004. Título original: *L'analyse des politiques publiques*.

NETTO, José Paulo. **Ditadura e Serviço Social**: uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64. 11. ed. São Paulo: Cortez, 2007. 334 p.

NORONHA, José Carvalho; LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristiani Vieira. **O Sistema Único de Saúde – SUS**. In: GIOVANELLA, Lígia et al. *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. 2. ed. ver. e amp. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. 1100 p. cap. 12, p. 365-393.

NUNES, Edson. **A gramática política do Brasil: clientelismo e insulamento democrático**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, Brasília: ENAP, 1997.

ORTUSO, Alessandro e DI GIOVANNI, Geraldo. Política Social. In: DI GIOVANNI, Geraldo e NOGUEIRA, Marco Aurélio (Orgs). **Dicionário de Políticas Públicas**. 2. ed., São Paulo: Editora da UNESP, Fundap, 2015. p. 766-769.

PARAÍSO, Marlucy Alves. **Currículo e mídia educativa brasileira: poder, saber e subjetivação**. Chapecó, Argos, 2007.

PEREIRA, Potyara Amazoneida P. Discussões conceituais sobre política social como política pública e direito de cidadania. In: BEHRING, Elaine Rossetti et al (Orgs). **Política Social no capitalismo: tendências contemporâneas**. 2. ed., São Paulo: Cortez, 2009.

_____. **Política Social: temas & questões**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

PEREIRA, Rosemary Corrêa. **Políticas de saúde mental no Brasil: o processo de formulação da Lei de Reforma Psiquiátrica (10.216/01)**. 2004. 244p. Tese (Doutorado em Ciências na área da saúde pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.

PEREIRA, William César Castilho. **Nas trilhas do trabalho comunitário e social: teoria, método e prática**. 2. ed. Belo Horizonte: Vozes: PUC Minas, 2001. 336 p.

PINHEIRO, Roseni. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In. PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 8 ed. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: ABRASCO, 2006. 184 p. p. 69-116.

PINTO, Céli Regina Jardim. **As ONGs e a Política no Brasil: Presença de Novos Atores**. *Revista de Ciências Sociais*. Rio de Janeiro, v.49, n.3, p. 651-670, 2006.

PINTO, Eduardo Costa; et al. **A economia política dos governos Dilma: acumulação, bloco no poder e crise**. UFRJ: *Instituto de Economia*. Rio de Janeiro. Texto para Discussão 004 – 2016. 31 p.

PITTA, Ana Maria Fernandes. **Um balanço da Reforma Psiquiatria Brasileira: Instituições, Atores e Políticos**. *Ciência e Saúde Coletiva*. São Paulo. Vol. 16, n. 12. 2011. 4579-4589 p.

RAICHELIS, Raquel. **Democratizar a Gestão das Políticas Sociais: Um desafio a ser enfrentado pela sociedade civil**. In: MOTA, Ana Elizabete, et al, (orgs). *Serviço Social e Saúde*. São Paulo: Cortez; Brasília. OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2008. 408 p. p. 73-87.

RICHARDSON, Roberto Jarry. **A pesquisa social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas S.A., 2011. 198 p.

RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon; COSTA, Ana Maria. **A esperança não morre quando sonhamos juntos.** *Saúde Debate*. Rio de Janeiro: Editorial, 2016. V. 40. N. 111. P. 5-8. Out-Dez 2016.

RORTY, Richard. **Contingência, ironia e solidariedade.** Lisboa: Editorial Presença, 1994.

ROSA, Lúcia Cristina dos Santos. **Transtorno mental e o cuidado na família.** São Paulo: Cortez, 2003. 367 p.

SANTOS, Agnaldo dos. **Construção das Políticas Públicas: processos, atores e papéis.** Instituto Pólis, 2009. Disponível em: <http://polis.org.br/publicacoes/construcao-das-politicas-publicas-processos-atores-e-papeis/> Acesso em: 04 de abril de 2016.

SÃO SEBASTIÃO DO OESTE, Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2014-2017.** São Sebastião do Oeste, 2014. 121p.

SCATENA, João Henrique Gurtier; TANAKA, Oswaldo Toshimi. **Os instrumentos normalizadores (NOB) no processo de descentralização da saúde.** *Saúde e Sociedade*, v. 10, n. 2, p. 47-74, 2001.

SCAVAZZA, Juliana Franca. **Diferenças socioeconômicas das regiões de Minas Gerais.** Belo Horizonte: Assembleia Legislativa do Estado de Minas Gerais, set., 2003. 17 p. Disponível em: <http://dspace.almg.gov.br/handle/11037/1465>. Acesso em: 02 de fevereiro de 2017.

SILVA, Clayton Borges da; RAMIRES, Júlio Cesar de Lima. **Regionalização da Saúde em Minas Gerais: algumas reflexões críticas.** *Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde*, v. 6, n. 11, p. 60-79, dez., 2010.

SILVA, Marcus Vinícius de Oliveira. O movimento da luta antimanicomial e o movimento dos usuários e familiares. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (org.) **Loucura, ética e política: escritos militantes.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. p. 84-111.

_____. **Sobre as origens da luta antimanicomial.** Belo Horizonte, 2013. 03 p. Mimeografado.

SILVA, Marcus Vinícius Caetano Pestana da; MENDES, Eugênio Vilaça. **Pacto de Gestão: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa.** Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2004. 80p.

SILVA, Pedro Luiz Barros; MELO, Marcus André Barreto. **O Processo de Implementação de Políticas Públicas no Brasil: Características e Determinantes da Avaliação de Programas e Projetos.** Campinas: NEPP: Unicamp, caderno 48, 16 p. 2000.

SILVA, Silvio Fernandes; MAGALHÃES JÚNIOR, Helvécio Miranda. Redes de atenção à saúde: importância e conceitos. In: SILVA, Silvio Fernandes et al. **Redes de Atenção à Saúde: desafios da regionalização no SUS.** 2. ed. Campinas/SP: Saberes Editora, 2013. 249 p.

SUS – Sistema Único de Saúde, Conselho Nacional de Saúde, Comissão Organizadora da III CNSM. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental.** Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde\ Ministério da Saúde. 2002. 213p.

SUS – Sistema Único de Saúde, Conselho Nacional de Saúde, IV CNSM. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial**. Brasília, junho/julho de 2010. Brasília: Conselho Nacional de Saúde\ Ministério da Saúde. 2010. 210p.

SOLLA, Jorge; CHIORO, Arthur. **Atenção Ambulatorial Especializada**. In: GIOVANELLA, Lígia (org); ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa et al. *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. 2. ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. 1100 p. p. 547-608.

SOUTO JÚNIOR, José Veloso. **O papel da CIB/MG no processo de regionalização do SUS em Minas Gerais**. Rio de Janeiro, 2010. 31 f. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2010.

SOUZA, Celina. **Governos e sociedades locais em contextos de desigualdades e de descentralização**. *Ciência & Saúde Coletiva*. São Paulo, v. 7, n. 3, p. 431-442, 2002.

_____. **Governos locais e gestão de políticas sociais universais**. *Revista São Paulo em Perspectiva*. São Paulo, v.18 (2), p. 27-41. 2004.

_____. Estado da Arte da Pesquisa em Políticas Públicas. In. HOCHMAN, Gilberto (org.), et al. **Políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007. p. 65-86.

SOUZA, Waldir da Silva. **Associações de usuários e familiares frente à implantação da política de saúde mental no município do Rio de Janeiro (1991-1997)**. 1999. 179 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Escola de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1999.

TEIXEIRA, Mary Jane de Oliveira. **A fundação estatal de direito privado na saúde: um modelo de gestão democrático?** In: BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo de. *Saúde, Serviço Social, Movimentos Sociais e Conselhos: desafios atuais*. São Paulo: Cortez Editora, 2012. 341 p. p. 55-84.

_____. **As Unidades de Pronto Atendimento Pré-Hospitalar Fixo (Upas) 24H. O Fetiche do Novo Modelo de Gestão e o Impacto do Sistema Único de Saúde**. In: DUARTE, Marco José de Oliveira, et al. *Política de saúde hoje: Interfaces & Desafios no Trabalho de Assistentes Sociais*. 1. Ed. Campinas, São Paulo: Papel Social, 2014. 342 p. p. 47-66.

TOMIO, Fabricio Ricardo de Limas. **A criação de municípios após a constituição de 1988**. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*. Vol. 17, n. 48, fev., 2002.

VALADARES, Fabiana Castelo; SOUZA, Edinilsa Ramos. **Análise da inserção do tema da violência na Política de Saúde Mental brasileira a partir de seus marcos legais (2001-2011)**. *Physis Revista de Saúde Coletiva*. V. 23. (4), p. 1051-1077. 2013.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. Breve periodização do processo de reforma psiquiátrica no Brasil recente. In: _____. **Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. 3.ed. São Paulo: Cortez, 2006. 328 p. p. 19-34.

_____. Reforma psiquiátrica no Brasil: periodização histórica e principais desafios na conjuntura atual. In: _____. **Abordagem psicossociais, vol. II: reforma psiquiátrica e saúde mental na ótica da cultura e das lutas populares**. São Paulo: Hucitec, 2008. 335 p. p. 27-55.

- _____. **Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira.** São Paulo: Hucitec, 2010.
- _____. **Reforma Psiquiátrica, Tempos Sombrios e Resistência: diálogos com o marxismo e o serviço social.** Campinas: Editora Papel Social, 2016. 228 p.
- VAZQUEZ, Daniel Arias. **Federalismo.** In: GIOVANNI, Geraldo Di; NOGUEIRA, Marco Aurélio. *Dicionário de Políticas Públicas.* 2. ed. São Paulo: Editora da Unesp; Fundap, 2015. 1065 p. p. 349-352.
- VIANA, Ana Luiza d'Ávila. **Abordagens metodológicas em políticas públicas.** Revista de Administração Pública. Rio de Janeiro. v. 30 (2), p. 5-43. Mar./Abr. 1996.
- VIANA, Ana Luiza D'Ávila; LIMA, Luciana Dias de; OLIVEIRA, Roberta Gondim de. **Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto – lições do caso brasileiro.** *Ciência & Saúde Coletiva.* São Paulo, v. 7, n. 3, p. 493-507, 2002.
- VIANA, Ana Luiza d'Ávila e BAPTISTA, Tatiana W. Faria. Análise de políticas de Saúde. In: GIOVANELLA, L. et al (Orgs.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2012. p. 65-105.
- VIANNA, Maria Lúcia Teixeira Werneck. **Em torno do conceito de política social:** notas introdutórias. Rio de Janeiro, 2002. 08 p. Mimeografado.
- WALT, Gil e GILSON, Lúcio. **Reforming the health sector in developing contries:** the central role of policy analysis. *Health Policy and Plonning.* v. 4, n. 9, p. 353-370. 1994.
- WANDERLEY, Cláudio Burian. **Emancipações Municipais Brasileiras Ocorridas na Década de 90: Estimativa de seus Efeitos sobre o Bem-Estar Social.** In. XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais, realizado em Caxambu/MG – Brasil, de 29 de setembro a 03 de outubro de 2008. p. 1-20. Disponível em <http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2008/docspdf/abep20081478.pdf>. Acesso em 03 de janeiro de 2017.
- WEBER, Max. A “objetividade” do conhecimento nas ciências sociais. In.: COHN, Gabriel (Org). **Weber.** Tradução de Amélia Cohn e Gabriel Cohn. São Paulo: Ática, 2003. p. 79 – 128.
- WEBER, Max. A ciência como vocação. Tradução de Artur Mourão. In.: _____. **Três tipos de poder e outros escritos.** Lisboa: Tribuna da História, 2005.
- WINKLER, R. Donald. Modelos: da teoria à prática. In. HEIDEMAN, Francisco G. & SALM, José Francisco. (orgs). **Políticas públicas e desenvolvimento:** Bases epistemológicas e modelos de análise. Brasília: Editora UNB, 2009. p. 129-132.

ANEXOS

ANEXO 01

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: “A política nacional de saúde mental e sua implementação no contexto loco-regional: *um estudo de caso em municípios integrantes do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Itapecerica/Minas Gerais.*”

Pesquisador Responsável: Ronaldo Alves Duarte

Instituição a que pertence o Pesquisador Responsável: Universidade Federal Fluminense

O(A) Sr. (a) está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa “A política nacional de saúde mental e sua implementação no contexto loco-regional: *um estudo de caso em municípios integrantes do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Itapecerica/Minas Gerais.*”, de responsabilidade do pesquisador Ronaldo Alves Duarte.

O seu consentimento em participar da pesquisa deve considerar as seguintes informações:

Este estudo tem por objetivo Analisar a implementação da política de saúde mental brasileira nos municípios integrantes do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Itapecerica (CISVI), buscando identificar e compreender a sua organização local – o como e o porquê desta – e, ainda, que configurações particulares tal organização impõe à materialização da política nacional no âmbito local.

Sua participação se dará por meio de entrevista semiestruturada, conduzida por mim (Ronaldo Alves Duarte). A entrevista será gravada em áudio e abordará questões relacionadas à política pública de saúde mental desenvolvida no município onde o Sr.(a) atua. As gravações em áudio serão utilizadas apenas para banco de dados para a análise.

Os riscos de sua participação são mínimos como, por exemplo, o Sr.(a) ficar constrangido e/ou ter reações emocionais ao responder a algumas das perguntas. Para minimizar esses riscos, o Sr. (a) pode, se recusar a responder a quaisquer das perguntas, caso elas lhe causem algum desconforto ou caso o Sr.(a) assim sinta vontade. A qualquer momento, inclusive antes de verbalizar qualquer resposta durante a entrevista, o Sr.(a) poderá pedir esclarecimentos sobre a pesquisa como um todo ou a quaisquer das perguntas em separado. Objetivando manter o anonimato de sua participação, ela não será divulgada e o seu nome não aparecerá grafado no texto da pesquisa. Cabe esclarecer, entretanto, que mesmo com essas medidas, leitores do trabalho poderão identificar a sua participação ao associar o seu discurso (eventualmente transcrito no texto da pesquisa) ao cargo por você ocupado.

O Sr. (a) não terá benefícios diretos em participar do estudo, entretanto as informações fornecidas pelo Sr. (a) contribuirão muito para nossas reflexões sobre a implementação da política de saúde mental nos municípios. Acredita-se que a pesquisa aqui proposta possa se revelar como um instrumento capaz de fomentar discussões, tanto nos espaços de gestão da política de saúde mental, quanto nos espaços de formação dos trabalhadores da saúde mental, possibilitando, assim, a minimização das distorções entre o cuidado preconizado no desenho da política nacional quando da sua formulação e aquele que está sendo praticado no âmbito municipal quando da implementação da política de saúde mental.

Ao final da entrevista o Sr. (a) terá livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo solicitar a transcrição para sua conferência. Em caso de eventuais dúvidas acerca dos procedimentos, dos riscos, dos benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa, o Sr.(a) poderá

contatar o pesquisador ou mesmo o Comitê de Ética em Pesquisa da UFF durante e/ou após da coleta de dados. No caso do pesquisador Ronaldo Alves Duarte o contato será através dos telefones (XXXXX) ou pelo e-mail ronaldosocial1@gmail.com já no caso do Comitê de Ética em Pesquisa, o contato será através do telefax: (21) 2629.9189 ou pelo e-mail: etica@vm.uff.br

Essa pesquisa é sem fins lucrativos e o Sr.(a) não terá direito a remuneração em participar dela. Sua participação é voluntária e a qualquer momento, o Sr.(a) poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não lhe acarretará prejuízos e nem qualquer tipo de penalização.

Os resultados dessa pesquisa serão divulgados na defesa da tese, fruto deste trabalho, e também poderão ser cientificamente divulgados em eventos, revistas e artigos acadêmico-científicos. Em quaisquer dessas formas de divulgação serão tomados, rigorosamente, os mesmos cuidados éticos descritos neste presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Está prevista uma indenização que visa reparar os danos imediatos ou tardios eventualmente causados ao Sr.(a) em função da sua participação nesta pesquisa. A responsabilidade dessa indenização é de inteira responsabilidade do pesquisador Ronaldo Alves Duarte, o qual pode ser acionado através dos vários contatos já descritos neste Termo de Consentimento.

Os participantes de pesquisa, e comunidade em geral, poderão entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina/Hospital Universitário Antônio Pedro, para obter informações específicas sobre a aprovação deste projeto ou demais informações: E.mail: etica@vm.uff.br Tel/fax: (21) 26299189

Eu, _____, RG nº _____
declaro ter sido informado e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa
acima descrito.

_____, _____ de _____ de _____.

Assinatura do participante da pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A política nacional de saúde mental e sua implementação no contexto loco-regional: um estudo de caso em municípios integrantes do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Itapecerica/Minas Gerais.

Pesquisador: Ronaldo Alves Duarte

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 61233316.5.0000.5243

Instituição Proponente: Programa de Estudos Pós-Graduados em Política Social

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DA NOTIFICAÇÃO

Tipo de Notificação: Envio de Relatório Final

Detalhe:

Justificativa: Este Relatório Final não foi enviado no dia 30 de abril, em função de um pequeno

Data do Envio: 16/05/2017

Situação da Notificação: Parecer Consubstanciado Emitido

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.102.747

Apresentação da Notificação:

“Como a política nacional de saúde mental, em vigor no Brasil deste início de século XXI, vem sendo implementada em nível local, no caso específico de cinco município integrantes do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Itapecerica (CISVI)? Esta é a questão que se encontra na gênese desta investigação, procurando, a um só tempo, refinar nosso conhecimento sobre a política pública de saúde mental do Brasil e encontrar respostas para algumas de nossas antigas inquietações sobre os avanços e os desafios presentes na implementação dessa política pública no âmbito local. Nesse contexto, tomando o questionamento acima enunciado como uma preocupação central deste trabalho, assumimos o objetivo geral de analisar a implementação da política de saúde mental brasileira nos municípios integrantes do Consórcio Intermunicipal de

Endereço: Rua Marquês de Paraná, 303 4º Andar

Bairro: Centro

CEP: 24.030-210

UF: RJ

Município: NITEROI

Telefone: (21)2629-9189

Fax: (21)2629-9189

E-mail: etica@vm.uff.br



Continuação do Parecer: 2.102.747

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Nenhuma.

Recomendações:

Nenhuma.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Esta notificação está aprovada.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Envio de Relatório Final	RELATORIOfinal.pdf	16/05/2017 12:12:45	Ronaldo Alves Duarte	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

NITEROI, 06 de Junho de 2017

Assinado por:
José Carlos Carraro Eduardo
(Coordenador)

Endereço: Rua Marquês de Paraná, 303 4º Andar

Bairro: Centro

CEP: 24.030-210

UF: RJ

Município: NITEROI

Telefone: (21)2629-9189

Fax: (21)2629-9189

E-mail: etica@vm.uff.br