

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

**MÁRCIA PEIXOTO CÉSAR**

**POLÍTICA ESTADUAL DE SAÚDE MENTAL E A REDE DE ATENÇÃO DE  
SAÚDE MENTAL: O CASO ESPÍRITO SANTO – NARRANDO ESTÓRIA E  
CONSTRUINDO A HISTÓRIA**

**VITÓRIA  
2011**

MÁRCIA PEIXOTO CÉSAR

**POLÍTICA ESTADUAL DE SAÚDE MENTAL E A REDE DE ATENÇÃO DE  
SAÚDE MENTAL: O CASO ESPÍRITO SANTO – NARRANDO ESTÓRIA E  
CONSTRUINDO A HISTÓRIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito final para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Política e Gestão em Saúde.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Marluce Miguel de Siqueira.

VITÓRIA  
2011

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)  
(Biblioteca Central da Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

---

C421p César, Márcia Peixoto, 1969-  
Política Estadual de Saúde Mental e a Rede de Atenção de  
Saúde Mental : o caso Espírito Santo – narrando estória e  
construindo a história / Márcia Peixoto César. – 2011.  
160 f. : il.

Orientadora: Marluce Miguel de Siqueira.  
Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade  
Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde.

1. Saúde mental. 2. Política de saúde mental. 3. Serviços de  
saúde mental. I. Siqueira, Marluce Miguel de. II. Universidade  
Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências da Saúde. III.  
Título.

CDU: 614

---

**MÁRCIA PEIXOTO CÉSAR**

**POLÍTICA ESTADUAL DE SAÚDE MENTALE A REDE DE  
ATENÇÃO DE SAÚDE MENTAL: O CASO ESPÍRITO SANTO  
NARRANDO ESTÓRIA E CONSTRUINDO A HISTÓRIA**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito final para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva, na área de concentração Política e Gestão em Saúde.

Aprovada em 15 de março de 2011.

**COMISSÃO EXAMINADORA**

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Marluce Miguel de Siqueira  
Universidade Federal do Espírito Santo - UFES  
Orientadora

---

Prof. Dr<sup>o</sup>. Pedro Neiva  
Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG  
1<sup>o</sup> Examinador

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria C. Campello Lavrador  
Universidade Federal do Espírito Santo - UFES  
2<sup>a</sup> Examinadora

## DEDICATÓRIA

A *Deus*, por sempre me acolher, refrigerar a minha alma e guiarme pelas veredas da justiça.

A meu *pai Wantuyr*, por ser sempre meu amparo, e me dedicar amor incondicional para que eu pudesse construir trilhas, projetos, pontes, enfim, pela minha existência.

À minha *mãe Enoide*, por ter me gerado, me amado, e principalmente pelo exemplo que me deixou, e na sua ausência ter me ensinado a seguir em frente.

Aos meus *irmãos Márcio e Marcos e familiares*, por serem ancoras na minha vida e por todo amor que me dedicam.

À minha *avó Francisca*, por ser meu exemplo e meu “Xodó”.

À minha *orientadora Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Marluce*, que tem me ensinado todos os dias, que a nossa vida é fruto das nossas escolhas e por todo carinho e atenção que me dedicou.

## AGRADECIMENTOS

Ao *meu pai e irmãos*, por todo o amor a mim dedicado, por toda a paciência, por todo cuidado, e principalmente por me possibilitar esse convívio e perceber que a família é a base de tudo para que sempre possa ter forças para continuar a seguir nas minhas escolhas. Amo muito vocês.

À minha *mãe* pela mulher extraordinária que foi, e por todo o amor que dedicou a mim e a nossa família, apesar de não estar mais aqui de corpo, está sempre no meu coração.

Agradeço a *avó Francisca*, por ser a avó que todo mundo sonha ter, ser esse exemplo de vida para todos nós netos, e principalmente, por cuidar de mim, sendo minha segunda mãe.

Aos meus *sobrinhos Cristiano, Jaqueline, Beatriz e Lenyo*, que desde bebês eu digo: que são as minhas “delícias de vida, alegria de todo universo”, por me ensinarem a vivenciar o amor na sua forma genuína, e às minhas cunhadas por todo o apoio que me ofereceram, todo carinho e torcida.

À minha *família, tios e primos*, que são mais que especiais, são pessoas que me acolhem, cuidam e me fazem sentir amparada, e por terem torcido por mim e orado para que a minha caminhada fosse suave.

À minha *orientadora Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Marluce*, por toda a paciência, parceria, dedicação, ensinou-me não só o referente à academia, mas me proporcionou lições de vida, que me propiciaram oportunidades de fazer melhor minhas escolhas, momentos que se tornaram inesquecíveis.

Às minhas grandes amigas e amigos, que estiveram o tempo todo ao meu lado, e me mostraram que representam tanto quanto minha família, pessoas raras de beleza única, as quais amo muito: *Albertina, Angélica, Eunice, Flavinha, Graça*

*Coy, Geisa, Jaqueline, Lúcia, Marlete, Regina, Ricardo, Ronaldo, Roseane, Sheila, Sônia, Vera, Wanessa e Wallace.*

À minha segunda família “os Moraes”, *Alyne, Adelaide, Cícero, Eliana, João, Laurita, Laura e Nilcéia*, por tudo que me proporcionam e todo carinho que me acolhem, são minha família de coração, ao *Weber*, que é meu irmão de alma e família, e por fim a *Renata* minha irmã de coração e família.

Aos meus *afilhados, comadres e compadres*, vocês também fazem parte da minha história e agradecimentos, afinal somos todos agora uma família.

Ao *CEPAD* e toda *Equipe*, que me acolheu e me fez sentir em casa, me propiciou vivenciar mais que ciência, mas também momentos raros, e ao Prof. Dr. *Vitor Buaiz*, pela Política ampla e restrita, que me ensinou, pelas entrevistas, apoio e carinho.

As acadêmicas de Enfermagem, *Gabriela Pagotto Fiorotti*, *Lívia Bourguignon*, *Rafaely Rebuli Procópio* e *Jacqueline Vogt Borges* por todo carinho e apoio.

A mestranda *Kallen Wandekoken*, pelo apoio, carinho, amizade, pelos acertos finais do texto à luz da metodologia acadêmica e científica, com ênfase na Saúde Mental. As mestrandas, *Marilene França* e *Rosa Helena Gomes*, por serem amigas de todo o tempo, e pessoas muito especiais.

À *Secretaria Estadual de Saúde*, e aos profissionais que se dispuseram a me ajudar, me acolheram e me apoiaram e, gentilmente, repetiram a entrevista, devido a problemas técnicos.

Ao *COESAD* e toda *equipe* por terem me acolhido, me apoiado, me fazendo sentir parte da sua história.

Enfim, a *todos aqueles* que, de alguma forma, acreditaram no meu trabalho e torceram para que pudesse chegar até o final. A *todos vocês* minha enorme gratidão, carinho e respeito.

(...) Para se compreender o real significado da legislação não basta ater-se à letra da lei, é preciso captar o seu espírito. Não é suficiente analisar o texto, é preciso analisar o contexto. Não basta ler nas linhas, é preciso ler nas entrelinhas.

Demerval Saviani



## RESUMO

A assistência oferecida aos indivíduos com transtorno mental e usuários de substâncias psicoativas tem sido marcada historicamente, por processos exclusivos, de segregação e isolamento. Atualmente o sofrimento psíquico tem ficado mais em evidência, pois vem adquirindo proporções significativas na sociedade contemporânea, exigindo das autoridades a formulação de políticas que possam dar elementos concretos no enfrentamento desta problemática, subsidiando uma assistência mais integral e humanizada a essa população. Esse estudo tem por objetivo, traçar a trajetória da Política Estadual de Saúde Mental do Espírito Santo e a Rede de Atenção aos Portadores de Transtorno Mental e Usuários de Álcool e outras Drogas. Metodologia: Para tanto, foi realizado um estudo exploratório, descritivo, documental e bibliográfico com abordagem qualitativa. Teve como cenário: o acervo documental e bibliográfico da Secretaria Estadual de Saúde (SESA), tendo como sujeitos, os gestores: Secretários Estaduais de Saúde e Coordenadores da Saúde Mental, a partir da década de 1990 a 2009. O estudo se constituiu de duas etapas: levantamento de dados e entrevistas. Os dados primários foram coletados através da técnica de entrevista, semi-estruturada, aplicada a esses gestores, e os secundários, foram obtidos através dos documentos oficiais (Planos Estaduais de Saúde, Relatórios de Gestão). As entrevistas foram transcritas e narradas em forma de história, seguindo a ordem cronológica dos fatos, enriquecidas pelos documentos oficiais. Resultados: A política estadual de saúde mental na atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas do estado vem se implementando ora com avanços ora com retrocessos. A rede de atenção aos portadores de transtorno mental e usuários de SPAS do estado, apesar de estar sendo construída paulatinamente e trazendo benefícios a população, ainda é insuficiente para atender a real necessidade da população capixaba que acessa essa rede. Portanto conclui-se, que há necessidade de se rever a operacionalização dessa política e rede, maior integração das instituições públicas com instituições formadoras, com a comunidade, discutindo conjuntamente a realidade da saúde mental no Estado, e maior investimento nos recursos humanos com capacitações e educação permanente.

**Descritores:** Saúde Mental; Política de Saúde; Assistência à Saúde.

## ABSTRACT

The assistance offered to individuals with mental disorder and drug users have historically been marked by exclusive processes of segregation and isolation. Currently mental suffering has been more in evidence, because has been acquiring significant proportions in contemporary society, demanding from the authorities to formulate policies that can give concrete evidence of this problem, supporting a more holistic and humane care for this population. This study aims to trace the trajectory of the Mental Health State Policy of Espírito Santo and the Network of Care for Persons with Mental Disorder and Users of Alcohol and Other Drugs. Methodology: For this, there will be an exploratory, descriptive, documentary and literature with a qualitative approach. The scenario: the documents and literature from the State Department of Health, the subject, the managers: Secretaries of Health and Mental Health Coordinator, (since) the 1990s to today. The study will consist of two steps: data collection and interviews. The primary data will be collected through the interview technique, semi-structured, applied to these managers; the secondary will be obtained from official documents (State Health Plans, management reports and other documents that emerge as relevant.) The interviews will be transcribed and narrated in story form, in chronological order of events, enriched by the documents. Results: The state policy of integral attention in mental health to users of alcohol and other drugs of State has been implementing now with advances sometimes with setbacks. The attention network to patients with mental disorder and users of SPAS of the state, despite being built and gradually bringing benefits to the population, is still insufficient to meet the actual need of the state population that accesses to the network. Therefore it is concluded that is necessary to review the operation of this policy, networking and funding, greater integration of public institutions with training institutions, agencies and sectors that constitute the state and the community together to discuss the reality of mental health in the state As well as increased investment in human resources with training and continuing education.

**Descriptors:** Mental Health; Health Policy; Health Care

## LISTA DE SIGLAS

AIH - Autorização de Internação Hospitalar

APS - Atenção Primária a Saúde

AIS- Ações integradas de Saúde

CAPES - Coordenação e Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CAPS ad - Centro de Atenção Psicossocial para álcool e drogas

CAPS i - Centro de Atenção Psicossocial para crianças e adolescentes

CAPS I - Centro de Atenção Psicossocial para adultos. População de 20 a 70.000 mil habitantes.

CAPS II - Centro de Atenção Psicossocial para adultos. População de 70 a 200.000 mil habitantes.

CAPSI - Centro de atenção Psicossocial para população de referência com transtornos mentais severos e persistentes. População acima de 200.000 mil habitantes.

CEBRID- Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas

CEPAD- Centro de Estudos e Pesquisas sobre Álcool e Outras Drogas

CID- Classificação Internacional de Doenças

COESAD – Conselho Estadual sobre Drogas

CNS - Conferência Nacional de Saúde

CNSM - Conferência Nacional de Saúde Mental

CONSAM - Coordenação Nacional de Saúde Mental

DEACLE - Delegacia Especializada do Adolescente em Conflito com a Lei

ESF – Estratégia de Saúde da Família

GAP – Grupo de Avaliação Assistência Psiquiátrica

HUCAM- Hospital Universitário Cassiano Antonio de Moraes

NAPS - Núcleo de Atenção Psicoassocial

NASF- Núcleo de atenção a Saúde da Família

NEAD – Núcleo de Estudos sobre o álcool e outras Drogas

NOAS – Norma Operacional de Atenção à Saúde

NOB - Norma operacional Básica

MNLA - Movimento Nacional da Luta Antimanicomial

OMS - Organização Mundial da Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PNAD – Política Nacional de álcool e outras Drogas

PNASH – Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares

REUNI- Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais

RP – Reforma Psiquiátrica

SESA – Secretaria Estadual de Saúde

SENAD – Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas

SIAB – Sistema de Informação e Atenção Básica

SIH - Sistema de Informação Hospitalar

SUDS- Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SM - Saúde Mental

SAS- Secretaria de atenção a Saúde

SNAS – Secretaria Nacional de Assistência a Saúde

SPAs - Substâncias Psicoativas

SUS - Sistema Único de Saúde

TM – Transtorno Mental

TMC - Transtornos Mentais Comuns

UFES – Universidade Federal do Espírito Santo

UNODOC – United Nations Office on Drugs and Crime

## APRESENTAÇÃO

*Há memórias que moram na cabeça, muito úteis. Se nos esquecemos delas, cuidado, pode ser alzheimer se anunciando! Essas memórias não doem, são informações que levamos no bolso, ferramentas. Mas há outras memórias que moram no coração, são parte da gente*

*(Rubem Alves)*

### (RE) VENDO O FILME SOBRE A LOUCURA E MINHA TRAJETÓRIA PROFISSIONAL ENQUANTO ENFERMEIRA

A assistência oferecida aos indivíduos com transtorno mental (TM) e usuários de substâncias psicoativas (SPAs) tem sido marcada historicamente, por processos exclusivos, de segregação e isolamento. Atualmente o sofrimento psíquico tem ficado mais em evidência, pois vem adquirindo proporções significativas na sociedade contemporânea, exigindo das autoridades a formulação de políticas sociais que possam dar elementos concretos ao enfrentamento desta problemática, subsidiando uma assistência mais integral e humanizada a essa população com uma rede de assistência organizada, funcional e efetiva. Assim, esses dois termos entraram na minha trajetória e passaram a fazer parte da minha história.

A escolha do tema e depois do objeto, deu-se no início, pela necessidade de compreender essa “*loucura*” que é a saúde mental dentro de uma rede de atenção à saúde, com ênfase na saúde mental, construída a partir de uma intrigante luta social que conseguiu fazer da loucura um espaço de desconstrução, e depois de reconstrução da vida e da doença (Figura 2).

No nosso cotidiano enquanto usuários dos serviços de saúde ao buscarmos por assistência vivenciamos a implantação e a implementação das políticas do SUS. Durante o processo formador enquanto acadêmicos da área de saúde, passamos a vivenciar o produto dessa política por uma nova perspectiva, na dualidade de usuários/ profissional/ serviço. Na inserção no mercado de trabalho enquanto enfermeiros passamos a atuar nessa rede de atenção e a

participar diretamente da construção desse novo modelo assistencial e, no entanto, percebemos que há uma lacuna deixada nessa área de saúde mental, e uma defasagem de conhecimento específico, que nos deixam vulneráveis à construção de planejamentos, ações e estratégias mais consistentes com essa realidade dos transtornos mentais e das substâncias psicoativas. É necessário buscar mais embasamento.

Essa busca me levou no período da graduação em Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) a inserir-me como bolsista de iniciação científica no Núcleo de Estudos de Álcool e outras Drogas (NEAD), onde são realizadas várias pesquisas em Saúde Mental (SM) e SPAs. Deste modo, tive a oportunidade de obter subsídios teóricos e técnicos para lidar com esse universo, estreitar mais com a área e, assim, compreender a dinâmica dessa rede assistencial em saúde mental álcool e outras drogas, as políticas relacionadas e, principalmente, o meu papel enquanto enfermeira nessa complexa rede político- assistencial.

Nesse espaço pude perceber o quanto era complexo o universo da SM e das SPAs, pois demandava vários conhecimentos interdisciplinares, recursos humanos capacitados, serviços estruturados e organizados, planejamentos mais estratégicos, bem como, políticas bem estruturadas, articuladas e integradas, além de recursos financeiros otimizados, para que tais usuários pudessem ser melhor assistidos, com de forma humanizada e integral. A inserção no mercado de trabalho me fez perceber, que necessitava me atualizar enquanto membro de uma equipe multiprofissional e interdisciplinar para, assim, lidar melhor com os desafios da intervenção, planejamento, acolhimento, assistência e tratamento desses usuários,.

A busca por aperfeiçoamento profissional me levou à Especialização em Saúde da Família e à reaproximação com a área de Saúde Mental, o que me fez conhecer novos aspectos deste fenômeno. Com a aprovação no Mestrado em Saúde Coletiva e o convite pela Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Marluce Miguel de Siqueira a retornar ao NEAD, me deparei com novas pesquisas sendo realizadas em duas linhas: políticas públicas relacionadas à saúde mental, ao álcool e outras drogas e uso de substâncias psicoativas entre universitários.

O tema política pública sobre SPAs me chamou a atenção por dois motivos: primeiro, pela minha vivência profissional enquanto enfermeira atuante na Estratégia de Saúde da Família, onde pude ver na prática a falta de implementação destas políticas e a dificuldade na organização e estruturação dos serviços de saúde de assistência aos usuários destas substâncias e usuários portadores de transtorno mental (TM), e em segundo lugar, por ter a oportunidade de compreender a trajetória da formulação e implementação de uma política estadual e de como essa influencia os programas, projetos e o dia a dia dos serviços locais de saúde.

E por fim, quem sabe, a procura por respostas a algumas inquietações que me acompanharam no percurso da minha trajetória profissional:

- Porque mesmo tendo políticas públicas específicas para os pacientes com TM e usuários de SPAs, os indicadores sociais, epidemiológicos e econômicos indicam o agravamento da situação no país e no estado?

- Como foi construída a Política de Saúde Mental do Estado? Como foi pensada e articulada a Política de Saúde Mental no ES? Foi ela facilitadora ou dificultadora para a organização da rede de atenção aos portadores de TM, especialmente aos usuários de SPAs?

- Quais os atores sociais que estiveram envolvidos na construção dessa política? Houve alguma forma de resistência ou obstáculo que essa política precisou superar para que chegasse a esse formato atual?

- E por fim, os serviços que surgiram dela, estão compatíveis com a necessidade dessa população?

Esta dissertação insere-se na área de concentração: *política e gestão em saúde* - políticas públicas e sistema de saúde, do Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo, e foi produzida junto ao Núcleo de Estudos de Álcool e outras Drogas (NEAD), o qual vem desenvolvendo vários estudos e pesquisas sobre os TM, especialmente as SPAs, desde a sua criação em 1996. Para sua realização contou com o apoio técnico-científico do NEAD e com a bolsa do Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e



Expansão das Universidades Federais (REUNI), no período de maio a dezembro de 2009 e, em seguida, da Coordenação e Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior (CAPES), nos meses de janeiro a fevereiro de 2011.

Sendo que no período de execução da dissertação, o NEAD passou a ser um Centro de Estudos e Pesquisas sobre Álcool e outras Drogas (CEPAD) a partir de um projeto do Governo Federal em que foi aprovada a inauguração de um Centro Regional de Referência para Formação Permanente de Profissionais que atuam junto a usuários de crack e outras drogas. Fato este que inaugura uma Nova Era na temática para o estado do Espírito Santo.

Deste modo, esta dissertação é apresentada e está estruturada em (07) sete capítulos:

*No primeiro capítulo estaremos revisitando a atenção aos portadores de transtorno mental de um modo geral.*

*No segundo capítulo será narrado um pouco sobre a trajetória da Reforma Psiquiátrica até a Política Nacional de Saúde Mental.*

*No terceiro capítulo destacamos os objetivos a que nos propomos.*

*No quarto capítulo tecemos os caminhos de nosso percurso metodológico.*

*No quinto capítulo iremos visitar um pouco da história da saúde mental no Espírito Santo.*

*No sexto capítulo estaremos traçando algumas considerações na ótica saúde mental no espírito santo: e, eu com isso?*

*E por fim no sétimo capítulo as referências. E, lembrando uma reflexão de NIETZSCHE:*

*“A loucura é rara em indivíduos - mas em grupos, partidos, nações e eras ela é a regra”.*

Desejo a todos (as), uma boa leitura!  
Márcia Peixoto César

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Hospital Pedro Fontes, Cariacica ES.....	29
Figura 2	Pintura Abstrata produzida em CAPS.....	29
Figura 3	Tratamento portador de TM na Idade Média.....	39
Figura 5	Usuário com TM em Hospital Psiquiátrico.....	62
Figura 6	Usuário com TM em Hospital Dia.....	62
Figura 7	Buscando o caminho.....	73
Figura 8	Hospital Psiquiátrico Adalto Botelho, Cariacica- ES.....	125
Figura 9	CAPS Vitória, ES- arteterapia.....	125

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO .....	Erro! Indicador não definido.
<b>CAPÍTULO 1: (RE)VISITANDO A ATENÇÃO AOS PORTADORES DE TRANSTORNO MENTAL .....</b>	<b>30</b>
<b>CAPÍTULO 2: DA REFORMA PSIQUIÁTRICA À POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL .....</b>	<b>40</b>
<b>CAPÍTULO 3: OBJETIVOS .....</b>	<b>66</b>
3.1 GERAL .....	66
3.2 ESPECÍFICOS .....	66
<b>CAPÍTULO 4: PERCURSO METODOLÓGICO: TECENDO OS CAMINHOS.....</b>	<b>67</b>
4.1 PROCEDIMENTOS.....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
4.1.1 Coleta de dados.....	70
4.1.2 Análise dos dados.....	72
4.1.3 Aspectos éticos .....	72
<b>CAPÍTULO 5: REVISANDO A HISTÓRIA DA SAÚDE MENTAL NO ESPÍRITO SANTO.....</b>	<b>74</b>
5.1 A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL DO ESPIRITO SANTO: ESTÓRIAS DA HISTÓRIA .....	74
5.2 ESPÍRITO SANTO: UM POUCO DO SEU PERFIL .....	76
5.3 POLÍTICA ESTADUAL DE SAÚDE MENTAL: BASTIDORES DA SUA FORMULAÇÃO .....	80
5.4 POLÍTICA ESTADUAL DE SAÚDE MENTAL: MOMENTO PULSANTE DA FORMULAÇÃO .....	91
5.5 REDE ESTADUAL DE ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL: DESAFIOS DA SUA (DES)CONSTRUÇÃO .....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
5.6 POLÍTICA ESTADUAL DE SAÚDE MENTAL: AVANÇOS E RETROCESSOS.....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>

**CAPÍTULO 6: SAÚDE MENTAL NO ESPÍRITO SANTO: E, EU COM ISSO? .....126**

**CAPÍTULO 7: REFERENCIAS: (RE)VISITANDO OS ATORES**Erro! Indicador não definido.

**APÊNDICES.....155**



---

## INTRODUÇÃO

Não desças os degraus do sonho  
Para não despertar os monstros.  
Não subas aos sótãos - onde  
Os deuses, por trás das suas máscaras,  
Ocultam o próprio enigma.  
Não desças, não subas, fica.  
O mistério está é na tua vida!  
E é um sonho louco este nosso mundo...  
(Mario Quintana – OS DEGRAUS)

Os cuidados dispensados aos indivíduos com transtornos mentais têm sido marcados, historicamente, por processos de segregação, exclusão e isolamento. Nos dias atuais, no entanto, o sofrimento psíquico ficou mais em evidência, pois adquiriu proporções alarmantes na sociedade contemporânea (MEDEIROS, 2005).

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) junto com a Organização Mundial de Saúde (OMS), vem chamando a atenção para o crescente aumento da prevalência de transtornos mentais na população, principalmente nas últimas décadas. Estima-se que atualmente cerca de 450 milhões de pessoas sofram de transtornos mentais ou neurobiológicos, e os sofrimentos psíquicos, representem quatro, das dez principais causas de incapacitação em todo o mundo, embora a maioria seja de caráter prevenível. Em função desta problemática essas organizações conclamam aos governos a investirem em políticas de saúde para enfrentarem essa situação, priorizando medidas de promoção da saúde mental e de prevenção dos transtornos mentais, além do tratamento e da reabilitação psicossocial daqueles que padecem com transtornos mentais severos (OPAS/OMS, 2001).

Vários países desenvolvidos, como: Alemanha, França, Estados Unidos, Reino Unido, países em desenvolvimento e principalmente os subdesenvolvidos, vêm apresentando crescimento da prevalência dos transtornos mentais comuns

(TMC), porém, poucos casos são diagnosticados e tratados adequadamente, porque os serviços tradicionais de saúde raramente estão preparados para lidar com este problema (MARAGNO et al., 2006).

Em todo o mundo, milhões de pessoas sofrem de perturbações mentais ou neurológicas, de problemas psicossociais, como o uso abusivo de álcool e drogas. A grande maioria sofre silenciosamente com sua doença, e também com a exclusão social que a doença provoca. Pessoas com problemas de saúde mental não representam perigo para a família, comunidade ou sociedade, por esse motivo, devem ser tratadas adequadamente e inseridas na comunidade, sem medo ou exclusão, e assim, poderão levar uma vida normal e produtiva como qualquer cidadão (OPAS/OMS, 2001).

De acordo com o Ministério da Saúde estima-se que 3% da população geral sofram com transtornos mentais severos e persistentes; 6% apresentem transtornos psiquiátricos graves decorrentes do uso de álcool e outras drogas; 12% necessitem de algum tipo de atendimento em saúde mental, seja contínuo ou eventual. E, além disso, 2,3% do orçamento do Sistema Único de Saúde (SUS) é gasto com saúde mental (BRASIL, 2004a).

A projeção epidemiológica para a saúde mental nos próximos vinte e cinco anos, de acordo com a OPAS/OMS (2001) não é animadora. A estimativa é que haja um aumento significativo dos transtornos mentais, sendo que, de cada quatro habitantes do planeta um enfrentará algum tipo de transtorno mental, podendo ser depressão, esquizofrenia, atraso mental, distúrbio da infância e adolescência, dependência do álcool e outras drogas ou mal de Alzheimer. Tais dados nos trazem a preocupação de como essa população irá ser assistida e como os serviços se estruturarão para acolhê-las.

Nessa perspectiva, a OMS tem enfatizado, através do Proyecto Atlas (OMS, 2001) que uma das suas maiores preocupações, é a falta de políticas, programas e recursos que enfrentem a problemática da saúde mental. No cenário internacional, verifica-se que dos 191 países membros da OMS 41% deles não dispõem de nenhuma política de saúde mental e nem de centros de tratamento para transtornos mentais graves na atenção primária; 25% carecem

de legislação sobre saúde mental; 28% não possuem pressuposto independente para saúde mental; 37% necessitam dos Centros de Atenção Comunitária e 65% dos leitos específicos encontra-se em hospitais psiquiátricos. O Brasil tem posição de destaque, pois vem estabelecendo prioridades para o enfrentamento das questões que dificultam a reversão do modelo hospitalocêntrico.

Além dos transtornos mentais exigirem dos sistemas de saúde da atualidade novas formas de atenção, em função da mudança do modelo assistencial que passa do modelo hospitalar para o de base comunitária, com serviços organizados, acolhedores e humanizados, com bases territoriais e recursos humanos capacitados, surge uma nova questão a ser enfrentada, as 'SPAs', que passam a exigir dos serviços de saúde, desde a atenção primária a média e alta complexidade, novas formas de intervenção e organização (BRASIL, 2002a).

O uso indevido de SPAs tem sido tratado na atualidade como uma questão de ordem internacional, mobilizando nações em todo mundo. Os efeitos negativos são vistos na sociedade e ameaçam valores políticos, econômicos, humanos e culturais dos estados e sociedades, infligindo consideráveis prejuízos aos países, contribuindo com o crescimento dos gastos com tratamento médico, internação hospitalar, além dos índices de acidentes de trânsito e trabalho, violência urbana e de mortes prematuras. Afeta homens, mulheres de todas as idades, raças, nível social, qualificadas ou não, podendo atingir até bebês recém-nascidos que acabam herdando doenças ou a dependência de seus genitores (SOUZA; OLIVEIRA, 2008).

Deste modo, as SPAs tornam-se um grave problema de saúde pública, requerendo ações tanto de repressão a oferta quanto de redução da demanda. Suas conseqüências trazem consideráveis prejuízos às nações do mundo inteiro e não são detidas por fronteiras: avançam por todos os cantos da sociedade e por todos os espaços geográficos, afetando homens e mulheres de diferentes grupos étnicos, independentemente de classe social e econômica ou mesmo de idade (BRASIL, 2001a).

Embora, tenha-se consciência de que o uso, de “forma epidêmica”, é uma característica dos tempos atuais, e mesmo considerando que o desejo de “transcender” é inerente ao ser humano, verifica-se que esse desejo se tornou um risco e um perigo, agravados pelas doenças desenvolvidas com este avanço. Além desse agravo, os custos da dependência incluem gastos pessoais e familiares do sistema de saúde, de perdas laborais, de redução de impostos, do sistema judicial e correcional, de serviços policiais, exercendo um peso importante no orçamento nacional (CARVALHO; CARVALHAES; CORDEIRO, 2005).

De acordo com o Relatório sobre a Saúde no Mundo em 2001, das 20 doenças que acometem a faixa etária de 15 a 44 anos na população masculina e acarretam anos vividos com alguma incapacidade, os transtornos devido ao uso de álcool assumem o segundo lugar com 10,1%, e os transtornos devido ao uso de drogas ilícitas encontram-se na nona posição com 3,0% (OMS, 2001). Estima que hoje existam dois bilhões de pessoas em todos os continentes que consomem bebidas alcoólicas e cerca de 76,3 milhões convivem com diagnóstico de desordem relacionado a este consumo, o que traz uma carga social e econômica considerável sob a perspectiva da saúde pública (BORTOLUZZ et al., 2008).

Outro dado importante advém de um estudo da Universidade de Harvard (Estados Unidos), o qual indicou que das dez doenças mais incapacitantes em todo o mundo, cinco são de origem psiquiátrica e o alcoolismo é uma delas. Apesar de serem responsáveis diretamente por somente 1,4% de todas as mortes, as condições neurológicas e psiquiátricas foram responsáveis por 28% de todos anos vividos com alguma incapacidade para a vida (BRASIL, 2000 a).

Em 2007 foi lançado o Relatório das Nações Unidas (ONU), referente a 2006, nele ficou evidenciada a necessidade de rever as legislações e estratégias de enfrentamento da problemática “fenômeno SPAs”, devido ao incremento que teve o consumo de drogas ilícitas em todo o mundo. De acordo com o relatório, 200 milhões de pessoas (5% da população mundial de 15 a 64 anos de idade) consumiram drogas pelo menos uma vez nos 12 últimos meses. Mostrou ainda que as SPAs mais consumidas em nível mundial foram a maconha com 4%



(em torno de 62 milhões de pessoas), seguido de estimulantes do tipo anfetamínicos (35 milhões de pessoas), os opiáceos (aproximadamente 16 milhões de pessoas, das quais 11 milhões consumiram heroína) e a cocaína com cerca de 13 milhões de pessoas usuárias. Das drogas lícitas, 30% da população mundial usam tabaco e 50% consomem álcool (UNODOC, 2006; 2009).

No Brasil, os levantamentos epidemiológicos evidenciam o gradativo aumento do consumo de SPAs na população. Nos anos 2001 e 2005 foram realizados, respectivamente, o I e o II Levantamento Domiciliar Sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas psicotrópicas (CEBRID), por solicitação da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD). Os resultados demonstraram que a dependência de álcool passou de 11,2% na população de 12 a 65 anos em 2001, para 12,3% em 2005. O II Levantamento evidenciou, na média nacional, que o uso de tabaco na vida foi de 44% e uso dependente 10,1%; quanto ao uso de maconha na vida foi de 8,8% e o uso dependente foi de 1,2% (CARLINI et al., 2002; 2006)

O aumento do consumo também foi evidenciado entre os jovens no V Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública de Ensino de 27 Capitais Brasileiras. Este levantamento demonstrou, em 2004, que o uso na vida do álcool foi de 65,2 %, uso no ano de 64,6%, uso no mês de 45,4, uso freqüente de 10% e uso pesado de 6,3%. O uso de tabaco na vida foi de 24,9%, seguido pelos solventes com 15,4%, bem superior ao encontrado no I Levantamento (GALDUROZ, 2005).

Em 2010, a pesquisa “Uso de Bebidas Alcoólicas e outras Drogas nas Rodovias Brasileiras e outros Estudos”, que entrevistou 3.398 motoristas, mostrou que 71,1% referiram ter bebido no último ano, 73,1% relataram “binge” menos que uma vez por mês, enquanto 25,3% entre duas a oito vezes por mês. Além disso, 12,8% relataram ter ingerido bebida alcoólica no dia da coleta. E, ainda, através da coleta de saliva, 150 (4,6%) apresentaram

positividade para outras SPAs: cocaína (2,05%), maconha (1,5%) e benzodiazepínicos (1,04%) (PECHANSKY et al., 2010).

Participando do II Levantamento Domiciliar Sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, como estado da região sudeste, o Espírito Santo com os seus quatro municípios mais populosos, evidenciou uma média mais elevada do que a média nacional no uso de álcool na vida em 80,4% da população pesquisada, e em 12,7% a dependência de álcool. O uso do tabaco na vida foi de 47,6% e de dependência 10,4%; o uso da cannabis foi de 10,3% na vida, sendo 1,5% o de dependência; foi constatado o uso de benzodiazepínico na vida em 6,6% da população pesquisada e 0,8% de uso dependente (CARLINI et al., 2006).

Segundo a Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo, em 2005, 1.206 pessoas foram internadas decorrentes do uso de álcool e 20.126 pessoas são alcoolistas de acordo com dados coletados pelo Programa de Saúde da Família (SESA, 2007).

Outro dado relevante referente ao estado, veio do levantamento recente feito pela Delegacia Especializada do Adolescente em Conflito com a Lei (DEACLE) e publicado no jornal online “Séculodiário”. Segundo este levantamento, 43% dos jovens capixabas que cometeram delitos se envolveram com drogas, sendo estes delitos: tráfico (14%), associação ao tráfico (9%), tráfico e associação (15%) e tráfico e furto (7%). Ao serem confrontados os dados de 2010 com os 2005, os crimes relacionados ao tráfico não passavam de 9% há cinco anos (SECULODIARIO, 2010).

Além disso, conforme a mesma publicação, o Estado é detentor de uma taxa de mais de 70 homicídios para cada grupo de 100 mil habitantes figurando, desde 2003, como um dos estados mais violentos da Federação. As próprias autoridades policiais do Estado admitem que tal fato esteja diretamente relacionado ao tráfico e ao uso de SPAs, sobretudo o crack, que é considerado pelos especialistas como um fator de risco determinante para violência urbana (SÉCULODIARIO, 2010).

Justifica-se assim, esta iniciativa, pela magnitude dos problemas relacionados ao acolhimento dos portadores de TM e usuários de SPAs nos diferentes níveis de atenção no estado do ES, e por no momento, estar se reorganizando a rede de atenção a esses usuários, e também, porque o estado vem vivenciando ações intersetoriais no combate às SPAs.

Logo, a relevância do presente estudo é destacada, por ir ao encontro do que o Ministério da Saúde entende como desafios a serem enfrentados para a atenção integral a essa população historicamente marginalizada, como: o fortalecimento de políticas públicas de saúde voltadas para grupos de pessoas com transtornos mentais de alta prevalência e de baixa cobertura assistencial; a consolidação e ampliação da rede de atenção de base comunitária e territorial promotora da reintegração social e da cidadania; a implementação de uma política de saúde mental eficaz no atendimento às pessoas com sofrimentos psíquicos, com a crise social; a violência e o desemprego; o aumento de recursos anuais do SUS para a saúde mental; a redução progressiva dos leitos psiquiátricos; a qualificação, expansão e fortalecimento da rede extra-hospitalar; a implantação de CAPS, serviços residenciais e unidades e/ou leitos psiquiátricas em hospital geral; a inclusão das ações de saúde mental na atenção básica (BRASIL, 2007a).

Além desses fatos, torna-se necessário pensar em uma política inclusiva e efetiva que favoreça o acesso e a acessibilidade dos portadores de TM e usuários de SPAs aos programas, projetos e serviços de saúde locais, para que sejam acolhidos e recebam o tratamento adequado, pois segundo Schneider (2008), somente 23% dos dependentes de SPAs procuram serviços de tratamento específico para a problemática, sendo que muitos não os procuram por falta de recursos financeiros. As pessoas de classes menos abastadas são as que mais sofrem quando envolvidas nessa situação, em função da insuficiência de serviços públicos de atenção à dependência de álcool e outras drogas.

Deste modo, compreendendo a trajetória da construção da saúde mental no estado e a rede de atenção em implementação, poderemos produzir um produto científico acessível aos gestores implementadores destas políticas

relacionadas às SPAs e de TM, para que possam articular uma rede de atenção preventiva preservadora dos direitos humanos, permanente e realista. Buscando garantir atenção aos usuários de SPAs, contribuindo para a redução dos danos à sua saúde e à sociedade (como doenças, overdoses, dependência e mortes violentas, acidentes de trânsito e de trabalho, entre outros) e que promova a inserção de grandes setores da sociedade. Além disso, que proporcione alternativas de vida, projetos e programas viáveis e sustentáveis, evitando com isso, que cada vez mais precocemente jovens e crianças fiquem a mercê do tráfico como forma de subsistência e alternativa aos problemas sócio/políticos/sociais que enfrenta o país (MESQUITA, 2004).

Embora seja possível constatar alguns impasses na implementação dessa política estadual de saúde mental, álcool e outras drogas, estes não serão aqui investigados ou aprofundados. Este estudo limita-se a identificar e traçar a trajetória da política estadual de saúde mental, e os fatores que contribuíram para a construção dessa política no estado e que possibilitaram a implementação da atual rede de atenção aos portadores de TM e usuários de SPAs.

O CONTRASTE DO PASSADO E PRESENTE: DA EXCLUSÃO AO  
ACOLHIMENTO:



Figura 1- Hospital Pedro Fontes: um espaço de exclusão e isolamento

Fonte: Hospital Pedro Fontes



Figura 2 - Pintura abstrata de artista com TM no CAPES

Fonte: Google imagens

>> **I**

---

## (RE) VISITANDO A ATENÇÃO AOS PORTADORES DE TRANSTORNO MENTAL

O que se opõe ao descuido e ao descaso é o cuidado.  
Cuidar é mais que um ato; é uma atitude.  
Portanto, abrange mais que um momento de atenção.  
Representa uma atitude de ocupação, preocupação,  
de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro.  
(Leonardo Boff)

A história mostra que a loucura, alienação, doença mental, transtorno mental, sofrimento psíquico, não foram pensados de maneira uniforme, nem ao longo da história, nem no mesmo espaço temporal. A forma como a loucura foi sendo conduzida, conceituada ao longo da história, influenciou diretamente os espaços e as práticas destinadas a ela (VIDAL- ALARCON, 1986).

A loucura nem sempre foi considerada algo negativo, muito menos uma doença, pelo contrário, na Grécia antiga ela já foi considerada até mesmo um privilégio. Filósofos como Sócrates e Platão ressaltaram a existência da loucura como divina e, inclusive, utilizavam a mesma palavra (manikê) para designar tanto o “divinatório” como o “delirante”, e era através do delírio que alguns privilegiados podiam ter acesso a verdades divinas. Essa relação entre experiência mística e consciência crítica vai prevalecer por muito tempo e, somente mais tarde, vai se dissolver (PELBART, 1989).

Na Idade Média a associação e a identificação da loucura se deram no campo da demonologia, com predomínio da concepção religiosa e dos feitiços. Esta determinação demoníaco-possessiva da loucura retirava qualquer competência médica de seu entendimento ou tratamento, a reservando à esfera da fé e da crença, sendo por isso, as práticas de cura as mesmas das expiações dos

pecados, com peregrinações a lugares santos, confissões, ritos de preces, manifestações de devoção e de caridade (pois salvar o outro equivaleria a salvar a si próprio) exorcismo, ingestão e consumo de ervas e xaropes, autoflagelação e suplícios, torturas para expiar o demônio e, quando necessário, morte na fogueira (PESSOT, 1994; MURARO, 1997).

Olhando para a questão da loucura na Idade Média, Foucault (1999) pontua que ela estava dividida entre os poderes do espírito que lhe davam o sentido abstrato e as causas orgânicas que lhe davam a existência concreta. Os loucos eram admitidos e podiam de certa forma vagar pela cidade, eles não se casavam, não participavam de jogos, eram alimentados e sustentados pelos seus familiares. Mas quando, por vezes, tornavam-se excitados e perigosos, eram afastados do convívio social e presos.

No período Renascentista a loucura é percebida de distintas formas e expressa de várias maneiras, desde os ritos populares aos textos literários, estando vinculada a uma experiência transcendental. Diferentemente do que seria forjada com o tempo, a loucura não significava ausência da razão. Imaginava-se que a loucura continha um momento de razão mesmo quando se expressava na imediata contradição da verdade, ou seja, a verdadeira razão não estava isenta das formas da loucura. Até então, a loucura estava situada na fronteira da razão, e não fora dela. Com o passar do tempo a experiência da loucura é dissociada da razão, e assim, a relação dela com a sociedade passa a ser conformada por uma desrazão, ou ausência da razão, passando a ser associada à impossibilidade, tendo os seus atos negativados (FOUCAULT, 1972).

Com o advento do Capitalismo, mudam-se as concepções e conceitos sobre a doença mental. Na nova ordem pré-capitalista, o pobre e o louco, passam a ser vistos como improdutivos e um empecilho para o desenvolvimento da nova ordem social. Com o conceito de lucro, a burguesia começa a prosperar e os doentes passam a ser um problema moral e uma ameaça para a sociedade. Já na Europa, no século XV, era comum o louco ser expulso da cidade e a loucura torna-se comparada à lepra, que assolou grande parte da Idade Média, e assim

como tal, devia ser excluída e isolada e até mesmo rechaçada para lugares distantes das cidades (FOUCAULT, 1999).

Tem-se assim, início a um verdadeiro movimento de banimento dos loucos para longe de seu local de origem. As cidades os entregavam nas mãos de mercadores, viajantes e principalmente de marinheiros para que fossem conduzidos a um destino incerto, onde podiam morrer nas viagens, se perderem ou aportarem em cidades desconhecidas, que agora se encarregariam de “cuidar” deste louco, mais pelo fato do mesmo ser estrangeiro do que por sua doença ou estado de espírito (PESSOTTI, 1999).

Na Europa, foram adotadas várias formas de repressão e punição contra a mendicância, a vagabundagem e a ociosidade. Neste período havia uma população de mendigos em Paris que chegou a ser estimada em mais de 80.000 pessoas. Foram criadas instituições, casas de correção e hospitais gerais que ‘destinavam-se a limpar as cidades dos mendigos e anti-sociais em geral’. A pessoa com doença mental era mais uma dentre as que passaram a ser alvo de medidas de ‘limpeza social’, confinados nos porões das Santas Casas e dos hospitais gerais. Assim, os doentes mentais iriam partilhar com os demais deserdados de toda sorte, formas de punição e tortura (RESENDE, 1987).

Aos rebeldes aplicavam-se sangrias e provocavam torturas por meio de acessórios especiais, os loucos não se adaptavam a essas casas, queriam estar livres, incomodavam, enfureciam-se e eram colocados em correntes, vivendo como um animal enjaulado. No século XVII e XVIII, com o advento do Iluminismo, com as descobertas técnicas - científicas, a loucura passou a ter nova conotação ‘doença mental’, portanto, não vista mais como algo mágico, demoníaco, castigo, mas plausível e passível de tratamento (SERRANO 1992).

O fenômeno da ‘loucura’ na idade moderna, com a nova conceituação de doença mental, trouxe uma nova perspectiva de abordagem no tratamento desses indivíduos considerados loucos. O tratamento passou a se dar através da medicalização e terapeutização, mas não excluía ainda a exclusão social



que esses indivíduos vivenciavam e nem os maus tratos a que eram submetidos em nome da busca da cura (AMARANTE, 2000).

Nesse período, surge o médico Philippe Pinel (francês) que vai trazer no fim do século XVIII e início do XIX, a loucura como essencialmente médica. Embora a estrutura asilar permanecesse a mesma, às antigas características somou-se uma nova, a função médica. Se anteriormente o asilo não tinha um caráter médico, é a partir do século XVII que este espaço vai se tornando destinado à insanidade (GOMES, 2006). O nascimento da Psiquiatria advém das reformas Francesas, no momento em que os reformadores delegaram a Pinel à atribuição de conferir o caráter terapêutico dos hospitais,

A psiquiatria acaba recebendo o mandato de lidar e dar conta da loucura que já vinha sendo submetida, desde o século XVII, à reclusão institucional [...] a primeira tarefa da psiquiatria foi adotar a loucura de um estatuto de inteligibilidade, de uma tradução científica que permita sua adequação ao olhar e a intervenção do modelo médico (TEIXEIRA, 1995 p.96).

A liberdade de Pinel constituía-se na prática, uma pseudo liberdade, já que os doentes não estavam livres dos limites do hospital, mas sim, de um tratamento visto como desumano, eles libertavam-se das correntes e dos porões, mas eram enclausurados no saber médico-científico e pelo hospício. O tratamento proposto por Pinel era o completo isolamento do mundo exterior. Ainda segundo o autor, a iniciativa de Pinel abre duas questões importantes: se por um lado, tal iniciativa cria um campo de possibilidades terapêuticas, por outro, define um estatuto patológico e negativo para a loucura. As idéias de Pinel terminam por reforçar a separação dos loucos dos demais excluídos, a fim de estudá-los e buscar sua cura, onde se aplica a reclusão e disciplina, sendo seu objetivo o tratamento moral (GOMES, 2006).

O hospital torna-se um lugar de diagnóstico e de classificação, os médicos tornam-se os únicos capazes de dizer a verdade sobre as doenças e sobre o melhor método de tratamento a ser utilizado, devido ao saber médico que possuíam. Aproveitando do seu poder para realizar a sua vontade sobre a dos pacientes, surgem as técnicas ou procedimentos utilizados nos asilos do século

XIX: isolamento, interrogatórios particulares ou públicos, punições (como as duchas e trabalhos obrigatórios), repreensões, encorajamento, disciplina rigorosa, pregações morais, relação de vassalagem e às vezes de servidão entre médico e paciente (SOUZA, 2008).

Os asilos foram substituídos pelos hospitais/manicômios, destinados ao tratamento dos doentes mentais, desenvolvendo várias experiências e formas de tratamento. O tratamento no manicômio, de acordo com Pinel, deveria ser de reeducação do alienado, implicando respeito às normas e desencorajamento das condutas inconvenientes. 'A função disciplinadora do manicômio e do médico deveria ser exercida como um perfeito equilíbrio entre firmeza e gentileza, o que não acontecia na prática destas instituições' (SOUZA, 2008).

Pinel fez mais do que desacorrentar os loucos e mudar o ordenamento do hospital. Ele fundou a psiquiatria como uma especialidade médica, a partir da elaboração de uma síntese nosográfica sobre a loucura, que dizia que para conhecer a loucura era necessário observar, descrever e classificar o que se chama às vistas do alienista, como sendo estranho ao padrão normal (AMARTANTE, 1996). Assim,

Pinel funda uma tradição, a da clínica, como orientação consciente e sistemática. Os hábitos bizarros, as atitudes estranhas, os gestos e olhares são registrados e comparados com o que está perto, com o que é semelhante ou diferente. Colocado em um lugar da ciência, que se acredita não é contaminado pelas influências da cultura, economia e da sociedade, o alienista, valendo-se de sua percepção social, determina o que é normal, e o que é patológico. Esse é método do conhecimento o que gera a passagem da loucura para a alienação mental (BERCHERIE, 1989, p.31).

Com os estudos de Pinel, foi possível sistematizar conhecimentos sobre a doença mental, buscar diagnóstico para diferentes formas de manifestação destas doenças, e a partir daí, poder propor formas de tratamento mais adequadas a cada caso, o que não vinha ocorrendo até então. Com a inauguração do hospital como local de prática médica, deixando de ser

entidade social e filantrópica, e com a ascensão de Pinel à direção de uma instituição pública de beneficência, constatou-se a existência da primeira reforma da instituição hospitalar com a fundação da psiquiatria e do hospital psiquiátrico (AMARANTE, 2000).

No período contemporâneo, por mais paradoxal que possa parecer, somente com a segunda guerra mundial, cerca de duzentos anos depois de Pinel, é que surgiram os grandes questionamentos em todo o mundo acerca do objetivo da Psiquiatria, seu saber e seu poder, o modelo hospitalar manicomial e o hospital psiquiátrico. Certamente, tais questionamentos, foram influenciados pelas fortes repercussões das experiências nazistas, da bomba atômica, além de diversas outras barbáries ocorridas nestas circunstâncias (ALVES et al, 2009).

Após esse período pós-guerra, profissionais da área da saúde que tiveram a experiência de serem prisioneiros de campos de concentração, vivenciando estas situações de privação de liberdade e violação de direitos, passaram a ter um olhar crítico com relação ao modelo manicomial. Com a reconstrução dos países da Europa, após a vitória dos aliados, os hospícios passam a sofrer críticas a seus atos violentos e excludentes no tratamento da loucura (DIAS, 1997).

Após a segunda guerra mundial, para a reconstrução das instituições sociais surge um grande debate para redefinir a política, a economia e as funções do Estado. Os movimentos sociais passam a exigir reformas já, na atenção a esta população excluída e destituída de direitos sociais, políticos e econômicos. A emancipação dos direitos humanos se propaga, colocando em análise as instituições, numa tentativa de evitar que as produções humanas jamais provocassem uma tragédia de proporções, de violência, isolamento, torturas e destituição de todo e qualquer direito humano, como as destes espaços (BARROS, 2008).

Assim, em diversos países, especialmente na Europa e América do Norte, as instituições psiquiátricas e sistemas normativos e assistenciais da área de saúde mental, passam a sofrer reformas estruturais e legais, passando por algumas transformações chamadas de humanizadoras e preservadoras dos

direitos humanos, mesmo que incipientes, mas que já passavam a produzir novos modelos de atenção e de cuidados aos indivíduos com transtorno mental (DIAS, 1997).

A profundidade e amplitude destas reformas foram variadas, dando forma a paradigmas diferenciados como: a antipsiquiatria e as comunidades terapêuticas (Reino Unido), a psiquiatria comunitária (EUA), a institucional e de setor (França) e a psiquiatria democrática (Itália) (DIAS, 1997). A mudança na assistência psiquiátrica ocorreu de forma diferente nos diversos países, sendo influenciada pelo momento histórico e pelo contexto social, econômico e político de cada um deles.

Na Inglaterra durante a década de 50, surgiu o movimento das comunidades terapêuticas, que tinha como principal fundamento a tentativa de reprodução, no ambiente terapêutico, do mundo externo e suas relações, pois o asilo havia criado outro mundo diferente do real, impossibilitando assim, o tratamento a que se propunha. Já na década de 60, teve início um movimento com Laig e Cooper denominado de “antipsiquiatria”, que promovia forte questionamento da psiquiatria e da doença mental. Esse movimento defendia que a loucura seria um fato social, ou seja, uma reação à violência externa, portanto louco não necessitaria de tratamento, sendo este apenas acompanhado em suas vivências (FLEMING, 1976; DIAS, 1997; ALVES et al., 2009).

Ainda na década de 1960, nos Estados Unidos, desenvolveu-se um movimento denominado de Psiquiatria Comunitária, ou Preventiva, que buscava a prevenção e promoção da saúde mental. Embora não se possa negar a tentativa de melhoria na assistência ao doente mental, bem como as contribuições trazidas por estes movimentos, pode-se dizer que não criticavam a psiquiatria e seu modo de ver e tratar a loucura, apenas reformulava sua prática sem promover nenhuma ruptura epistemológica (AMARANTE, 1998). A psiquiatria preventiva conforme Birman e Costa (1994) incorporaria conceitos da saúde pública e três formas de intervenção:

1) Prevenção primária: intervenção nas condições possíveis de formação da doença mental, condições etiológicas que podem ser de origem individual e (ou) do meio; 2) Prevenção secundária: intervenção que busca a realização de diagnóstico e tratamento precoces da doença mental; 3) Prevenção terciária: que se define pela busca da readaptação do paciente à vida social, após a sua melhoria (p. 54).

A prevenção secundária e terciária já fazia parte do sistema tradicional composto pelo diagnóstico, tratamento e readaptação, mas a prevenção primária, compreendida pela localização e intervenção das possíveis causas geradoras da doença mental seria uma grande novidade da nova psiquiatria, conforme explicitado por Caplan (1980, p. 35);

[...] creio que a psiquiatria preventiva deve incluir a prevenção primária como ingrediente essencial e promover a saúde mental entre os membros da comunidade que não sofram correntemente de quaisquer distúrbios, na esperança de reduzir o risco de que eles venham a ser amanhã mentalmente perturbados. Admito que a inclusão da prevenção primária resulte numa reduzida capacidade para desenvolver nossos esforços psiquiátricos nas áreas da prevenção secundária e terciária.

Na França nas décadas de 1950 e 1960, duas experiências surgiram para transformar o espaço asilar: a Psicoterapia Institucional e a Psiquiatria de setor. A psicoterapia institucional a partir da liderança de François deu início a uma experiência de transformação do espaço asilar do hospital de Saint Alban, buscando sua superação como espaço de segregação, a verticalidade das relações e críticas ao poder médico. Com forte influência da psicanálise e do pensamento marxista, buscava tratar as próprias características doentias das instituições. A psiquiatria de setor inspirada nas idéias de Bonnafé buscava uma transformação das condições asilares do pós-guerra, e a recuperação da função terapêutica da psiquiatria, mas não acreditava ser possível tal obra dentro de uma instituição alienante, promovendo as ações comunitárias, tendo na internação apenas uma das etapas do tratamento (SOARES, 1997; ALVES et al., 2009).

A Psiquiatria Democrática italiana se deu no início da década de 60, em Goriza, onde Franco Basaglia, principal protagonista desse movimento, introduziu o processo de desinstitucionalização da psiquiatria. Basaglia, em um primeiro momento, com um grupo de psiquiatras críticos, propôs a transformação do hospital de Goriza em uma comunidade terapêutica. Com o passar dos anos, tomando consciência das limitações dessa modificação limitada ao interior do hospital, iniciara um percurso de denúncia das práticas tradicionais da psiquiatria que culminou com propostas de abolição da internação em hospitais psiquiátricos (BASAGLIA apud AMARANTE, 1992).

A psiquiatria democrática Italiana a partir de determinado momento, vai embasar a Reforma Psiquiátrica Brasileira e a Política de Saúde Mental. Traz um novo arcabouço de saberes e práticas e constitui um momento de ruptura em relação ao aparato teórico-clínico da psiquiatria. Psiquiatria esta que, ao longo do tempo, transformara a loucura em doença, construindo a forma como a ciência e o senso comum lidaria com ela, bem como, construindo a forma como o doente se portaria diante da sociedade, de sua doença e de si mesmo, através da ruptura epistemológica e metodológica entre o saber e prática psiquiátrica (CASTRO, 2009).

## REVISTANDO A LOUCURA NA HISTÓRIA



Figura 3 – Tratamento de portador de TM na Idade Média

Fonte: Google imagens

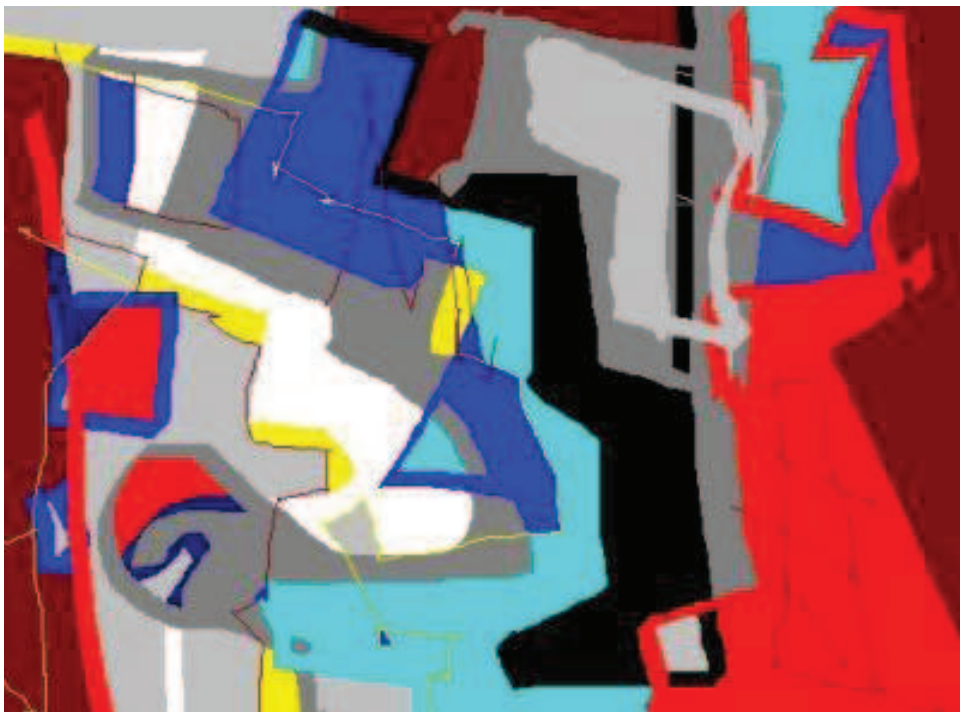


Figura 4- Tratamento de portador de TM na Idade Contemporânea

Fonte: Google imagens

---

## DA REFORMA PSIQUIÁTRICA À POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL

Os cidadãos não terão alívio do mal, nem a raça humana. Creio, a não ser que os filósofos governem as cidades ou que os que hoje chamamos de reis e governantes estudem filosofia verdadeira e genuinamente, até que o poder político e a filosofia coalesçam e as diversas naturezas dos que hoje perseguem alguém até a exclusão do outro sejam forçosamente impedidas de fazê-lo.

(Sócrates, segundo Platão)

A Reforma Psiquiátrica Brasileira se constituiu numa autêntica luta pelos direitos humanos, contrária à indústria da loucura que se instalava no país, através dos hospitais psiquiátricos particulares e conveniados ao governo federal, que produziam a sua cronificação através de uma indústria atravessada pelo poder da corrupção, custos elevadíssimos de assistência psiquiátrica, indo de encontro às necessidades de saúde pública do país (RIBEIRO, 2009).

Esta passa a se configurar em um processo bastante inovador permeado pelas inúmeras iniciativas práticas de transformação, com o surgimento de novos atores e protagonistas, e uma emergente produção teórica, na qual novas questões surgem no cenário do campo da saúde mental (AMARANTE, 2008).

Nesta lógica torna-se um projeto de horizonte democrático e participativo, tendo como protagonistas desse processo, os gestores do SUS, os trabalhadores em saúde e, principalmente, os usuários, familiares dos usuários, portanto um protagonismo de caráter insubstituível (BRASIL, 2005a).

A história da Reforma Psiquiátrica no Brasil começa não diferente das histórias narradas por outros países. No Brasil, era uma rede de desumanidade, de ignomínia, especialmente quando se tratava da rede hospitalar privada. Essa



rede assistencial ofertada de forma massiva, nos anos sessenta, cresce até meados da década de oitenta, sustentada por recursos advindos da unificação da Previdência Social. Operava com um modelo terapêutico precário que se apoiava no uso indiscriminado de psicofármacos e no isolamento dos doentes mentais em hospitais psiquiátricos. Como consequência dessa assistência os resultados mais palpáveis foram: superlotação dos hospitais psiquiátricos, iatrogenia, cronificação da doença, altos índices de mortalidade e segregação dos usuários (COSTA, 1987; GOULART, 1992).

Os doentes mentais eram tratados como sujeitos desprovidos de direitos civis, as internações se processavam de forma automática e arbitrária, convertendo-se em verdadeiras autorizações de seqüestro e condenações a encarceramento, sendo algumas de forma perpétua que se processavam apoiadas em dispositivos superficiais e facilmente manipuláveis e corruptos, sem critérios de forma legal e humanizados. Os extensos períodos de internação traziam como consequência a perda dos vínculos sociais e familiares, chegando a uma situação em que uma imensa população passou a residir nos hospitais psiquiátricos (ALVES, 1994; GOULART, 2006).

Os estabelecimentos públicos ofereciam serviços de péssima qualidade e mal se sustentavam, com um quadro permanente de carência de recursos advindos do erário público e uma demanda expandida que tornava o serviço sempre mais oneroso. O cenário era de pobreza e abandono, e os estabelecimentos privados, por sua vez, administravam os recursos advindos da Previdência Social e, em menor escala, da sua clientela, operando na perspectiva de geração de lucro que acabava se traduzindo em péssimas condições de hotelaria e desassistência, decorrente de ausência de pessoal e serviços especializados adequados. Os hospitais psiquiátricos privados eram especialmente, nos anos setenta e oitenta, verdadeiras máquinas de ganhar dinheiro (MOREIRA, 1983).

O Movimento Nacional da Luta Antimanicomial se constituiu, no Brasil, em uma conjuntura política, social e econômica bem conturbada. O país passava por um período de ditadura militar, com restrições da liberdade individual e coletiva, principalmente a destituição dos direitos civis e políticos dos cidadãos

brasileiros. A crise financeira refletia nos diversos setores da sociedade, a política e a economia sofriam a pressão dos organismos internacionais, a dívida externa atingia patamares assustadores, enfim, o Brasil vivia uma grande crise interna e externa (CHIORO; SCAFF, 2006).

Apesar das condições desfavoráveis, dá-se início a uma grande mobilização nacional por mudanças, no qual os movimentos sociais passam a desempenhar papel fundamental nesta luta, não só pela democratização do país, como também para assegurar os direitos civis e sociais dos cidadãos brasileiros. Participaram desse movimento grupos de diversas classes sociais, profissionais liberais, movimentos sociais e estudantis, sindicatos, e outros (CHIORO; SCAF, 2006).

A saúde passava por uma grave crise financeira, organizacional e estrutural, agravada pela crise financeira que se instalara no país neste período. A falência do sistema de saúde, associada à corrupção, a falta de investimento no setor público, a ingerência política nas instituições e nos serviços, o difícil acesso da população aos serviços de saúde, geraram um grau de insatisfação popular incontável. Diante desse quadro, vários grupos sociais passam a se organizar constituindo grandes movimentos na luta por mudanças no sistema de saúde (FAUSTO, 2001).

Alguns movimentos significativos que podemos destacar tiveram repercussão no processo de mudança da saúde no país: a Reforma Sanitária, o Movimento de Renovação Médica (REME), a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) em 1976, os Conselhos Populares de Saúde que reivindicavam a presença e o cumprimento da função do Estado, e as discussões propiciadas pela Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde – OMS em Alma-Ata no Cazaquistão (1978). Movimentos estes, que iriam influenciar, sobretudo, o campo da saúde mental (CHIORO; SCAFF, 2006).

O movimento da Reforma Sanitária nos anos 70 não só lutou por um sistema de saúde inclusivo e universal, mas também preconizou uma Reforma Psiquiátrica geral no Brasil, com a proposição de um novo modelo assistencial

pautado em serviços substitutivos ao hospitalocêntrico, e ambos, buscaram traduzir e materializar nos seus campos de atuação, a redemocratização do Estado brasileiro com a conseqüente reformulação de seu sistema de saúde. A Reforma Psiquiátrica definiu-se como o primeiro movimento de desconstrução do aparato manicomial que contava com a participação popular, não se caracterizando como um movimento restrito às entidades específicas da área de saúde (AMARANTE, 2000).

Esta seguiu as diretrizes de construção da cidadania, historicamente negada aos loucos, da extinção do hospital psiquiátrico e a construção de serviços substitutos, assistência aos usuários e seus familiares e atuação junto à comunidade e à cidade, visando mediar/favorecer a reintegração dos pacientes psiquiátricos (BENEVIDES, 2003).

A ênfase deste movimento inovador baseava-se na reivindicação da cidadania dos portadores de transtorno psíquico e na proposta de oferecer a estas pessoas em sofrimento, uma atenção em saúde mental humanizada, criticando a institucionalização manicomial. A loucura vista como diferença lhe remetia à exclusão e ao condicionamento da necessidade de se reger o indivíduo, incapacitando-o enquanto não restaurava a sua razão (TORRE; AMARANTE, 2001).

Na década de 80, mais precisamente em 1987, teve início um forte movimento de crítica à hospitalização, que tomou a forma do Movimento de Luta Antimanicomial. Tal movimento nasceu junto aos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) e das lutas por redemocratização que já colhiam resultados na vitória da esquerda em alguns governos estaduais. Encontros de profissionais, de caráter científico, Congressos e Seminários nacionais e estaduais se convertiam em Fóruns de discussão política, de denúncias, sendo permitida a participação de leigos e entidades que não pertenciam à área técnica. Dois exemplos paradigmáticos foram o Congresso Brasileiro de Psiquiatria e o Encontro da Rede de Alternativas à Psiquiatria, ambos ocorridos em Belo Horizonte, no início dos anos 80. Neles, ocorreu a participação e articulação das várias profissões envolvidas com a crítica ao modelo assistencial tradicional e a exigência de mudanças urgentes (GOULART, 2006).

O Movimento Nacional da Luta Antimanicomial teve importância: (1) na qualidade de movimento social, ao lembrar que saúde (inclusive mental) e condições de vida são esferas inter-relacionadas desde sua origem (trabalho, moradia, transporte, lazer, educação, cultura, assistência social); (2) através do movimento de usuários e familiares, constatando que à família não cabe somente “entregar” a pessoa em sofrimento psíquico à tutela do hospital e aguardar passivamente que seu familiar volte ‘curado’ para casa, senão ser também sujeito do cuidado; (3) ao reafirmar que a “loucura” é permanente elemento de provocação à busca da estabilidade social e de uma paz superficial que mitiga conflitos e contradições constitutivos da sociedade, permitindo questionar a realidade instituída; e (4) ao denunciar que o hospital psiquiátrico e a indústria farmacêutica, inclusive contribuem contemporaneamente, como instrumentos para o aprisionamento institucional da loucura (ROSA, 2003).

A proposta de redemocratização da saúde estabelecida pela VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, estimulou a realização da I Conferência Nacional de Saúde Mental e o II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental em 1987, sendo a primeira tentativa para a reestruturação da assistência psiquiátrica brasileira. A I Conferência Nacional de Saúde Mental, na cidade do Rio de Janeiro em 1987, é considerado um primeiro marco da Reforma, ocasião em que se estabeleceu o consenso mínimo entre os profissionais da área de saúde mental, para as mudanças assistenciais propostas pelo movimento de reforma psiquiátrica. A partir daí, a luta pela transformação da assistência marca a diferença com a trajetória sanitária seguida até então pela saúde mental (TENÓRIO, 2002).

O II Encontro de Trabalhadores de Saúde Mental teve como bandeira ‘Por uma sociedade sem manicômios’, onde o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) passa por uma importante transformação, deixando de ser um movimento de pleito corporativo e de humanização dos hospitais, para fazer uma chamada no campo da sociedade. Conforme ilustra Tenório,

[...] Estabelece um novo horizonte de ação: não apenas as macro reformas, mas a preocupação com o 'ato de saúde', que envolve profissional e cliente; não apenas as instituições psiquiátricas, mas a cultura, o cotidiano, as mentalidades. E incorpora novos aliados: entre eles usuários e seus familiares (TENÓRIO, 2002, p. 11).

O ano de 1987 culminou na criação dos primeiros serviços substitutivos, ou seja, a criação dos primeiros Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): o de Itapeva em São Paulo; o segundo, 'Nossa Casa' São Lourenço do Sul; e o terceiro, o Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) de Santos. Experiências, estas, que irão viabilizar no futuro a discussão sobre os novos serviços propostos (ALVES et al, 2009).

A criação desses primeiros serviços, conforme enunciado aconteceram num contexto em que;

[...] as eleições municipais, em 1988, por meio das quais alguns partidos progressistas e de esquerda, sobretudo o Partido dos Trabalhadores, conquistaram as administrações municipais. Essa vitória possibilitou a implantação de algumas experiências inovadoras que [...] acima de tudo, mostraram que o projeto de desconstrução asilar, através da transformação da assistência em saúde mental, é viável e já está acontecendo (GOMES, 1999, p. 95 - 96).

Em 1989, dá-se início ao processo de intervenção da Secretaria Municipal de Saúde de Santos (SP) em um hospital psiquiátrico, a Casa de Saúde Anchieta (local de maus-tratos e de mortes de pacientes). Essa intervenção, com repercussão nacional, demonstrou a forma equivocada de tratamento, mas também a possibilidade de construir uma rede de cuidados efetivamente substitutiva ao hospital psiquiátrico. Nesse ano, dá entrada no Congresso Nacional o Projeto de Lei Nº. 3.657/1989 do deputado Paulo Delgado PT- MG (RAMOS, 2005).

Em resumo, o projeto propunha: a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e a proibição da construção e/ou contratação de leitos pelo setor público; o redirecionamento dos recursos para a implantação de serviços extra-hospitalares, substitutivos da internação; e a regulamentação da internação

involuntária, determinando o prazo de 24 horas para sua comunicação à autoridade judiciária que deveria emitir um parecer sobre a sua legalidade. Depois de aprovado na Câmara Federal, em dezembro de 1990, ficou dez anos paralisado no Senado Federal até a sua aprovação final, em 2001 (ALVES et al., 2009).

Segundo Ramos (2009) com a promulgação da Constituição em 1988, é estabelecida a base para uma reforma do sistema de saúde do país. A saúde passa a ser um direito de todos e o dever do Estado, garantindo medidas políticas, sociais e econômicas que visassem à redução das doenças e outros agravos. De forma que trouxe além do aparato legislativo, respaldo às mudanças e novas discussões no campo da saúde (MENDES, 1993). Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990, criado a partir da aprovação da Lei Orgânica (Leis Nº 8080/90 e Nº 8142/90), muda-se definitivamente a lógica do sistema de saúde que era vigente no país. O SUS define:

[...] As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: descentralização, como direção única em cada esfera de governo, atendimento integral, com prioridade para atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; participação da comunidade [...] descentralização refere-se à complexificação e à municipalização dos serviços, bem como do repasse de verbas; a integralidade refere-se à priorização das ações preventivas sem prejuízo dos serviços assistenciais, e a participação da comunidade refere-se ao controle dos serviços e dos recursos da saúde por parte dos servidores técnicos e dos usuários por meio representativo em Fóruns e convenções municipais, regionais e nacionais (RIBEIRO, 2002, p.54).

Com a implantação do SUS, constrói-se um novo modelo assistencial pautado pelos princípios de universalidade, equidade, integralidade, organizado de maneira descentralizada, hierarquizada e com participação da população. As leis Nº 8080 e Nº 8142 foram essenciais para o estabelecimento das condições institucionais para a implantação de novas políticas de saúde, dentre as quais, a da saúde mental, dando um grande impulso às reformas no campo da saúde mental no país (CUNHA; CUNHA, 2001).

Neste mesmo período, ocorre na Venezuela a “Conferência de Caracas”, que significou uma conclamação continental para a mudança do modelo assistencial. Essa Conferência convocou os países da América Latina para uma discussão ampliada na busca soluções definitivas no âmbito do continente para superação dos graves problemas encontrados na assistência. O documento resultante desse evento, a “Declaração de Caracas” (OPAS, 1990, p. XV), expunha, dentre os principais problemas:

[...] a assistência psiquiátrica convencional não permite alcançar os objetivos compatíveis com um atendimento comunitário, descentralizado, participativo, integral, contínuo e preventivo; [...] que o hospital psiquiátrico, como única modalidade assistencial, impede de alcançar os objetivos já mencionados.

A partir dessas constatações algumas propostas foram apresentadas, tais como:

[...] que haja a diversificação das possibilidades de cuidado, que o hospital, enquanto existir deve ser um local de tratamento não podendo jamais haver qualquer atitude abusiva em relação ao paciente e, por fim, que o fato de o paciente ter um transtorno mental não exime o Estado de tratá-lo como cidadão, o que, na realidade, não está acontecendo .

A Declaração de Caracas permitiu uma reformulação no setor de saúde mental, nela, os países da América Latina, inclusive o Brasil, se comprometeram a promover a reestruturação da assistência psiquiátrica; rever criticamente o papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico; salvaguardar os direitos civis; a dignidade pessoal; os direitos humanos dos usuários e propiciar a sua permanência em seu meio comunitário (HIRDES, 2009).

Com a implantação do SUS são elaboradas e implementadas as Normas Operacionais Básicas (NOBs), tendo destaques: as NOBs, 1991, 1993 e 1996. O Ministério da Saúde definiu tais Normas Operacionais Básicas, com intuito de funcionar como um instrumento de regulação da divisão de responsabilidades na descentralização da saúde nas diferentes instâncias, das relações entre gestores e da transferência de recursos federais para estados e municípios para a organização de sua rede de atenção a saúde, o que poderia

trazer para a saúde mental nova perspectiva na construção de novos modelos de assistência e acolhimento (LEVCOVTZ et al., 2001). Assim, apesar de todo avanço na saúde oriundo destas NOBs, a atenção aos portadores de TM e usuários de SPAs continuou sendo precária e de baixa qualidade.

O Ministério da Saúde em 1990 constrói eixos e documentos norteadores da atenção ao alcoolismo e abuso de drogas, publicando e divulgando no país as normas e procedimentos na abordagem ao abuso de álcool e outras drogas, a preocupação dos efeitos e conseqüências do uso de SPAs, e o crescimento acelerado dessas na sociedade, o que trazia grande preocupação para a saúde pública, exigindo novas formas de intervenção. Estes documentos passam a dar subsídios para que estados e municípios comecem a organizar algumas ações e estratégias de enfrentamento a essa nova realidade que começa a crescer no país (TORRES, 2002).

Além disso, para sustentar as mudanças que vinham acontecendo no campo da saúde, o Ministério da Saúde passa a construir novos aparatos legais para dar sustentação às políticas de saúde, em especial a de saúde mental. Em 1991 é promulgada a Portaria/SNAS de Nº 189 propondo uma descentralização dos recursos, alterando o financiamento das ações e serviços em saúde mental, transferindo o modelo hospitalar para os serviços substitutivos de Núcleos/Centros de Atenção Psicossocial, oficinas terapêuticas e atendimento grupal, com o objetivo de alcançar uma integralidade no atendimento aos portadores de transtornos mentais (BRASIL, 1991a).

Nesta portaria ficou notória a alteração do financiamento das ações e serviços de saúde mental e a regulamentação do valor e da forma de pagamento dos procedimentos; a inclusão de novos procedimentos na tabela SIA-SUS possibilitando a ampliação das abordagens terapêuticas; além disso, remunera procedimentos em serviços extra-hospitalares, Núcleos/Centros de Atenção Psicossocial. O Sistema de Informação Hospitalar (SIH-SUS) passa a efetuar o pagamento das internações em hospitais gerais e do primeiro atendimento a ser remunerado exclusivamente nesses hospitais. Quanto aos hospitais especializados a portaria dita as regras para a permanência do paciente em ambiente hospitalar cujas justificativas de internação e continuidade passariam



a ter várias exigências de protocolos e procedimentos para a autorização pelo nível local, implicando desde o diretor clínico da unidade até o órgão gestor do SUS (BRASIL, 1991b; BRASIL, 2004a).

A partir do ano de 1992, os movimentos sociais inspirados pelo projeto de Lei “Paulo Delgado”, conseguem aprovar em vários estados brasileiros as primeiras leis que determinariam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental. É a partir deste período, que a política do Ministério da Saúde para a saúde mental, acompanhando as diretrizes em construção da Reforma Psiquiátrica, começa a ganhar contornos mais definidos (FERREIRA, 2005).

Com a ocorrência da II Conferência Nacional de Saúde Mental centrando suas discussões na implementação da Política de Saúde Mental no Sistema Único de Saúde, com participação de familiares e usuários, sobre a reestruturação da rede de atenção e questões relacionadas à cidadania e direitos, e a utilização dos instrumentos normativos criados pelo Ministério da Saúde, algumas mudanças, tornam-se concretas. Formou-se um consenso para implantação de um conjunto de instrumentos normativos, como a Portaria/SNAS Nº. 224/1992, que passa a ditar as diretrizes mínimas para o funcionamento da rede de serviços de saúde mental (BRASIL, 1992; 2004a).

Pela primeira vez os dispositivos de emergência psiquiátrica em hospital geral e de unidade psiquiátrica em hospital geral, ditados por esta portaria, passam a ser mais bem remunerados que os hospitais psiquiátricos, assim como os centros de atenção psicossocial. Surge a criação desses novos dispositivos em substituição aos procedimentos ligados à internação em hospitais psiquiátricos e também normas para o atendimento ambulatorial e hospitalar, através dos sistemas de informações ambulatorial e hospitalar do SUS - Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) e Sistema de Informação Hospitalar (SIH) -, designando como atendimento ambulatorial os procedimentos realizados nas unidades de saúde, os centros de saúde, ambulatórios e os Núcleos/Centros de Atenção Psicossocial (BRASIL, 1992; BRASIL, 2004a).

Embora estes Núcleos/Centros de Atenção Psicossocial estivessem definidos como unidades de saúde locais/regionalizadas, com atendimentos especializados em nível intermediário entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, a sua forma de financiamento no interior do sistema de saúde estava centrada na remuneração por procedimentos, o que gerava grandes problemas e irregularidades. Esta Portaria apresentou uma particularidade em relação às demais, por ter sido aprovada por todos os coordenadores/assessores de saúde mental dos estados para que pudesse ser cumprida uniformemente em todo o País (FREITAS, 2005).

Em 1993 veio da Comissão Nacional de Reforma Psiquiátrica, a Resolução N° 93/1993, que passa a determinar que a Comissão Nacional de Reforma Psiquiátrica deveria ser constituída por representantes sociais: usuários, familiares, gestores, prestadores de serviços e associações de profissionais de saúde, com caráter paritário, o que traria a democratização as resoluções desta comissão , além de maior participação popular (ALVES et al., 2009; BRASIL, 2004a).

Em função das inúmeras denúncias relacionadas à violência e ao descaso com os portadores de TM pelas instituições psiquiátricas no País, em 1994 , é instituída a Portaria SAS N°. 145/1994 que traz a formação do Grupo de Avaliação da Assistência Psiquiátrica (GAP) para fiscalizar melhor as instituições psiquiátricas e os serviços de saúde mental, com intuito de evidenciar a qualidade destes serviços, denunciar maus tratos e até mesmo sugerir fechamento destas instituições caso comprovadas irregularidades. Esta comissão evidenciou que somente 30% dos hospitais tinham condições de funcionamento e, nos primeiros seis meses de funcionamento, resultou no fechamento de nove mil leitos que saíram do cadastro por irregularidades que constatavam sua inexistência de fato, evidenciando a situação caótica que a saúde mental estava enfrentando e o quanto era urgente instituir uma política de saúde mental no país (BRASIL, 2004a).

Neste mesmo ano de 1994, o Ministério da Saúde cria o Programa de Auxílio à Desospitalização (PAD) que propõe a criação de uma bolsa-auxílio de forma a garantir, através de suporte financeiro atrelado aos programas terapêuticos, a

manutenção do paciente no seu núcleo familiar e em sua comunidade. Porém, esta proposta não foi viabilizada devido a questões jurídicas, pois o Estado não podia ofertar dinheiro de forma direta aos beneficiados. Ainda assim, os recursos destinados a este projeto seriam menores do que aqueles gastos com internações hospitalares (ALVES, 1996; FERREIRA, 2005).

Neste mesmo panorama de proposições, é promulgada em 1999 a Portaria/GM de N°. 1077, que passa a dispor sobre a assistência farmacêutica psiquiátrica nos ambulatórios públicos de saúde direcionados para a saúde mental, onde este programa seria garantido por recursos financeiros do SUS dos governos Federal e Estadual. A liberação dos recursos financeiros federais estaria vinculada à liberação dos recursos financeiros estaduais, o que já era um avanço para esses usuários no acesso aos medicamentos (BRASIL, 2002a).

Com o intuito de reforçar a desospitalização daqueles pacientes que ainda se encontravam nas instituições psiquiátricas e tinham perdido o vínculo familiar, no ano de 2000, é promulgada a Portaria GM N°. 106, que iria dispor sobre as residências terapêuticas. Estas passam a ser entendidas como sendo moradias, ou casas inseridas na comunidade, para aqueles que já não possuíam laços familiares ou apoio social, devido aos longos anos de internação e exclusão social. Tendo a lógica de que a cada encaminhamento para uma residência terapêutica, corresponderia o descredenciamento do mesmo número de leitos pelo Sistema Único de Saúde do hospital psiquiátrico e, os recursos da AIH (Autorização de Internação Hospitalar) seriam encaminhados para os tetos municipais, os quais se responsabilizariam pela implementação da rede de cuidados em saúde mental. O número de usuários poderia variar desde 1(um) indivíduo até um pequeno grupo de no máximo 8(oito) pessoas, que deveriam contar sempre com suporte profissional sensível às demandas e necessidades de cada um (BRASIL, 2004b).

Em 2001, a Lei Paulo Delgado é sancionada após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, no entanto, o aprovado é um substitutivo do projeto de lei original que traz modificações importantes no texto normativo, sendo que, a versão aprovada pelo Senado em 2000, além de não contemplar também distorcia a proposta original. O substitutivo aprovado, de autoria do senador

Sebastião Rocha, autorizava explicitamente a construção de hospitais psiquiátricos ou a contratação de novos leitos nas regiões onde não existia estrutura assistencial (TENÓRIO, 2002).

Assim, o projeto foi devolvido à Câmara dos Deputados, culminando na aprovação após correção em 2001, tendo na sua versão definitiva resgatada a proposta inicial de proibição da criação de novos leitos psiquiátricos em todo o país. Assim, a Lei Federal Nº10. 216 de 10 de abril de 2001, conhecida como Lei Paulo Delgado, trouxe um novo direcionamento à assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, dispendo sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, mas não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios (BRASIL, 2001a).

É neste contexto da promulgação da Lei Nº. 10.216 e da realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental que a política de saúde mental do governo federal, alinhada com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, passa a consolidar-se, ganhando maior sustentação e visibilidade. Com isso, novas linhas específicas de financiamento são criadas pelo Ministério da Saúde para os serviços abertos e substitutivos ao hospital psiquiátrico, e novos mecanismos são criados para a fiscalização, gestão e redução programada de leitos psiquiátricos no país. A partir deste ponto, a rede de atenção diária à saúde mental experimenta uma importante expansão, passando a alcançar regiões de grande tradição hospitalar, onde a assistência comunitária em saúde mental era praticamente inexistente (BRASIL, 2001a, BRASIL 2005a).

Na tentativa de dar maior subsídio à assistência aos usuários portadores de TM, a Coordenação Geral da Saúde Mental (CGSM) - DAPE/SAS/MS desenvolve, a partir de 2001, uma série de documentos sobre a articulação entre a Saúde Mental e a Atenção Básica (BRASIL, 2006a). Uma das principais estratégias propostas é a criação de equipes de apoio matricial, cuja função consistiria nas ações de supervisão, atendimento compartilhado e capacitação em serviço realizado por uma equipe de saúde mental para equipes ou profissionais da atenção básica, baseado: no apoio matricial de saúde mental às equipes de PSF: aumento da capacidade resolutiva das equipes; priorização

da saúde mental na formação das equipes da atenção básica; ações de acompanhamento e avaliação das ações de saúde mental na atenção básica (BRASIL, 2006a).

Esta direção das políticas públicas de saúde mental com objetivo da ampliação das ações na atenção básica é corroborada por diretrizes emanadas de organismos internacionais, como: a Organização Mundial de Saúde (OMS), que em 1990, publicou o documento "La introducción de un componente de salud mental en la atención primaria", no qual enfatiza a importância do aspecto emocional na atenção à saúde, e em 2001, reforça esta orientação quando publica dez recomendações para o enfrentamento dos problemas de saúde mental, sendo a primeira delas proporcionar tratamento na atenção primária (OMS, 1990; OPAS/OMS, 2001).

Reforçando esta lógica, o Ministério da Saúde, através da Portaria GM/MS Nº 95, de 26 de janeiro de 2001, promulga a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS-SUS), considerando que os fatores mais importantes para o processo de consolidação do Sistema Único de Saúde se direcionavam para a ampliação da responsabilidade dos municípios na implantação de serviços na rede de atenção básica e para o processo de Regionalização. Este determina que o cidadão deva ter acesso e tratamento o mais próximo possível de sua residência, incluindo os transtornos comportamentais e psicossociais mais frequentes, além de buscar promover maior equidade na locação de recursos e no acesso da população às ações de saúde e serviços de saúde em todos os níveis de atenção, valorizando a regionalização e diminuição das desigualdades (BRASIL, 2001b; 2004a).

A estruturação desse processo de regionalização funcionou na inclusão do conceito de territorialidade para a conformação de serviços de saúde, partindo da prerrogativa das disparidades loco - regional, para garantir o acesso de todos os cidadãos aos serviços de saúde. O principal instrumento de organização desse processo de regionalização em cada estado foi denominado de Plano Diretor de Regionalização, com o objetivo de garantir o acesso universal e equânime a todos os cidadãos. Sua elaboração deveria ser realizada pelas Secretarias Estaduais de Saúde, em acordo com o Plano

Estadual de Saúde, bem como, ser submetido à aprovação pela Comissão intergestoras bipartites, pelo Conselho Estadual de Saúde, e posteriormente encaminhados ao Ministério da Saúde (BRASIL, 2001b).

Tal normatização reforçou para a saúde mental a necessidade de se articular serviços e ações de saúde mental mais próxima dos usuários, de maneira que facilitasse o seu acesso e acolhimento, além de poder proporcionar melhor assistência nos demais níveis de atenção, o que vem ao encontro de todos os demais aparatos legislativos do SUS e da saúde mental.

No “Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental (2002)” ficou evidenciada a necessidade de articulação da saúde mental com os programas de atenção básica e sua inclusão nos mesmos, bem como a capacitação de recursos humanos para os Programas de Agentes Comunitários e Saúde da Família (BRASIL, 2002a). O financiamento para tais procedimentos se daria por intermédio do Ministério da Saúde e do Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação (FAEC) para a viabilização de implementação e custeio dos novos serviços em saúde mental: Núcleos de Atenção Psicossocial, Centros de Atenção Psicossocial, ações de saúde mental na rede básica, criação de cooperativas sociais e captação de recursos humanos para o Programa de Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários (BRASIL, 2002 b).

Em 2002, considerando a necessidade de atualização das normas constantes da Portaria Nº. 224, de 29 de janeiro de 1992, surgem as Portarias Nº. 336 de 19 de fevereiro de 2002 e Nº. 189 de 22 de março de 2002 que juntamente com a Nº. 305 vêm estabelecer que os CAPS assumam especial relevância no cenário das novas práticas em saúde mental do país, configurando-se como dispositivo estratégico na remodelação hospitalar (FREITAS, 2005).

Tais portarias estabelecem que os Centros de Atenção Psicossocial passem a apresentar as seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS ad (álcool e outras drogas) e CAPSi (infanto-juvenil), com regimes de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional e os tipos de

atendimentos para os indivíduos que estão neles inseridos como demonstrado abaixo: (BRASIL, 2002 c ; BRASIL, 2004c ;FREITAS, 2005);

- CAPS I – unidade com serviço próprio de atenção psicossocial, com oficinas terapêuticas e outras modalidades de atendimento e capacidade operacional para dar cobertura assistencial a uma população entre 20.000 e 70.000 habitantes, funcionando em regime de dois turnos, desenvolvendo atividades diárias em saúde mental (limite máximo de 30 pacientes/dia);
- CAPS II – unidade com serviço próprio de atenção psicossocial, com oficinas terapêuticas e outras modalidades de atendimentos e capacidade operacional para dar cobertura assistencial a uma população entre 70.000 e 200.000 habitantes, funcionando em regime de dois turnos, desenvolvendo atividades diárias em saúde mental (limite máximo de 45 pacientes/dia);
- CAPS III – unidade com serviço próprio de atenção psicossocial, com oficinas terapêuticas e outras modalidades de atendimento e capacidade operacional para dar cobertura assistencial a uma população acima de 200.000 habitantes, funcionando 24 horas, diariamente, com no máximo 05 leitos para observação e/ou repouso para atendimento inclusive em feriados e finais de semana, desenvolvendo atividades diárias em saúde mental (limite máximo de 60 pacientes/dia);
- CAPSi – unidade com serviço próprio de atenção psicossocial com capacidade operacional para dar cobertura assistencial a uma população acima de 200.000 habitantes, ou outro parâmetro populacional justificado pelo gestor local, funcionando em regime de dois turnos, e desenvolvendo atividades diárias em saúde mental para crianças e adolescentes com transtornos mentais (limite máximo de 25 pacientes/dia);

- CAPS ad – unidade com serviço próprio de atenção psicossocial com capacidade operacional para dar cobertura assistencial a uma população acima de 70.000 habitantes, ou outro parâmetro justificado pelo gestor local, funcionando em regime de dois turnos, com leitos para desintoxicação e repouso (2 a 4 leitos), desenvolvendo atividades em saúde mental para pacientes com transtornos decorrentes do uso e/ou dependência de álcool e outras drogas (limite máximo de 45 pacientes/dia). Quanto à implementação dos serviços de CAPS ad, estes tiveram sua instituição no SUS a partir do Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e outras drogas (Portaria/ GM 816/02).

Ainda na tentativa de organizar a rede de serviços em saúde mental, foi elaborada a Portaria/GM 251/02, mais conhecida como Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria – PNASH. Esta portaria tinha como princípios: avaliação e supervisão dos hospitais especializados em psiquiatria, bem como os hospitais gerais com enfermarias ou leitos psiquiátricos, estabelecendo critérios de classificação de acordo com o porte do hospital e os recursos terapêuticos fixados pela área técnica de saúde mental do Ministério da Saúde, além de uma análise de vigilância sanitária pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA (BRASIL, 2004a).

A necessidade de definir estratégias específicas para se pensar em uma rede de assistência aos usuários de álcool e outras drogas, mais organizada e efetiva, com ênfase na reabilitação e reinserção social, levou o Ministério da Saúde a instituir no âmbito do SUS, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e outras Drogas, no ano de 2002, pela Portaria GM / 816 de 30 de abril de 2002. O programa tinha como objetivo organizar ações de promoção, prevenção, proteção à saúde e educação das pessoas que faziam uso prejudicial de álcool e outras drogas e estabelecia uma rede estratégica de serviços extra-hospitalares para esta clientela, articulada à rede de atenção psicossocial fundada na abordagem de redução de danos (BRASIL, 2002 d).



Esta rede, passa a ter sua implementação incentivada nos estados e municípios, através deste Programa de Atenção Integral, sendo incentivadas ações no âmbito da atenção primária, articulação com as redes de suporte social, assim como a implementação nos hospitais gerais e em sua estrutura de atendimento hospitalar de urgência e emergência, da rede hospitalar de retaguarda aos usuários de álcool e outras drogas (BRASIL, 2002 d).

No mesmo ano, o Ministério da Saúde institui a Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, voltada para a população usuária de SPAs do SUS. Com esta política tem-se maior respaldo para a elaboração de ações e estratégias nesta rede de atenção. Esta política está em consonância com os princípios da política de saúde mental preconizada, articulada e implementada pelo Ministério da Saúde, regulamentada e respaldada pela Lei Federal N° 10.216, visando: a prevenção, promoção, tratamento, redução de danos e reinserção social, reforçando a importância das estratégias intersetoriais e interdisciplinares (BRASIL, 2003a).

Uma ressalva que se faz na instituição dessa política, é que o Ministério da Saúde reconheceu que houve um atraso histórico do Sistema Único de Saúde (SUS) na assunção da responsabilidade pelo enfrentamento de problemas associados ao consumo de álcool e outras drogas. Esse atraso remete a dois aspectos que caracterizam a história das intervenções dos governantes brasileiros na área de álcool e outras drogas: as abordagens, intervenções e políticas foram original e predominantemente desenvolvidas no campo da justiça e da segurança pública, e as dificuldades para o enfrentamento dos problemas associados ao consumo de álcool e outras drogas, na agenda da saúde pública (MACHADO; MIRANDA, 2007).

O Ministério da Saúde, ainda retomando a lógica da desospitalização definitiva dos portadores de TM das instituições psiquiátricas, cria em 2003 o “Programa de Volta para Casa”, para as pessoas acometidas de transtornos mentais, egressas de longas internações, segundo critérios definidos, que tinha como parte integrante o pagamento do auxílio-reabilitação psicossocial. Os documentos que regulamentam o Programa de Volta para Casa eram: a) Lei N° 10.708, de 31 de julho de 2003, e b) Portaria n° 2077/GM, de 31 de outubro de

2003. O benefício consistia no pagamento mensal de auxílio-pecuniário, no valor de R\$ 240,00 (duzentos e quarenta reais) ao beneficiário ou ao seu representante legal, com duração de 01 (um) ano, podendo ser renovado, a partir da avaliação de equipe municipal e do parecer da “Comissão de Acompanhamento do Programa de Volta para Casa” (CAP-SES e CAP-MS). Seu objetivo era apoiar e acompanhar o beneficiário no seu processo de reabilitação psicossocial (BRASIL, 2003 b).

Em 2004, instigada pela Portaria/GM N°. 251/02 é instituída a Portaria/GM N°. 52/2004 criando o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS, prevendo a redução progressiva de leitos baseada em (03) três critérios: 1) redução progressiva de leitos (por módulos de 40 leitos), estabelecendo nova classificação para os hospitais, de acordo com o número de leitos do SUS, com recomposição das diárias; 2) estímulo para que gestores e prestadores estabeleçam pactos de redução de leitos, através de um termo de compromisso e ajustamento para que esta redução efetivamente ocorra; 3) transferência de recursos financeiros da internação hospitalar para os recursos extra-hospitalares (BRASIL, 2004a).

Ainda em 2004, a Portaria/GM N° 1.608 de 03 de agosto constituiu o Fórum Nacional sobre Saúde Mental de Crianças e Adolescentes, em resposta à III Conferência Nacional de Saúde Mental. A base normativa e a política vigente no campo da saúde mental apontavam a necessidade de ser construído um novo patamar de ações para o cuidado de crianças e adolescentes portadores de transtorno mental. Este Fórum apontou a necessidade de estender mais eficazmente as iniciativas da reforma psiquiátrica à população infanto-juvenil pela elevada prevalência dos transtornos psicossociais entre crianças e adolescentes (BRASIL, 2004b; 2005b).

Este Fórum foi de suma importância, pois além de ter apontado essas necessidades, evidenciou também a importância de ampliação da cobertura assistencial destinada a esse segmento. Destacou também a realização de um diagnóstico aprofundado das condições de atendimento atualmente oferecidas no SUS para essa população, conclamando a sociedade civil e o governo para

a elaboração de medidas protetoras e preventivas, além de maior visibilidade desta população nos serviços e na assistência (BRASIL, 2005b).

Em 2006, foram incluídos parâmetros para ações de saúde mental na Atenção Básica e nas diretrizes para a “Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde” (PPI), publicados na Portaria GM N° 1097, de 22 de maio de 2006, que visou intensificar o esforço de garantir o acesso da população à atenção em saúde mental, em especial nos pequenos municípios brasileiros. Ainda em 2006 a Portaria N° 1.876, trouxe diretrizes nacionais para prevenção do suicídio a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão (BRASIL, 2006b; 2008).

Além dessas portarias, a saúde mental passa a ser prioridade no Pacto pela Vida pela Portaria MS N° 399/GM de 22/02/2006, tornando-se mais uma ferramenta na tentativa de promover o acesso dos usuários portadores de TM e usuários de SPAs às ações de saúde e à rede de atenção. Neste pacto foram elencados dois indicadores: taxa de cobertura de CAPS /100.000 habitantes e a taxa de cobertura do “Programa de Volta para Casa”. Apesar de ter sido um avanço, estes indicadores ainda são bem incipientes como parâmetros para uma boa avaliação em saúde mental (BRASIL, 2006c).

Em 2007, ainda com intuito de organizar a rede de saúde mental e implementar a política de saúde mental, é instituída a Política Nacional sobre o Álcool do Ministério da Saúde, pelo Decreto N° 6.117. Este passou a direcionar medidas para redução do uso indevido de álcool no Brasil, bem como direcionando os serviços de saúde e outros setores na elaboração de estratégias e ações intersetorias no combate a problemática gerada pelo uso de álcool (BRASIL, 2007a).

Visando apoiar a inserção da Estratégia Saúde da Família (ESF) na rede de serviços, ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Primária, aumentando sua resolutividade, além dos processos de territorialização e regionalização, o Ministério da Saúde criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), com a Portaria GM N° 154, de 24 de janeiro de 2008. Este deve ser constituído por equipes compostas por profissionais de diferentes

áreas de conhecimento para atuarem em conjunto com os profissionais das Equipes Saúde da Família, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das ESF no qual o NASF está cadastrado (BRASIL, 2008).

Estes NASFs eram constituídos de duas modalidades: o NASF 1, deveria ser composto por no mínimo cinco das profissões de nível superior (Psicólogo; Assistente Social; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Profissional da Educação Física; Nutricionista; Terapeuta Ocupacional; Médico Ginecologista; Médico Homeopata; Médico Acupunturista; Médico Pediatra e Médico Psiquiatra) vinculado de 08 a 20 Equipes Saúde da Família; e o NASF 2, que deveria ser composto por no mínimo três profissionais de nível superior de ocupações não-coincidentes (Assistente Social; Profissional de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Nutricionista; Psicólogo e Terapeuta Ocupacional), vinculado à no mínimo 03 Equipes Saúde da Família, ficando vedada a implantação das duas modalidades de forma concomitante nos municípios e no Distrito Federal (BRASIL, 2008).

Este núcleo assumia como responsabilidade o atendimento compartilhado para uma intervenção interdisciplinar, as intervenções específicas, com usuários e famílias encaminhadas pela ESF, com discussões e negociação entre os profissionais responsáveis pelo caso, de forma que o atendimento individualizado pelo NASF se dê apenas em situações extremamente necessárias, e as ações comuns nos territórios de sua responsabilidade, desenvolvidas de forma articulada com as ESFs e outros setores. Assim, a ESF passa a contar com um novo recurso para a assistência a estes usuários, facilitando os seus processos de trabalho em saúde mental (BRASIL, 2008).

E por fim, em função de toda a problemática que as SPAs vinha trazendo à sociedade, o aumento da gravidade dos casos que procuravam os serviços de saúde e, a necessidade de facilitar o acesso aos serviços a esses usuários, em 2009, foi instituída a Portaria Nº 1.190, que criou um “Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas” no SUS (PEAD 2009-2010). Este definia diretrizes gerais, ações e metas para ampliar o acesso ao tratamento e à prevenção ao uso de álcool e outras drogas

no SUS, diversificando as ações orientadas para prevenção, promoção da saúde, tratamento redução dos riscos e dano, e construir respostas intersetoriais efetivas sensíveis ao ambiente cultural, aos direitos humanos e à complexidade desta clínica (BRASIL, 2009).

Dentro deste contexto de efetivação de uma rede de atenção aos portadores de TM e usuários de SPAs e efetivação da Política de Saúde Mental do SUS, outras políticas intersetoriais passam a entrar neste cenário da saúde, a fim de somar forças, com ações e estratégias que possam atuar nesta problemática, podendo destacar: a Política Nacional sobre Drogas do Ministério da Justiça; a Política Educacional; a da Assistência Social; a dos Direitos Humanos e outras. Estas, com suas diretrizes e pressupostos, vem somar às diretrizes da Política de Saúde Mental, para a construção de uma rede de assistência organizada e efetiva, com caráter de promoção da saúde, prevenção, tratamento, reinserção social, redução de danos e de oferta, e assim, poder oferecer a esses usuários de SPAs e portadores de TM uma assistência de qualidade, humanizada e integral, de forma equânime com serviços acolhedores e humanizados.

Como visto várias ações em função da reorientação do modelo assistencial aos portadores de transtorno mental e usuários de SPAs, foram e vêm sendo construídas pelo governo federal e descentralizadas aos estados e municípios, com o intuito de dar subsídio para a organização da sua rede assistencial de saúde, seja da Atenção Básica a outros níveis de complexidade. O papel do Estado no processo de descentralização é o de formulação de políticas e programas, de orientação sobre as políticas e programas já existentes, e o comprometimento com a melhora na qualidade dos serviços prestados, além, de coordenar e de regular a rede de saúde inserida em seu território (MISOCZKY, 2003).

Cabe ainda destacar, que a descentralização se caracteriza por ser um processo político-administrativo, que diz respeito não apenas à transferência de serviços, mas também de responsabilidades, poder e recursos da esfera federal para estadual e municipal. Traz ao cenário político o surgimento de novos atores sociais, denominados de gestores, cuja função é exatamente a de

assumir essa responsabilidade de mudança de um sistema centralizador para uma administração loco - regional profícua (LEVCOVITZ et al., 2001).

A saúde mental tem como desafio, atender aos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, em sua trajetória da desinstitucionalização. Esses pressupostos configuram uma modelagem técnica assistencial embasada na integralidade e centrada no sujeito com sofrimento psíquico. Isso implica em novas tecnologias de gestão e de atenção, consideradas como núcleos de conhecimentos e práticas em intersecção em processos de trabalho concretos. Essas tensões têm permeado a formulação das políticas públicas contemporâneas na área da saúde mental, não no sentido de se estabelecer modelos, mas de criar, inventar e inovar possibilidades (CECCIM, 2005; RAMOS, 2009).

Nessa concepção de cuidado, faz-se necessário planejar fluxos com ações resolutivas das equipes de saúde, centradas no acolher, informar, atender e encaminhar para uma rede de cuidados permitindo a inclusão do usuário e que este tenha conhecimento da estrutura do serviço e da rede assistencial, visando torná-lo uma pessoa conhecedora, participante e influente dessa rede (CECCIM, 2005; AMARANTE, 2007; RAMOS, 2009).

Assim, podemos ver que a importância com que o Estado trata as condições de vida da população, da sua saúde e da saúde mental, define o tipo de Estado que ele é, e o tipo de política social que ele permite construir. As políticas de saúde do Estado podem ter formas tanto de inclusão como de exclusão, e até mesmo de marginalização da apropriação social da riqueza produzida por esses grandes contingentes populacionais. Historicamente as políticas de saúde e as políticas de saúde mental mais que as outras, quer sejam as de atenção médica, de saúde pública, ou outras, têm sido formas sistemáticas de exclusão econômica e social de setores da sociedade e de populações, isto é, tem sido maneiras e formas de marginalização (LUZ, 2007).

É preciso lembrar que as políticas da loucura, são antes de tudo, políticas de saúde mental. Dessa forma, para compreender as políticas de saúde mental é preciso ter nítido que elas mediatizam saberes e práticas institucionais distintas, com uma evolução histórica específica e que nem saberes nem

práticas de intervenção institucional que elas originam, são monolíticos ou coerentes, pelo contrário, são muitas vezes contraditórios, tanto no nível do saber quanto no nível da intervenção. Por isso, resultam muitas vezes em contradições de discurso entendido como planos, programas, normas e a prática institucional (LUZ, 2007).

Diante disso, o governo do Estado do Espírito Santo, no campo da saúde mental, formulou e vem implementando a Política Estadual de Saúde Mental, baseado na lei N° 10. 216 e na Política Nacional de Saúde Mental, incentivando a criação de serviços com novas tecnologias, realizando investimentos na ampliação do acesso com qualidade e na educação permanente, potencializando a rede de atenção. Esta propõe que os municípios criem serviços de saúde mental com foco no acesso dos usuários de SPAs, pessoas com sofrimentos psíquicos, em especial crianças e adolescentes. O eixo desta política é a reorientação do modelo assistencial saindo de uma lógica hospitalocêntrica para as lógicas da atenção psicossocial, da redução de riscos e danos, com fortalecimento da rede multicêntrica, e também favorecer a reinserção social dos usuários (SESA, 2009).

A estruturação da rede de atenção em saúde mental torna-se fundamental no processo de inclusão do usuário e conseqüente alcance do objetivo norteador da Reforma Psiquiátrica e da Política de Saúde Mental 'o resgate da cidadania do indivíduo com transtorno psíquico e a sua reinserção social'. Assim, percebe-se a importância da organização e da articulação desta rede de atenção promovendo a vida comunitária e autonomia dos usuários dos serviços de saúde mental, incluindo os indivíduos a partir do seu território de subjetividade (SCHNEIDER, 2008).

As redes de atenção à saúde são configurações que os sistemas de saúde adquirem, em determinado tempo e em determinado lugar, em função da visão prevaiente da saúde, da situação demográfica e epidemiológica e dos fatores econômicos e culturais vigentes, articulando singularmente, diferentes intervenções no processo saúde/doença. A escolha da rede é um momento fundamental porque o modelo escolhido vai orientar todos os demais momentos de construção das redes de atenção à saúde (MENDES, 2008).

Assim, para que de fato a Política de Saúde Mental se efetive junto à reforma psiquiátrica, a rede de saúde mental deve ser constituída por vários dispositivos assistenciais que possibilitem a atenção psicossocial aos pacientes com transtornos mentais, segundo critérios populacionais e demandas dos municípios. Esta rede pode contar com ações de saúde mental na atenção básica, como Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), serviços residenciais terapêuticos (SRT), leitos em hospitais gerais, ambulatórios, bem como com o Programa de Volta para Casa. Ela deve funcionar de forma articulada e ter a atenção básica como organizadora de sua porta de entrada e de sua regulação (BRASIL, 2001c; SCHNEIDER, 2003).



## Da Reforma Psiquiátrica à Política Nacional de SM



Figura 5- Usuário com TM em hospital psiquiátrico

Fonte: Google imagens

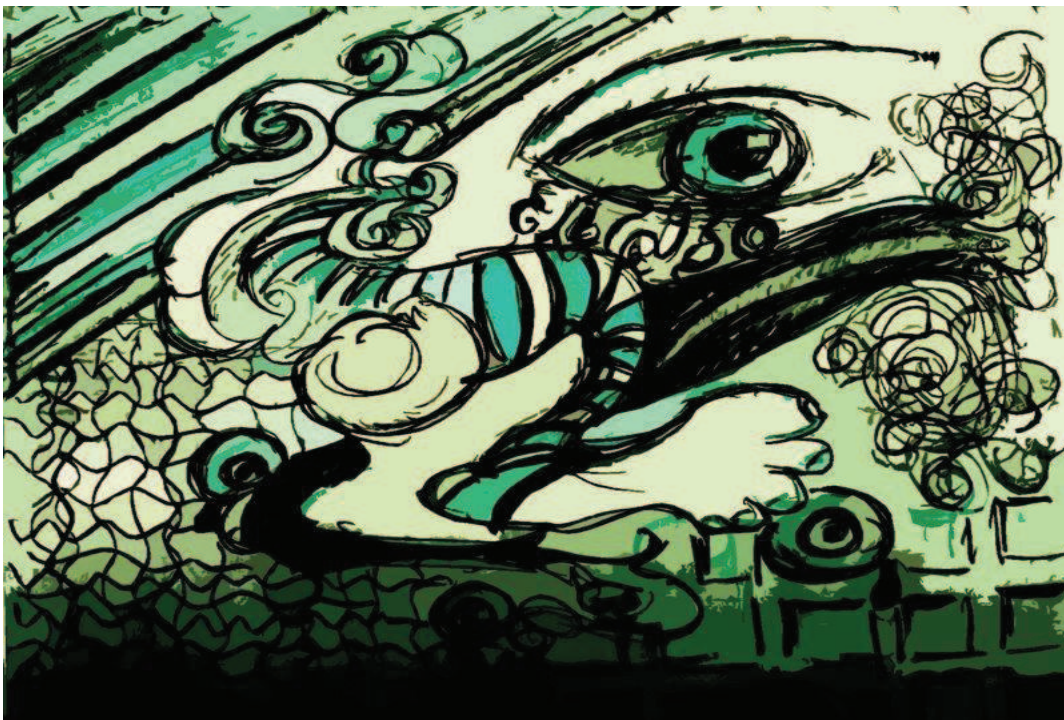


Figura 6- Usuário com TM em Hospital Dia

Fonte: Google imagens

## OBJETIVOS

Nenhum problema tem solução. Nenhum de nós desata o Nó górdio; todos ou desistimos ou cortamos. Resolvemos bruscamente, com o sentimento, os problemas da inteligência, e fazemo-lo ou por cansaço de pensar, ou timidez de tirar conclusões. Como nunca podemos conhecer todos os elementos. De uma questão, nunca podemos resolver. Para atingir a verdade faltam-nos dados que bastem, e processos intelectuais que esgotem a interpretação desses dados.

(Fernando Pessoa)

### 3.1 GERAL

- Traçar a trajetória da Política Estadual de Saúde Mental do Espírito Santo e a Rede de Atenção aos Portadores de Transtorno Mental e Usuários de Álcool e outras Drogas.
- 

### 3.2 ESPECÍFICOS

- Conhecer a organização da atenção aos portadores de transtorno mental no Estado antes da política Estadual de saúde mental;
- Identificar quando se deu a necessidade de estruturar uma atenção aos portadores de transtorno mental e usuários de álcool e outras SPAS no Estado;
- Identificar o marco legal para a formulação da Política Estadual de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas no Estado;
- Descrever como ocorreu o processo de formulação dessa política;
- Demonstrar como se organizou a atenção aos portadores de transtorno mental e usuários de SPAS no Espírito Santo à partir desta política;
- Descrever os limites e possibilidades desta política Estadual de Saúde Mental.

---

## PERCURSO METODOLÓGICO: TECENDO OS CAMINHOS

Da mesma forma como as notas do piano se oferecem a qualquer um, sem que isto nos torne compositores. Da mesma forma como as palavras se oferecem a todos nós, sem que isto nos torne poetas. Da mesma forma como as tintas se oferecem a quem quer que as deseje, sem que isto os torne pintores. Falta uma capacidade criadora, um poder de síntese e organização, uma imaginação que traz a existência coisas que não existiam, um poder para pular e saltar.. Também na ciência: os dados, sem a centelha que lhes dá arquitetura e os coloca em movimento, são inertes, mortos, mudos.

(Rubem A. Alves)

Este estudo é o resultado de uma pesquisa exploratória, descritiva, documental e bibliográfica, com abordagem qualitativa.

A pesquisa exploratória é aquela desenvolvida em áreas e sobre problemas dos quais há escasso ou nenhum conhecimento acumulado e sistematizado. Deve ser aplicada quando o tema em questão é pouco explorado tornando-se difícil formular hipóteses precisas e operacionalizáveis sobre ele, ou quando não se tem informações sobre determinado tema e se deseja conhecer o fenômeno. Geralmente utiliza-se esse tipo de pesquisa em levantamento bibliográfico e documental, estudo de caso e entrevistas, proporcionando uma visão geral do fenômeno estudado (GIL, 1994; RICHARDSON, 1999).

A pesquisa descritiva é aquela onde os dados são registrados e analisados, sem interferência do pesquisador. Procura-se descobrir a frequência com que um fato ocorre, sua natureza, características, causas, relações com outros fatos. Assim, para coletar tais dados, utilizam-se técnicas específicas, dentre as quais se destacam a entrevista, o formulário, o questionário, o teste e observação. Neste estudo foi de fundamental importância, pois permitiu a descrição e análise, registro e interpretação desta política e da rede assistencial vigente no presente (LAKATOS; MARCONI, 2001).

As pesquisas documentais e bibliográficas se tornaram “esteios” neste estudo, pela compreensão dos documentos técnicos, e para localização de subsídio teórico que pudesse levar à melhor compreensão do tema e respaldo para as discussões. A pesquisa documental distingue-se apenas pela natureza das fontes verificadas, pois são oriundos de qualquer tipo de documento, inclusive aqueles que não receberam tratamento analítico anteriormente (GIL, 1994).

Já a pesquisa bibliográfica compreende leitura, seleção, fichamento e arquivo dos tópicos de interesse para a pesquisa em pauta, com vistas a conhecer as contribuições científicas que se efetuaram sobre o assunto possibilitando inclusive um amplo alcance de informações, além de permitir a utilização de dados dispersos em inúmeras publicações, auxiliando também na construção, ou na melhor definição do quadro conceitual que envolve o objeto de estudo proposto, tendo como lógica permitir ao investigador a coleta de uma série de fenômenos muito mais ampla do que aquela que poderia pesquisar diretamente (FERRARI, 1982; GIL, 1994).

Utilizaremos a abordagem qualitativa neste estudo, pois ela é desenvolvida numa situação natural, é rica em dados descritivos os quais são obtidos no contato direto do pesquisador com a situação estudada, enfatiza mais o processo do que o produto se preocupa em retratar a perspectiva dos participantes, tem um plano aberto e flexível e focaliza a realidade de forma complexa e contextualizada. Além disso, possui como principais características: flexibilidade, interatividade, indução, perspectiva holística do fenômeno, observação do indivíduo frente ao todo e contato pessoal com neutralidade empática, tendo a vantagem de permitir que o investigador obtenha informações sobre o fenômeno a ser estudado diretamente dos participantes, ou seja, da fonte estudada (PATTON, 1990).

O cenário deste estudo foi o acervo documental e bibliográfico da Secretaria Estadual de Saúde (SESA). Para a realização da pesquisa de campo, o acesso aos documentos institucionais, e a realização das entrevistas, estes ocorreram mediante a liberação do termo de consentimento institucional.

Os sujeitos foram os gestores - secretários de saúde e coordenadores da saúde mental, ou seja; indivíduos ricos em informações sobre as políticas públicas e gestão, e que ocupam um espaço social privilegiado na formulação e implementação desta política. Em uma pesquisa qualitativa a amostra não privilegia o critério numérico, mas a capacidade da amostra refletir o fenômeno investigado em suas múltiplas dimensões. Os componentes da amostra devem ser sujeitos sociais que detêm os atributos que o investigador pretende conhecer. Geralmente são utilizadas na pesquisa qualitativa, amostras intencionais, ou seja, os casos ricos em informações sobre o tema a ser investigado (PATTON, 1990; MINAYO, 1993)

O estudo considerou o período entre os anos de 1990 e 2009. Foi escolhido este recorte temporal, pois á partir da década de 90, foram implementadas importantes políticas no país; o Sistema Único de Saúde (SUS); normatizações; transferência de recursos para estados e municípios, visando à descentralização e organização das ações e serviços de saúde nos diferentes âmbitos; a reestruturação da atenção em saúde mental no país; somados a implementação e implantação da Política Nacional de Saúde Mental e demais Políticas Públicas relacionadas às SPAs (Política Nacional sobre drogas, Política Nacional sobre o Álcool e a Política de Atenção Integral aos Usuários de álcool e outras Drogas) cujos desdobramentos, podem ser relacionados diretamente com o estabelecimento e a implementação da atual Política Estadual de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas.

#### 4.1 PROCEDIMENTOS

O primeiro passo para este estudo, foi a realização do estudo piloto junto aos gestores (coordenadores municipais) do município de Vitória relacionados com a saúde mental, com o objetivo de testar o instrumento de coleta de dados. Com a aplicação do instrumento, foi necessário reelaborar quatro perguntas, em função da dificuldade de compreensão que estas geravam. Terminada as adequações do Instrumento, passou-se para o estudo em si.

Como segundo passo trilhado, foi o encaminhando à Secretaria Estadual de Saúde, o termo de liberação institucional (APÊNDICE I) para acesso aos documentos técnicos, entrevista aos técnicos da atual gestão, e lista com os nomes e endereços eletrônicos dos ex-gestores estaduais - Secretários de Saúde e Coordenadores de Saúde Mental. Após a assinatura do Termo de Consentimento Institucional, foi enviada, via email, carta convite aos técnicos da SESA e demais gestores para a entrevista, agendada individualmente nos locais de escolha de cada técnico.

#### **4.1.1 Coleta de dados**

O Estudo foi realizado através de duas etapas distintas e complementares: levantamento de dados e entrevista.

Levantamento de dados: realizado através da análise exploratória, bibliográfica e documental;

- Análise exploratória – Foi utilizada esta técnica de levantamento de dados para identificar legislações: federal e estadual relacionadas à saúde mental e SPAs;
- Análise bibliográfica - A análise bibliográfica teve sua relevância no sentido de buscar subsídio ao problema, ao tema, e aos objetivos propostos. Foram levantados estudos sobre a Reforma Psiquiátrica, políticas públicas sobre saúde mental e SPAs, e outros dados que pudessem permear o assunto. O conteúdo foi pesquisado nas bibliotecas da Universidade Federal do Espírito Santo, nos campos da política social, saúde, website, para localização de artigos científicos, anais de congressos, monografias, dissertações, teses, e revistas eletrônicas;

- Análise documental - Com o intuito de enriquecer e dar subsídio a pesquisa, foi realizada a análise documental dos Planos Estaduais de Saúde e Relatórios de Gestão da SESA.

## Entrevista

A entrevista semi-estruturada com os gestores que participaram do processo histórico que resultou no surgimento da política aqui considerada constituiu-se em técnica privilegiada adotada para este estudo. A fala e a linguagem desses gestores foram matérias-primas fundamentais que permitiram construir a trajetória dessa política no estado, pois permitiu compreender pontos que os documentos técnicos deixavam lacunas, além dos aspectos políticos sociais que os técnicos acrescentaram durante as entrevistas. Foi utilizado um roteiro semi-estruturado que serviu de guia para as entrevistas, adotando-se como critério de inclusão, os gestores- secretários de saúde e coordenadores da saúde mental que executaram e vivenciaram a Política de Saúde Mental no Estado a partir da década de 1990 até a o ano de 2009, e que aceitaram realizar a entrevista e resgatar a trajetória da política estadual de saúde mental, ficando disponíveis (04) secretários de saúde e (04) coordenadores de saúde mental. As entrevistas foram agendadas previamente e conduzidas de acordo com a disponibilidade dos gestores, mediante a assinatura do termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE 2). As entrevistas foram gravadas com MP3 com a concordância dos entrevistados, tendo duração média de 60 minutos. Cada entrevistado recebeu um código alfanumérico ex: GS1 (G-gestor; S-secretário; 1 ordem numérica) e GC1 (G-gestor; C-coordenador; 1-ordem numérica) para assegurar o anonimato, conforme acordado inicialmente. Na coleta dos dados secundários foi utilizado um instrumento contendo: (1) dados de identificação; (2) tipo de documento (3) tipo de conteúdo; (4) propostas.

#### **4.1.2 Análise dos dados**

As entrevistas foram transcritas na íntegra e narradas em forma de história, seguindo a ordem cronológica dos fatos, enriquecidas pelos documentos técnicos encontrados.

#### **4.1.3 Aspectos éticos**

A pesquisa em questão teve o seu projeto submetido e aprovado pelo Comitê de Ética do Centro de Ciências da Saúde, no dia 24/08/09, sob cadastro CEP Nº 142/09 (ANEXO 1) observando o que preconiza a Resolução Nº 196/96 (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 1996). Os procedimentos éticos adotados consideraram as características e o anonimato dos sujeitos com a utilização do código alfanumérico. Foi assinado o termo de consentimento livre e esclarecido, com orientação sobre a pesquisa, sendo e as gravações transcritas na íntegra.



## TECENDO CAMINHOS



Figura 7- Buscando o caminho

Fonte: Google imagens

---

## REVISANDO A HISTÓRIA DA SAÚDE MENTAL NO ESPÍRITO SANTO

Se queremos progredir,  
não devemos repetir a história,  
mas fazer uma história nova.

(Mahatma Gandh)

### 5.1 A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL DO ESPÍRITO SANTO: ESTÓRIAS DA HISTÓRIA

Ao construir esta dissertação, inicialmente foi pensado em realizar uma avaliação ou uma análise da Política Estadual de Saúde Mental, bem dentro dos moldes da avaliação ou da análise de política pública. Mas o que mais angustiava era a apresentação dos resultados, não queria algo tão rígido como as duas possibilidades (avaliação e análise de política) tendo de trabalhar indicadores, correntes, tipos de análises, tipos de avaliação, fases, etc.

Em uma tempestade de idéias entre orientadora e orientanda pensamos claro, mantendo todo cientificismo que uma dissertação exige trazer a construção da trajetória da Política de Saúde Mental um “pouco diferente”, e como diz um grande autor admirado por mim e por minha orientadora, Rubem Alves, “as idéias aparecem quando querem e não quando nós queremos. São como pássaros que repentinamente assentam-se no ombro da gente, sem que tivéssemos chamado”.

E ele, sentindo-se à vontade e acolhido, sentou-se no nosso ombro e, percebemos que a melhor maneira de abordar o tema, seria o oposto do fechado, técnico, formal. Pensamos contar a história da construção da Política de Saúde Mental do Estado, como ela foi contada pelos gestores e coordenadores entrevistados, de forma narrativa, cheias de riquezas por aqueles que vivenciaram esta história de perto e foram os atores sociais que

deram sua modelagem, se boa ou ruim, o presente e o futuro certamente darão estas evidências.

E agora entendo, o que uma orientanda escreveu em sua dissertação, então parafraseando Rasch (2005) [...] no contato com os sujeitos da minha pesquisa, por ocasião das entrevistas, ouvi falas, percebi sentidos, emocionei-me com as histórias, toquei-me por elas. Em algumas entrevistas, fui atravessada pelo humano, pelas tristezas, pelas reconstruções, pelas alegrias e entusiasmo. Fui descobrindo um novo mundo e lugar, longe da burocracia cotidiana que me colocam em contato com obrigações de aprisionar histórias em trinta, quarenta minutos de escuta, ganhei novos sentidos nesse processo.

Por isto, não aprisionarei essa história em “X” linhas, formalidades desnecessárias, tecnicismo exagerado, otimismo ou pessimismo exacerbados, deixarei os fatos dizerem por si sós; e os fatos sim, poderão dizer se o caminho percorrido para esta construção da Política Estadual de Saúde Mental no Estado e sua rede de atenção tem sido exitosas ou não.

Às vezes pode parecer que as idéias e os fatos se repetem, às vezes parecem um pouco desterritorializados, alguns períodos confusos, algumas ações e estratégias soltas no contexto geral, ou com aquela sensação de “dépjà vu” , mas é assim mesmo que a história da saúde mental aconteceu e acontece, de idas e vindas erros e acertos, avanços e retrocessos. Só não podemos mais é aceitar que políticas sejam construídas para fins que não sejam a que se propuseram, e os cidadãos que delas dependam não possam viver as suas histórias, porque não foi dado a eles novas perspectivas. Somos todos responsáveis pela sua implementação: usuários, profissionais, gestores, autoridades, e demais. Então não é tempo de “lavar as mãos”, é tempo de ‘reconstruir a história, ’ agora claro, de inclusão, reinserção, prevenção, tratamento e acima de tudo respeito.

Então, assim começa a história de Saúde Mental no Estado do Espírito Santo.

## 5.2 ESPÍRITO SANTO: UM POUCO DO SEU PERFIL

O estado do Espírito Santo (ES) localiza-se na região Sudeste do território brasileiro, limita-se com os estados da Bahia (ao norte), Minas Gerais (a oeste) e Rio de Janeiro (ao sul), sendo banhado pelo oceano Atlântico a leste.

No seu relevo podem ser identificadas duas unidades: baixada espírito-santense e a serra capixaba. A primeira ocorre ao longo de toda costa do território e ocupa aproximadamente 40% de toda área estadual, a altitude desse lugar varia de 40 a 50 metros; a segunda ocupa a parte central do estado e apresenta altitudes que atingem 700 metros, onde há muitas montanhas e uma série de rios, daí derivando também diversos vales. A serra capixaba é formada por maciços montanhosos, e nesse contexto os pontos mais altos são: a Serra do Caparaó, onde se situa o Pico da Bandeira (2.890m), o Pico do Calçado (2.790 m) e o de Forno Grande (2.070m).

O estado por sua localização sofre influência marítima e também dos resquícios da floresta atlântica. Predomina o clima tropical úmido nas áreas litorâneas e no interior do estado o clima é tropical de altitude. O clima tropical úmido desenvolve chuvas no verão e invernos secos no geral, com médias de temperaturas acima de 22°C, com índices pluviométricos de 1.250mm. O clima tropical de altitude a temperatura tende a cair com média anual de 18°C com invernos relativamente rigorosos com índices pluviométricos de 1.700mm.

A extensão territorial do estado do Espírito Santo é de 46.098.571 quilômetros quadrados, divididos em 78 Municípios. Conforme o último censo do Instituto Brasileiro de Estatística (IBGE) em 2010, o estado tem uma população totalizada de 3.392.775 habitantes. Sua densidade demográfica é de 76 habitantes por quilômetros quadrados, com taxa de crescimento demográfico de 1.6% ao ano. O norte do estado se configura como a região considerada pertencente ao semi-árido brasileiro e com as baixas densidades populacionais onde os municípios têm em média 35 habitantes por Km<sup>2</sup> (IBGE, 2010).

A população urbana é composta por 83,4% dos habitantes, a população residente em áreas rurais corresponde a 16,6%, sendo um estado com predomínio urbano. As cidades com concentração populacional maior que 100 mil habitantes correspondem apenas a 10,2% sendo elas: Vila Velha (414.420), Serra (409.324), Cariacica (348.933), Cachoeiro do Itapemirim (189.878), Linhares (141.254), Colatina (111.194), São Mateus (109.067) e Guarapari (105.227). Como vimos grande parte da população reside na Região Metropolitana de Vitória (Vitória, Cariacica, Serra, Vila Velha, Fundão e Guarapari), abrangendo aproximadamente 50% da população total do Estado (IBGE, 2010).

A população economicamente ativa (PEA) por domicílio na região urbana é de 1.481.000 e na rural 379.000 (PNAD/IBGE, 2008).

O estado possui como representação parlamentar: (30) trinta deputados estaduais; (10) dez deputados federais; (03) três senadores, segundo o Tribunal Regional Eleitoral.

Na saúde o estado vem reestruturando este setor. Na diretriz de melhoria do sistema estadual de saúde no ano de 2008, foi executado um orçamento de R\$ 988.240.505,00 onde 2/3, dos recursos investidos foram do tesouro estadual, no montante de R\$ 668.865.523,00 que correspondeu a 12,51% dos recursos próprios do estado (SESA, 2009).

Atualmente, segundo o Plano Diretor de Regionalização da Saúde do Estado (PDR), a saúde encontra-se dividida em (03) macrorregiões que, por sua vez, são subdivididas em (08) oito microrregiões (ESPÍRITO SANTO, 2007).

As macrorregiões são (ESPÍRITO SANTO, 2007):

Norte: com (07) sete sedes de módulos microrregionais, sendo referenciados pelos (03) três Pólos Microrregionais, e estes referenciados pelos serviços dos (02) dois Pólos Macrorregionais dessa mesma região;

Centro: apresentando (05) cinco sedes de módulos, (05) cinco Pólos microrregionais, estes últimos funcionando de referências para as sedes, além

de apresentar um Pólo macrorregional de referência aos municípios da macro, orientada por uma lógica em rede;

Sul: com (04) quatro sedes de Pólos referenciadas por (02) dois Pólos microrregionais, tendo apenas um Pólo macrorregional, este em Cachoeiro de Itapemirim, sendo referência para os Pólos micro, uma vez que concentra as ações em atenção em saúde na região sul.

O Plano Diretor de Regionalização (PDR) implantado em 2003, no qual as regiões de saúde foram delimitadas, tem sofrido críticas quanto aos seus territórios de abrangência destas regiões e, necessariamente, vem passando por revisão desde 2010, para atender a distribuição dos serviços de saúde em cada território sanitário microrregional. Neste processo, a discussão conjunta com a equipe do Projeto Redes Cidades - Plano Estratégico ES/ 2025, norteará as novas centralidades urbanas que marcam a nova dinâmica econômica e social do Espírito Santo (SESA, 2009).

No estado até 2010, encontram-se cadastradas 879.852 famílias, conforme os modelos de atenção: Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS) (621.674); ESF (45.821) e outros (45.821). Existem 504 equipes de ESF no estado, com cobertura de 50 % da população. Com o Projeto de Expansão e Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde, a cobertura da saúde da família deverá ter passado de 50% para 70% de cobertura da ESF no Espírito Santo até ao final de 2010 (DATASUS, 2010).

A execução Orçamentária financeira em 2009 foi de 14,23% do recurso estadual. O estado apresentou em 2008 uma mortalidade infantil de 14,38 por mil nascidos vivos e a mortalidade neonatal de 9,98 por mil nascidos vivos, acompanhando a tendência prevista para o ano. A mortalidade materna vem decrescendo desde 2004 com a intensificação da formação dos Comitês de Investigação de Morte Materna que ao revelarem as circunstâncias das mortes, favorecem a identificação dos pontos críticos da organização dos serviços de saúde. No ano de 2008 ocorreram 45,98 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos (SESA, 2009).

As principais causas de mortalidade por capítulos da Classificação Internacional das Doenças (CID 10) em 2008 foram: em primeiro lugar doenças do aparelho circulatório com 6.200 mortes; em segundo lugar causas externas de morbidade e mortalidade com 3893 mortes e, em terceiro lugar neoplasias com 3213 mortes. Óbito por transtornos mentais e comportamentais ocupou o 11º lugar com 311 óbitos (SESA, 2008).

As internações no ano de 2008 por capítulos da CID-10 foram como as quatro principais causas: gravidez, parto e puerpério, com 38256 internações; doenças do aparelho respiratório com 20541 internações; doenças do aparelho circulatório 1045 internações; sendo que internações por transtornos mentais e comportamentais apresentaram a oitava posição de internação com 10109 internações (SESA, 2008).

A cobertura dos serviços de saúde mental CAPS no Espírito Santo, nas macrorregiões Norte, Centro e Sul no ano de 2008 foram respectivamente, 0,50; 0,54 e 0,64 o que pelos critérios para avaliação da cobertura CAPS por 100.000 hab. é considerado regular a boa (regular a boa: entre 0,50 a 0,69) (SESA, 2008).

Segundo a Secretaria Estadual de Saúde em seu relatório de Gestão de 2009, com objetivo de reorganização e aumento da capacidade da assistência hospitalar, especialmente a Rede de Urgência/Emergência, Alta Complexidade e Apoio de Diagnóstico, foram investidos R\$ 57 milhões na rede complementar ao SUS., Principalmente direcionado aos dois hospitais, de ensino e filantrópico como o Hospital das Clínicas (HUCAM) e a Santa Casa de Misericórdia que mantém a responsabilidade da formação de profissionais para o sistema de saúde (SESA, 2009).

E para o fortalecimento da descentralização e construção da autonomia nas instâncias macrorregionais de saúde, foram instituídos os Colegiados Microrregionais com inclusão de novos técnicos, organização de grupo de trabalho para decisões temáticas nas regiões e aprovação do projeto prioritário “Redefinição Funcional da Secretaria Estadual de Saúde” no qual as Regionais

de Saúde estão sendo contempladas com uma nova estruturação (SESA, 2009).

Ainda segundo a SESA (2009), para a consolidação do Projeto de Expansão e Fortalecimento da Atenção Primária, o Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde (APS) será implantado nos 78 municípios, trazendo uma nova versão do Programa de Avaliação e Monitoramento da Qualidade da Atenção Básica (AMQ), com o objetivo de certificação da qualidade dos processos de trabalho nas unidades - implantação do Selo de Qualidade da APS. Além disso, o gerenciamento dos riscos, a educação permanente dos profissionais, a educação em saúde dos usuários do SUS, o sistema de Programação, Monitoramento e Avaliação institucionalizado e o contrato de gestão em cada unidade e em cada equipe fazem parte das prioridades desta gestão.

### 5.3 POLÍTICA ESTADUAL DE SAÚDE MENTAL: BASTIDORES DA SUA FORMULAÇÃO

A história da saúde mental no estado do Espírito Santo, inicia-se com a operacionalização da descentralização político-administrativa e da democratização do sistema de saúde brasileiro, que começou a se processar na primeira metade da década de 80, com o Programa Ações Integradas de Saúde (AIS) e a implantação do Sistema Unificado Descentralizado de Saúde (SUDS) em 1986, que não garantia os princípios e diretrizes do sistema de saúde proposto na VIII Conferência Nacional de Saúde (NORONHA; LEVCOVITZ, 1994).

As AIS representavam um movimento essencial para iniciar o processo de mudança no sistema de saúde do País, e constituíram a estratégia de integração programática entre as instituições de saúde pública das três instâncias governamentais (federal, estadual e municipal) e os demais serviços de saúde (NORONHA; LEVCOVITZ, 1994).

E o SUDS tinha como objetivo consolidar o desenvolvimento qualitativo das AIS e como diretrizes trazia : a universalização, equidade do acesso aos



serviços de saúde, integralidade dos cuidados assistenciais, regionalização e integração dos serviços, a descentralização das ações de saúde e o desenvolvimento de uma política de recursos humanos. Em relação ao financiamento, a implantação do SUDS implicaria em estratégias de repasse de recursos financeiros do nível federal para as secretarias estaduais e municipais de saúde, mediante a adesão destas secretarias ao convênio SUDS (BRASIL, 1987; 1992).

O SUDS representou nesse momento, um rearranjo institucional, e sua implementação se deu mediante convênios firmados entre o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social e as Secretarias Estaduais de Saúde, sendo importante na reforma administrativa do setor ao introduzir vários elementos racionalizadores, tendo como conseqüências políticas, o desmonte da máquina previdenciária e a alteração da correlação de forças, até então vigente nos estados (GOULART, 1996).

Assim, o estado do Espírito Santo entra como protagonista nesta história através da adesão ao convênio para implantação e execução do programa das AIS em 1984. E em setembro de 1987, assina convênio com o governo federal incorporando-se ao Sistema Único Descentralizado de Saúde (SUDS), dando início a algumas mudanças no seu sistema de saúde local, mudanças estas, ainda bem incipientes.

Apesar das AIS terem promovido a ampliação da cobertura e criado comissões interinstitucionais nas três esferas de governo, é com a sua substituição pelo Sistema Unificado Descentralizado de Saúde (SUDS), em 1987, que o estado propõe e assume a descentralização e a democratização das instâncias gestoras, através de órgãos colegiados, como diretrizes do novo Sistema Nacional de Saúde (NORONHA; LEVCOVITZ, 1994).

Portanto, na década de 80 com as mudanças que estavam ocorrendo na instância federal, com o propósito de construir um sistema de saúde que pudesse dar maior acesso a população brasileira, e prestar melhor assistência, o estado do Espírito Santo começa a organizar, mesmo que de forma bem incipiente, o seu sistema de saúde local. No campo da saúde mental, é em

1985, que começa a ocorrer o início da reestruturação da assistência psiquiátrica no estado, quando foi realizado em Vitória o I Encontro Nacional dos Coordenadores de Saúde Mental da região sudeste, considerado como um dos precursores da realização da I Conferência Nacional de Saúde Mental (OLIVEIRA, 2009).

Em 1987 dá-se início a um forte movimento de crítica, que tomou a forma do movimento de luta antimanicomial no país, passando a influenciar os estados no sentido de fazerem a sua Reforma Psiquiátrica. Com a I Conferência Nacional de Saúde Mental, na cidade do Rio de Janeiro em 1987, é estabelecido o primeiro consenso mínimo entre os profissionais da área de saúde mental, para as mudanças assistenciais propostas pelo movimento de Reforma Psiquiátrica, onde profissionais técnicos da Secretaria Estadual de Saúde passam a pensar e articular uma proposta de reorganização da saúde mental no estado.

O estado sofre o impacto da proposta do projeto de lei Nº 3.657/89 do deputado Paulo Delgado (PT-MG), que passa a reforçar as discussões locais sobre a necessidade de articular uma política estadual que pudesse dar subsídio aos portadores de transtorno mental, pois tal projeto tinha como propostas, a regulamentação dos direitos das pessoas com transtornos mentais e a extinção dos manicômios no país. O projeto sustentava-se em três proposições: a) impedia a construção ou contratação de novos hospitais psiquiátricos pelo poder público; b) previa recurso público a ser direcionado para serviços não-manicomiais; c) a obrigatoriedade da comunicação das internações compulsórias às autoridades judiciais, que deveriam posicionar-se quanto à legalidade da internação (DELGADO, 2000).

O debate da reestruturação da saúde mental no estado intensificou-se com a realização do II Encontro de Coordenadores de Saúde Mental realizado em 1992, no qual o estado se fez representar nacionalmente com delegação, onde neste espaço foi possível amadurecer propostas a serem apresentadas na II Conferência Nacional de Saúde Mental, para viabilizar as mudanças na saúde mental do estado.

As mudanças mais expressivas começam a ocorrer entre o final de dezembro de 1988 a junho de 1989, quando foi construída uma proposta de reorganização do modelo assistencial para o Espírito Santo, elaborada pelo grupo de trabalho da Secretaria de Estado da Saúde e do Instituto Estadual de Saúde Pública (SESA/IESP) na qual estavam inseridas também propostas para a saúde mental (OLIOSA, 1999).

A partir daí, na década de 90 com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), torna-se necessário a organização dos serviços de saúde, que passam a depender da construção de um novo modelo de gestão, a fim de propiciar mudanças paradigmáticas do modelo técnico-assistencial, fazendo com que o estado do Espírito Santo passe a ter que seguir as diretrizes e princípios deste novo sistema de saúde, reforçando ainda mais a necessidade de reconstruir a saúde mental no estado, pois tais princípios e diretrizes eram consoantes com as propostas da Reforma Psiquiátrica e da luta anti-manicomial (OLIVEIRA,2009).

Em 1994 ocorreram fatos importantes, segundo Ferreira (2005), para que a saúde mental pudesse ser incorporada à agenda política de governo, dos quais vale citar:

- A II Conferência de Saúde Mental realizada em 1994 que propôs a reestruturação da atenção em saúde mental, trazendo a distritalização em saúde mental com adoção do conceito de território e de responsabilidade, com vistas a garantir o direito dos usuários à assistência em seu território e o rompimento com o modelo hospitalocêntrico. Um dos pontos centrais desta conferência foi à mudança da lógica da assistência com proposta de construção de uma rede constituída por serviços diversificados e qualificados para substituir o modelo hospitalocêntrico;
- A eleição de um representante do Partido dos Trabalhadores, o médico Vitor Buaiz, que tinha como seu plano de governo a priorização da política de saúde e da saúde mental, propondo também a

municipalização da saúde, no qual o estado passa a incentivar novas políticas para melhoria do atendimento à população;

- Os profissionais que faziam parte da luta antimanicomial no estado, com assessoria de alguns técnicos contratados para dar suporte na organização e estruturação das reformas na área de saúde mental, constroem em 1995, a “Proposta para uma Política de Saúde Mental do Estado do Espírito Santo” trazendo como principal meta, a criação de uma rede de serviços extra-hospitalares de base comunitária, com dispositivos capazes de substituir a internação hospitalar (ESPÍRITO SANTO, 1995).

O governador eleito em 1994, o médico Vitor Buaiz, havia sido prefeito do município de Vitória no período de 1989 a 1992, e já vinha trabalhando na discussão da saúde mental com seus técnicos, sobre a reforma psiquiátrica e a luta antimanicomial, inspirado nas iniciativas tomadas pelo Município de Santos (SP), conforme afirma um dos técnicos do município, que atualmente encontra-se na SESA,

Já tínhamos elaborado e tomado algumas iniciativas com o espírito da reforma antimanicomial quando fui secretário de saúde na gestão de 1989 -1992 inspirado no modelo implantado no município de Santos que decretou intervenção na Casa de Saúde Anchieta (GS1).

O fato de já ter vivenciado experiências e participado de discussões a nível municipal sobre a necessidade de rever a assistência psiquiátrica local, quando assumiu o governo do estado, reforçou a importância de se realizar reformas na área de saúde mental, como já vinha sendo evidenciado por outros estados como Minas Gerais, São Paulo e Rio Grande do Sul. O governo passa a priorizar iniciativas para melhorias da saúde do estado ampliando a discussão entre profissionais e governo sobre a situação em que se encontrava a assistência psiquiátrica no estado e com isto, a saúde mental é incluída na agenda política do governo (ESPÍRITO SANTO, 1995; FERREIRA, 2005).

Fica bem evidenciado o apoio do governo através da fala da coordenadora de saúde mental e do secretário de saúde nesta gestão,

Na secretaria de estado a gente teve um governo, que foi o governo Vitor Buaiz, que priorizou a área de saúde mental, e que solicitou a gente enquanto técnicos, a construção, a criação de um projeto para uma política de saúde mental no Estado, até então a gente tinha experiências isoladas, mas que representavam assim, essa coisa mais como um todo, uma proposta para o estado inteiro eram experiências bem interessantes, porém sem a amplitude de uma política mesmo, é isso (GC1).

Foi possível realizar as primeiras discussões para a reforma na saúde mental do Estado graças ao apoio do Gestor que além de apoiar as iniciativas, pode viabilizar os meios necessários para que os técnicos pudessem desempenhar suas funções com autonomia (GS2).

Como pôde ser visto no estado a saúde mental, I como política pública, tem seu início em 1995, paralelo ao contexto da reestruturação da assistência psiquiátrica que tomou conta do país na década de 1990, com a incorporação pelo Governo do Estado das diretrizes da reforma psiquiátrica (ROSSONI, 2006).

Olha eu considero o ano de 1995 como um marco nessa construção que é exatamente o momento do governo do Vitor Buaiz, que e a dissertação da Lília vai te trazer isto... [...] Foi na proposta de governo do Vitor, que a saúde mental entra como um campo a ser estruturado, efetivado, consolidado, então assim, eu considero existiam experiências anteriores da coordenação de saúde mental, de propostas de ação, mas na perspectiva de uma política efetivamente assumida para além do corpo técnico é no ano de 1995 que tudo começa (GC2).

Vale à pena fazer um adendo nesta história, com um fato que irá influenciar diretamente a história da gestão neste período. A relação entre o governador e o Partido dos Trabalhadores (PT) do qual era membro, passava a ter vários conflitos e tensões, em função de divergências ideológicas internas, e o PT capixaba acusava o governo de aliar-se ao neoliberalismo, invertendo prioridades e ritualizando temas historicamente criticados pelo partido (SCHERER, 2005).

A conjuntura econômica e Política local e nacional, as pressões do mercado e dos credores ou fiadores do governo, pressionaram Vitor Buaiz a fazer uma opção pela reforma do estado e a adotar uma política desestatizante, de enxugamento da máquina administrativa (SCHERER, 2005, p.99).

Não somente a crise que o governo enfrentava em âmbito geral, no setor saúde as coisas também não iam “nada bem”, a saúde estava em crise, à administração da SESA passava por momento conturbado, com troca de secretários de saúde, com pedidos de demissão de funcionários e greves. Apesar do momento ser conturbado, técnicos da luta antimanicomial e saúde mental são convidados pelo governador a engajarem com outros técnicos no aparelho estatal, para realizar além da reforma na saúde do estado, reformas no campo saúde mental (BUAIZ, 1996) .

No começo da gestão do governador, segundo Ferreira (2005) a Secretaria Estadual de Saúde (SESA) conduzindo o processo de municipalização, instituído pela Norma Operacional Básica (NOB-1992) do governo federal, que colocava para os municípios a responsabilidade de garantir a atenção à saúde da população no primeiro nível de assistência, passou a organizar discussões com os prefeitos sobre a municipalização da saúde mental. Com isso, a SESA através do Programa de Saúde Mental, iniciou o planejamento de uma série de ações para a organização dos serviços de saúde mental no estado, conforme as falas abaixo.

Nós fizemos várias discussões nos municípios sobre a necessidade de se desenvolver as ações de saúde mental, inicialmente não se falava assim no CAPES nos municípios, mas sim, de começar a prestar a atenção a ver, que tipo de trabalho se poderia fazer com os pacientes com transtorno mental, daí a gente fez uma capacitação para clínicos nessa época, fizemos uma capacitação também, para os médicos da urgência psiquiátrica (GC1).

Nós passamos a ter contato mais direto com as políticas de saúde e qualificação quando então assumimos a Secretaria de Saúde do Estado, e ao assumir este posto na condição de secretário tivemos contato com todas as equipes do nível central que obedeciam a política no nível macro que era exigida pelo ministério da Saúde e realizamos tentando implementar a descentralização dos serviços de saúde e municipalização da saúde, vários contatos com os municípios,

realizamos várias discussões sobre a organização dos serviços locais e a necessidade de realizar mudanças no campo da saúde mental (GS2).

Fazendo outro adendo a esta narrativa, torna-se necessário narrar um pouco de como se chegou a essa conclusão, da necessidade da reforma no campo da saúde mental no estado e, por que somente na década de 1990, é que houve esta aceleração no processo de se fazer valer a luta do movimento antimanicomial no estado. Então começemos pelo início.

A história dos transtornos mentais no estado não se diferenciava do restante do país ou dos outros países, e segundo os coordenadoras e secretários de saúde desta década de 1990, era extremamente desumana. Os cidadãos não tinham a menor perspectiva de tratamento, eram isolados do mundo ficando restritos aos hospitais psiquiátricos, ou mesmo em suas residências, quando não conseguiam internação, alguns zanzavam em seus municípios sem qualquer tipo de intervenção, ficando a mercê de toda sorte, sendo que outros eram mal tratados, enviados para outros municípios na tentativa de mascarar a realidade, e outros até desapareciam. Além disso, os próprios técnicos narraram as péssimas condições com que os indivíduos com transtorno mental eram assistidos pelos serviços de internação, muitas vezes tratados com descaso e violência.

Estas narrativas não saíram do nosso imaginário, elas foram escutadas pelos técnicos da saúde mental nas várias discussões realizadas com os municípios, e vale a pena narrar algumas,

As histórias que a gente ouvia na época eram as mais variadas, é... Eu tenho que fazer esse menino ser internado, ele é louco, jovens de 17 e 18 anos, é, ou mesmo de pessoas de 20 e poucos anos, 40 anos, ele é catador de lixo, fica solto na rua, é porque ele está na rua comendo fezes, ele bebe urina, essas coisas que não pode (GS2).

A intenção da família é internar para ter os problemas solucionados, e neste período a gente começou a ter uma demanda muito grande de solicitação de internação por diversas causas, má conduta, violência, brigas, atentado ao pudor, enfim várias, em função também do advento abusivo do uso de drogas né, que eram e são uma ameaça a eles mesmos com graves conseqüências para a sociedade e tudo isso fazia com que você tivesse que fazer alguma coisa (GS1).

O que a gente ouviu nos encontros com os municípios só demonstrou o quanto a saúde mental era fragilizada no estado e como os serviços não conseguiam dar conta da assistência a estes indivíduos, e como estes indivíduos ficavam totalmente desassistidos (na sua saúde e saúde mental (GC2).

[...] o hospital Adauto Botelho era um lixo né, cheio de problemas, os pacientes não tinham a menor infraestrutura, os profissionais eram desqualificados para assistir os pacientes [...] Não havia divisão de nada, todo mundo ficava junto não havia diferença de ala masculina e feminina (GS3).

[...] os leitos do Hospital Adauto Botelho (era tudo misturado), os leitos de curta e longa duração eram todos misturados, né, não havia divisão das unidades, igual ao que tem hoje, lá, só de agudos, só de pacientes de ressocialização, não existia a unidade de atenção primária, você tinha paciente agudo na enfermaria de geriatria, por exemplo, né, enfim era tudo muito precário e desorganizado (GC1).

Como pode ser visto a situação dos portadores de transtorno mental no estado era realmente bem precária, antes da formulação da política de saúde mental.

Segundo uma das coordenadoras de saúde mental deste período, não se conhecia a real situação da assistência prestada a estes indivíduos, apesar de ter alguns dados, poucos, sobre as internações, como o longo tempo de permanência; não havia nas internações freqüentes, os tipos de doenças mais freqüentes e indicadores sociais. A superlotação do Hospital Adauto Botelho, evidenciava que elas só aumentavam, mas não havia dado (elaborados) para se ter um perfil de fato. Tinha-se um diagnóstico da rede, que era muito grave, duas clínicas conveniadas, uma sem qualidade alguma para atendimento, tanto que foi fechada pela vigilância sanitária, sendo que o único indicador real era o longo tempo de permanência dos pacientes, o que era um péssimo indicador. Os demais coordenadores não falaram diferente disto,

[...] não havia um projeto terapêutico, o paciente entrava, mas não tinha data para sair, quando saía não tinha continuidade do tratamento, não sabia para onde esse paciente iria [...] Faltavam medicações nos postos de saúde, o paciente retornava em crise, por falta de acesso as medicações necessárias ao seu tratamento e ficava de novo internado, sendo que poderia estar com seus familiares (GC1).

Não se sabia ao certo a real situação da assistência aos portadores de transtorno mental no estado, sabia era o que se ouvia falar pelos técnicos dos municípios



que era um caos, mas não se tinha um diagnóstico situacional, nem epidemiológico que pudesse subsidiar ações e estratégias para esses usuários (GC2).

O que contribuiu para se buscar uma reorientação do modelo assistencial neste período, década de 90, foram segundo as coordenadoras de saúde mental: os aparatos legais que começavam a ser construídos pelo governo federal através do Ministério da Saúde e repassados aos municípios, com intuito de se organizar neles, a atenção a esses usuários; denúncias feitas ao Ministério Público por familiares desses indivíduos com transtorno mental sobre a desassistência que estes vivenciavam; experiências vividas por outros estados e compartilhadas por seus técnicos, como ocorreu em Santos (SP), onde técnicos do nível central puderam ir e vivenciar de perto a experiência (local) desses espaços, para que de fato, pudessem fazer valer a desospitalização e a inserção desses em serviços substitutivos, como os CAPS, em seguida poder trazer estas experiências para serem discutidas com os municípios, como as falas abaixo relatam;

Muitas famílias nesta época procuravam o Ministério Público exigindo do Estado ações concretas para o tratamento desses indivíduos, e muitos desta forma eram internados nos hospitais de Cachoeiro de Itapemirim (CAPAAC), na clínica Santa Izabel e no Hospital Adauto Botelho em Cariacica (GS3).

[...] o que contribuiu para a organização da saúde mental no estado primeiro foi a implantação do SUS aqui no estado, depois foram as somas das diversas experiências vividas por alguns municípios na tentativa de assistir esses pacientes, claro de uma forma bem básica, depois foram todos os aparatos legais do Ministério da Saúde, que inclusive passavam a financiar essa reorientação (GS2).

Somado a tudo isso, a composição dos serviços de saúde mental no estado, em 1995, era de 530 leitos privados contratados e 391 leitos públicos psiquiátricos. Os leitos públicos eram distribuídos no Hospital Adauto Botelho em Cariacica (350 leitos) com pacientes de longa permanência não havendo planejamento do tratamento. Já as internações, eram sem controle, não havendo previsão de alta, no Centro de atendimento Psiquiátrico Aristides Alexandre Campos Saúde Mental (CAPAAC) em Cachoeiro de Itapemirim (35

leitos) e no hospital geral São Lucas em Vitória havia (06 leitos) para atendimento das emergências psiquiátricas (ESPÍRITO SANTO, 1995; OLIVEIRA, 2009).

Na rede privada existiam na Clínica de Repouso Santa Angélica em Vitória (180 leitos) e na Clínica Santa Isabel em Cachoeiro de Itapemirim (350 leitos). O que podemos ver neste período é que a atenção aos portadores de transtorno mental e usuários de SPAs no estado era totalmente hospitalocêntrica e privada e para agravar ainda mais a situação apenas (09) nove municípios possuíam serviços ambulatoriais com profissionais de saúde mental, distribuídos de maneira dispersa e sem nenhuma articulação (ESPÍRITO SANTO, 1995; FERREIRA, 2005; OLIVEIRA, 2009).

Os serviços ambulatoriais com profissionais de saúde mental existente neste período eram (23) vinte e três, distribuídos na sua maioria na região metropolitana, constituindo-se em serviços de baixa resolubilidade pelo número insuficiente de profissionais especializados e distribuídos de forma dispersa, longe de serem consideradas equipes de saúde mental. A precariedade das instalações físicas das unidades ambulatoriais, o despreparo dos profissionais no cuidado com a clientela, a não garantia de psicofármacos dificultavam o acesso e a adesão dos pacientes egressos de internação e do tratamento extra-hospitalar. Além disto, muitas vezes os pacientes em surtos psiquiátricos eram encaminhados as delegacias locais e às vezes, às secretarias de ação social para que fossem tomadas algumas providencias (FERREIRA, 2005).

Em função de toda essa problemática apresentada no campo da saúde mental neste período, a desassistência, a exigência federal para que estados e municípios organizassem sua atenção em saúde mental e os seus serviços de saúde mental, as primeiras normatizações do MS para a construção desta assistência, somados à pressão do movimento da luta antimanicomial para que os estados assumissem a bandeira da desospitalização, é que se começa a construir uma política de saúde mental no estado.

Então, dando continuidade à narrativa da história da trajetória da construção da Política de Saúde Mental do Estado e sua rede de atenção, passaremos a falar um pouco sobre essa construção.

#### 5.4 POLÍTICA ESTADUAL DE SAÚDE MENTAL: MOMENTO PULSANTE DA FORMULAÇÃO

A política de saúde mental no estado, segundo os coordenadores e secretários de saúde da década de 90, nasceu da discussão da luta antimanicomial, com intuito de se fazer a desospitalização dos pacientes dos hospitais psiquiátricos locais, não se pensava de início trazer a Reforma Psiquiátrica para o estado, e sim se discutia a desospitalização. Com a entrada do governo (1994-1998) priorizando o campo da saúde mental, e o convite aos técnicos da luta antimanicomial a assumirem o nível central da SESA para formar um grupo técnico de saúde mental, com objetivo de reestruturar a saúde mental do estado, deu-se início a formulação de um documento técnico chamado “Proposta para uma Política de Saúde Mental no Estado”.

Esse documento que norteou a política de saúde mental do estado foi fruto de várias discussões com os profissionais de saúde dos municípios, representantes da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), grupos e movimentos sociais, entidade de classes, enfim várias representações. Como poderemos ver nestas falas, construir esse documento técnico foi mais que apenas normatizar algo, foi a democratização de uma discussão e uma ação cidadã, pois houve a participação de vários atores sociais da época, de tecnocratas a usuários.

Nós fizemos várias discussões com os municípios, com usuários, movimentos sociais, enfim, vários atores discutindo a importância de reorientar a saúde mental do estado [...] ouvimos as suas experiências, ouvimos as denúncias de descaso, falamos sobre a proposta de reorientação, foi um espaço super democrático de participação (GC1).

[...] então começamos a trabalhar com o apoio do governo, com entusiasmo da equipe, vale ressaltar que a equipe em que trabalhei era muito jovem, e acreditava

que podia, acreditava que tinha que fazer [...] O trabalho do pessoal da época apesar de todos os contratemplos, era muito, muito legal, era abraçado com muito afincos e a gente saía pelo interior, com muitas oficinas de trabalho, tivemos neste período consultoria externa, o grupo de Campinas esteve fazendo trabalho conosco, o Eugênio Villaça auxiliou o trabalho, eram discussões muito ricas, participativas, lá podíamos exercer a democracia, com várias pessoas (GS2).

Organizamos vários eventos com a presença de profissionais que já estavam desenvolvendo propostas e ações de políticas públicas e tivemos apoio de profissionais da ENSP, da Secretaria Municipal de Saúde de Santos e da Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde. Modificamos a gestão das unidades e a partir daí elaboramos as propostas de ação (GC1).

[...] olha dá saudades daquela época em que realizávamos várias discussões sobre a situação da saúde mental no Estado, e ali saía muitas coisas interessantes para serem implantadas no Estado e municípios (GC2).

E assim, as discussões técnicas, as consultorias, as oficinas, as idas aos municípios a fim de se construir um diagnóstico situacional da saúde mental e seus serviços, foram essenciais para a tentativa de superar o modelo hospitalocêntrico e privativo vigente no estado no campo da saúde mental. No conhecimento da realidade dos diferentes municípios, na troca de experiências com os usuários (familiares dos portadores de transtorno mental) e de alguns movimentos sociais, abriu-se o leque para se pensar em uma política não somente normativa, mas inclusiva e cidadã, conforme se vê na fala abaixo;

Quando discutíamos a reorientação do modelo assistencial, pensávamos em questões técnicas, mas a participação de vários atores não técnicos, nos fizeram perceber que era necessário algo mais que um documento, era necessário humanizar a saúde mental do Estado e torná-la acessível a essa população (GC2).

Junto a estas discussões da formulação da política estadual havia segundo uma coordenadora de saúde mental entrevistada, o movimento da desospitalização dos hospitais psiquiátricos, onde o hospital Adauto Botelho passava a ser alvo deste processo, surgindo questionamentos para onde esses pacientes iriam após a alta. O governo neste período vinha vivenciando momentos de muita tensão política, e na saúde vários acontecimentos como: greves de médicos, pedidos de demissão de profissionais e dos próprios

secretários de saúde, a falta de recursos e o sucateamento dos serviços de saúde, fizeram com que estes técnicos da SESA começassem a pensar em estratégias de enfrentamento. O próprio governador deste período em matéria veiculada no jornal A Gazeta, no dia 13 de setembro de 1996, admitiu: “[...] O estado é impotente para resolver sozinho a crise que a área da saúde atravessa no Espírito Santo” (BUAIZ, 1996, p.16).

Apesar de todas as tensões, segundo os coordenadores e secretários vigentes neste período, os técnicos assumiram a responsabilidade de realizar as modificações necessárias para a desospitalização, que podem ser descritas em algumas etapas:

- A primeira etapa foi fazer um diagnóstico situacional do hospital, quantos pacientes de longa duração, curta duração, pacientes com familiares, sem familiares, moradores da Grande Vitória, do interior, de outros Estados, enfim, tudo que pudesse subsidiar os meios que favorecessem a desospitalização.
- Como segunda etapa, foi realizada uma reforma do hospital Adauto Botelho, conforme normatizava a Portaria GM 224/92, para o atendimento hospitalar. O hospital passou por reforma administrativa e estrutural, para adequação do espaço, cumprimento das novas normas, e para continuar sendo credenciado pelo SUS.
- Na terceira etapa, foram realizados cursos de capacitação para os funcionários do hospital, para que pudessem enfrentar a nova realidade.

Pode parecer narrando à história desta forma, que o planejamento e a execução das mudanças necessárias para se dar início a este processo de desospitalização neste espaço, foram muito tranquilos, mas infelizmente o processo não foi tão simples assim, como será visto nas falas dos gestores:

[...] isto tudo foi construído com apoio da secretaria com muita dificuldade, porque entrar no hospital assim com uma proposta tão desafiadora amedronta muito quem está lá há muito tempo, então tivemos muitas resistências (GC1).

Eu comecei a fazer a desospitalização do Hospital Aداuto Botelho porque aquilo era um lixo, né, cheio de problemas [...] o que eu encontrei era um caos em todos os sentidos... [...] Os profissionais de saúde desta área psiquiátrica são complicadíssimos, o Aداuto tinha uns quinze a dezoito profissionais, um pessoal bastante difícil para se trabalhar com eles, mas a gente conseguiu impor um norte e começamos a acertar isso lá (GS3).

[...] eu acho que a gente não foi muito feliz na época, éramos poucos trabalhando, com pouquíssimos recursos financeiros eram nada, e tivemos muitas resistências de diversas naturezas, de familiares, de profissionais, enfim, vários (GS2).

Além de reorganizar o “Hospital Aداuto Botelho” para os novos moldes instituídos pela portaria GM 224/92, havia os outros locais que também realizavam hospitalizações e atendimentos aos portadores de transtorno mental e usuários de SPAs, como a Clínica Santa Izabel, Clínica Santa Angélica, CAPAAC, que precisavam ser reestruturados, segundo uma das coordenadoras:

[...] eu acabei indo para dentro do Hospital Aداuto Botelho para que pudesse ser implantado as mudanças no local, nós tínhamos a Portaria que nos dava a direção de como deveria ser este serviço, fui fazer meio que uma assessoria da direção, e ali a gente discutia, praticamente com a equipe inteira, as pessoas resistiam, mas fomos persistentes, e conseguimos implantar algumas modificações [...] A gente não sabia, não tinha idéia de montar um serviço desses, mas a gente sempre encontra um grupo de pessoas que dá liga, conseguimos montar o serviço (GC1).

[...] tivemos que fazer adequações dos hospitais que continuaram abertos, ver os serviços, fizemos um trabalho longo com eles, discutindo, planejando, adequando-os segundo a portaria, foi um trabalho árduo, no Aداuto acho que tivemos êxito, nos outros acho que nem tanto, havia muitas resistências, principalmente dos médicos (GS2).

Em 1994, com a formação do Grupo de Avaliação da Assistência Psiquiátrica (GAP), pela Portaria SAS Nº. 145/1994, que tinha como intuito, avaliar as instituições psiquiátricas e os serviços de saúde mental evidenciando a qualidade destes serviços, denunciando maus tratos, e até mesmo sugerindo fechamento destas instituições caso comprovadas as irregularidades, foi fechada no estado uma clínica psiquiátrica pela péssima assistência que

prestava aos usuários com TM e pela falta de condição sanitária que apresentava.

A situação da rede de saúde mental era grave, a clínica Santa Angélica foi fechada pela vigilância sanitária pelas péssimas condições que apresentava, os outros serviços também precisaram sofrer mudanças, a meu ver, não conseguimos implantar todas as mudanças que desejávamos em função de vários problemas (GC4).

[...] fizemos inspeções (que nós fomos fazendo) e o resultado foi incrível, nós tivemos fechamento de casas que cuidavam desses pacientes sendo fechadas, porque o trabalho era indigno, o paciente era tratado não como ser humano, né, o que você via dentro dessas clínicas era alguma coisa que não deixava você bem enquanto cidadão, né (GS2).

O fechamento da clínica Santa Angélica foi um avanço na época, né, houve uma questão muito desrespeitosa na época, né, assim, a secretaria dava prazos e o dono da clínica ignorava, né, meio não acreditando que a gente ia fechar pelos problemas políticos, mas a clínica foi fechada (GC2).

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

Nós conseguimos organizar o Adauto Botelho, que era aquela coisa medieval, não existia projeto terapêutico, quase nada, e assim com o projeto de melhoria e de reorganização de todos os hospitais públicos do Estado, nós conseguimos implantar três áreas de trabalho, de acordo com o perfil da clientela, os pacientes agudos, que é de curta permanência, a ressocialização e a unidade diária que é o CAPS Moxuara que seria a unidade externa (GC1).

[...] na época sei que ao pessoal da Saúde mental batalhou muito para tentar levar melhoria da assistência aos pacientes de lá, desenvolviam atividades com uma equipe multiprofissional, com programas de ressocialização, o paciente era trabalhado, e se avaliava até aonde ele poderia ter autonomia para cuidar de si (e poder ir para casa, foi um trabalho pelo que sei bem intenso e tiveram muitas resistências, mas conseguiram (GS1).

Ainda referente à desospitalização dos pacientes do Hospital Adauto Botelho, segundo a coordenadora desta gestão, tiveram que fazer um trabalho de alta. Uma equipe entrou no hospital para avaliar cada paciente e dar alta aqueles que já estavam estabilizados e podiam ir para suas casas, aqueles que precisavam de tratamento foram remanejados até que pudessem receber a alta definitiva;

[...] cerca de 19 pacientes foram remanejados para depois quando estabilizados receberem alta definitiva, as discussões se estenderam até o CAPAAC que é o hospital estadual de Cachoeiro de Itapemirim, sempre no sentido de se construir no CAPAAC uma porta de entrada, porque lá não tinha porta de entrada pública, no sentido de futuramente ter o CAPS (GC1).

Neste período ainda não tínhamos as residências terapêuticas, então tivemos problemas com aqueles pacientes que não localizávamos seus familiares [...], além disto, nos municípios não tinham serviços organizados para receber estes pacientes, com isto muitas famílias não aceitavam receber estes pacientes em casa [...] neste período se comprava muitos leitos particulares, porque não dava conta os públicos (GS1).

Paralelamente a estas discussões um fato que não pode deixar de ser narrado, é a sanção da lei estadual, Lei Nº. 5.267, de 10 de setembro de 1996, que dispunha sobre os direitos fundamentais das pessoas consideradas doentes mentais, que acabou nem sendo citada por alguns gestores, segundo eles, pela pouca importância que esta acabou tendo na reorientação do campo da saúde mental do estado. Este baixo impacto da lei na construção de uma política de saúde mental e para proteção dos portadores de transtorno mental pode(m) ter sido devido a alguns fatores, citados pelos coordenadores e secretários de saúde da época, como:

[...] a construção da política de saúde mental a meu ver, ela se deu muito mais a partir da construção, teórico-metodológica, toda aquela dimensão teórico



conceitual que Paulo vai chamar de..., ao aspecto sóciopolítico, do que a base legal como uma lei instituída [...] o que mais me chamou a atenção em relação a lei de 1996 , o quanto ela foi pouco assumida , ela foi pouco incorporada , ela acabou não sustentando necessariamente os documentos , a base da própria política em si, quem deu todo o aparato e a base legal foram as normatizações do governo federal (GC2).

O que de fato sustentou toda nossa política estadual foi (toda) a legislação brasileira, as portarias, normas, regulamentações oriundas do Ministério da Saúde, da OMS, que é a base dos Estados e municípios e também para algumas instituições (GS4).

[...] que deu base a política estadual de saúde mental na época, vamos dizer, foi a discussão da política de saúde mental, da luta antimanicomial, [...] o documento técnico“ a proposta para a política estadual lembra? esse sim de forma participativa e democrática norteou a nossa política, não essa lei de 96 (GC3).

[...] a gente tem a lei do Lélo Coimbra, que não teve a participação da luta antimanicomial, e nem a discussão das pessoas que estavam levando em frente a Reforma Psiquiátrica aqui, a gente tinha uma discussão com o Cláudio Vereza, mas o deputado Lélo acabou se antecipando e a lei dele foi publicada, mas assim, não acho que foi representativa, que houve uma repercussão (GC1).

Olha eu sabia por alto sobre a lei de 1996, mas como essa lei serviu apenas como uma lei, algo apenas normativo [...] ela não teve grande importância na estruturação da saúde mental do Estado, até pela forma que ela foi apresentada, sem participação popular em sua discussão [...] ela não trouxe grandes transformações, tanto que você pouco ouve falar dela enquanto precursora das mudanças na saúde mental do Estado (GS3).

Outro fato que não pode deixar de ser registrado neste processo de construção da política estadual de saúde mental, são os atores que desde o início vêm dando as contribuições para que ela de fato possa ser implementada (diariamente). Desde sua formulação pelo documento técnico de 1996, vários atores sociais, vêm dando forma a esta política, porém aquela chama, aquela efervescência do início veio se perdendo com o tempo conforme os gestores vêm alertando, e segundo eles é preciso resgatar aquele caráter participativo e democrático de tempos atrás;

As conferências micro regionais da construção dessa política, o diagnóstico e a construção, a gente tinha uma participação muito grande de associação de moradores, de movimentos comunitários, era bem rico né, bem mais rico que hoje, por exemplo, a última conferência que tivemos não tinha aquela coisa de bairro, de caráter comunitário, era muito bacana, mas isso veio se perdendo (GC2).

Na formulação nós tínhamos nosso planejamento e eu lembro que participava muito disso, a gente acabava tendo que batalhar por recursos, sensibilizar gestores, com isso a gente ia envolvendo os diversos segmentos do governo, fazíamos inclusive apresentações para os secretários, para usuários, para o próprio governador [...] Era maravilhoso discutir a reorientação com vários atores sociais de diferentes grupos e interesses, na efervescência do movimento antimanicomial, mas agora acho que falta entusiasmo, está tudo muito técnico, as vezes até verticalizado (GS2).

Mediante a isso, só nos traz a certeza como alguns autores vem apontando como Benevides (1996), Mendes (1995) e outros, que cada vez mais vem se tornando evidente a inadequação das ações formuladas de cima para baixo, sem envolvimento dos segmentos relevantes da sociedade civil. Na verdade, esse não é um problema exclusivo das políticas regionais, pois a persistência desse estilo tecnocrático continua a marcar grande parte das ações governamentais, nos vários níveis da administração pública brasileira.

Além disso, segundo os autores, como consequência dessa falta de envolvimento da comunidade, muitos programas e projetos governamentais concebidos e implantados de cima para baixo não sobrevivem às administrações responsáveis pelo seu lançamento. Acabam por ser substituídos por outros igualmente efêmeros, num ciclo patético que envolve grande desperdício de recursos e só contribui para aumentar o descrédito em relação à eficácia das ações do setor público. Por isso, torna-se necessário resgatar a participação democrática das discussões e a horizontalização das ações.

Como vimos, a década de 90 foi de grandes mudanças no país, a implementação de um novo modelo assistencial - o SUS -, a reorganização da saúde nos estados e municípios com as Normatizações Organizativas, o financiamento sendo revisto e modificado, as transferências de recursos

passando para uma nova lógica um pouco mais acessível, a construção de várias políticas na saúde, enfim, todas as mudanças estruturais no campo da saúde.

Neste turbilhão de mudanças, a construção da primeira Política Estadual de Saúde Mental, foi um passo importante para o estado nessa área, pois trouxe a possibilidade de buscar meios para organização de uma atenção aos portadores de TM e usuários de SPAs, apesar de como os próprios gestores deste período afirmam, tudo era muito incipiente, tudo muito novo, e as resistências eram muitas. Havia muita vontade de trabalhar, mas faltava qualificação, recursos financeiros, recursos humanos suficientes e capacitados, processo formador deficiente, pressão do grupo privado, pressão dos grupos hegemônicos, pressões políticas e outras.

A próxima década, como veremos, será bem normativa, com várias Portarias do Ministério da Saúde para apoio da organização à atenção aos portadores de transtornos mentais e usuários de SPAs. Ocorrem, nesta época, a realização dos Fóruns e as Conferências de Saúde Mental que reforçaram a importância de se regionalizar e municipalizar a saúde mental, investir nos serviços substitutivos, incluir a Saúde Mental na Atenção Primária, bem como, a necessidade de investimento no processo formador, na qualificação de profissionais, no estabelecimento da organização do sistema, desde as portas de entrada a Média e Alta complexidade, com organização de fluxos de atenção e principalmente a organização da rede de atenção aos portadores de transtornos mentais e usuários de SPAs.

Então, como Rossoni (2006) relata a Política de Saúde Mental no estado na segunda metade da década de 1990 e início da década de 2000, foi marcada por três importantes momentos:

- Constituição do Fórum Estadual de Saúde Mental em 1999 - O fórum trazia como intenção a construção de um espaço de discussão permanente entre técnicos e gestores, sobre os rumos da saúde mental no estado. O fórum permitiu a socialização de informação acerca dos limites e possibilidades da implementação da política de saúde mental

nos municípios e um maior conhecimento técnico sobre saúde mental, considerando que neste espaço as formas de cuidado com a saúde mental desenvolvidas nos municípios (experiências consideradas exitosas) eram alvo de apresentação.

- A pactuação de um indicador em saúde mental em 2000 - A coordenação estadual em saúde mental criou um indicador, pactuado com os gestores na Programação Pactuada Integrada da Epidemiologia e Controle de Doenças (PPI-ECD), importante instrumento de gestão. O indicador previa a implantação de no mínimo uma equipe de saúde mental em cada município independente de sua base populacional. O objetivo principal era avaliar a criação de serviços extra-hospitalares em saúde mental, considerando o processo de descentralização. O estado recomendou que os municípios devessem oferecer serviço em saúde mental em seu território, constituindo ao menos uma equipe mínima composta por um psiquiatra ou médico generalista e dois profissionais de nível superior podendo ser Psicólogo, Assistente social ou Enfermeiro.
- A realização da II Conferência Estadual de Saúde Mental em outubro de 2001- A II Conferência Estadual de Saúde Mental (que) permitiu uma avaliação desta política no estado e serviu como etapa preparatória para a III Conferência Nacional. Foi colocada para o município a necessidade de organizar a atenção às pessoas com transtorno mental, com oferta de serviço ao nível ambulatorial, visando diminuir internações. Esta conferência repassou para os municípios a responsabilidade de assumirem a atenção ao doente mental com as seguintes propostas: a) criar serviços ambulatoriais com a constituição de uma equipe mínima de Saúde Mental (proposta que foi constituída em anos anteriores e que ainda não havia alcançado seu objetivo); b) incluir ações de saúde mental no PACS e PSF; c) garantir linhas de financiamento para implantação dos CAPS. Estavam presentes nesta conferência usuários dos serviços de saúde mental, profissionais da área e gestores municipais (ROSSONI, 2006).

No início da década (2000), o estado segundo o secretário de saúde vigente, passava por vários problemas de ordem econômica, política e principalmente administrativa, e os municípios não haviam assumido a Política Estadual de Saúde Mental como se devia;

A saúde quando cheguei era um caos como tudo mais, tinha um débito tremendo, faltava planejamento estratégico, faltava verba, os serviços de saúde eram pouco resolutivos, tivemos que realizar muitos investimentos para botar a casa em ordem, implantando serviços, organizando os setores, capacitando recursos humanos. [...] no campo da saúde mental havia inúmeros problemas [...] a política de saúde mental precisava ter sido implementada nos municípios, como estava ocorrendo com as outras políticas de saúde, mas percebia-se que na saúde mental havia certa morosidade, e os gestores não a assumiam como deviam [...] era preciso fazer valer a responsabilização da descentralização, com serviços resolutivos e que pudessem dar acesso a população, mais próximo as suas residências (GS3).

Neste período de gestão, com a Portaria GM Nº. 106/2000, onde se estabelecia a criação das residências terapêuticas, ou seja, moradias ou casas inseridas na comunidade, para aqueles que já não possuíam laços familiares ou apoio social, devido aos longos anos de internação e exclusão social, segundo o secretário de saúde, estas residências terapêuticas iriam dar continuidade a desospitalização iniciada no período anterior. Assim, foram criadas quatro (4) casas femininas e quatro (4) casas masculinas com cuidadores para assistirem esses indivíduos. Relata também que trabalhar a desospitalização é uma questão a longo prazo, porque você tem que criar uma cultura nova, tem que ter infra-estruturar, qualificação, educação permanente, participação popular e outros meios que possam facilitar esse processo.

Desospitalizar é uma questão a longo prazo, tem que ter uma nova cultura, criar áreas físicas diferenciadas dentro dos hospitais, profissionais também tem que ser trabalhados, os profissionais da saúde em todos os níveis, então é trabalho de muita persistência né, você tem que trabalhar as questões da desqualificação profissional, do processo formador, eu acho que está longe ainda de se resolver esta questão, tem máfias da área de saúde credenciadas, você sabe como isto funciona, tem que ter trabalho pesado em cima disto, tem clínicas privadas aqui no estado que é caso de polícia...[...] cada Estado teve que achar o seu caminho para abrigar os pacientes Crônicos dos hospitais psiquiátricos. Nós tivemos que

capacitar profissionais que tomasse conta da casa, muitas vezes tendo um médico fazendo um trabalho paralelo, prescrevendo medicações, cuidando, a metodologia que foi feita acho que deu certo aqui (GS3).

Em 2001, a lei Nº 10216 que dispunha sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de TM e redirecionava o modelo assistencial em saúde mental, chega ao estado em um momento bem peculiar. No campo político, um momento de grandes tensões quando em 2001 e 2002 ocorrem uma série de acusações de corrupção feita à administração do estado, no campo da saúde, estavam ocorrendo várias reformas a nível central e municipal, pela implantação da NOAS-SUS 01/2001, e na saúde mental a coordenação discutia sobre os rumos da política de saúde mental e a efetivação dessa lei, e a necessidade de rever alguns pontos que precisavam ser melhor estruturados para melhor organização da atenção a esses usuários.

Em outubro de 2001, realizou-se a II Conferência Estadual de Saúde Mental que permitiu uma avaliação da política de Saúde Mental do estado, apontando a necessidade de rever essa política, pois a mesma, não contemplava mais a nova realidade do estado, necessitando rever não só sua rede assistencial, como também as suas próprias diretrizes. Como algumas deliberações dessa Conferência: que os municípios nos seus planos municipais de saúde contemplassem propostas de atenção aos usuários de álcool/outras drogas, com ações intersetoriais, que a Política de Saúde Mental devesse incluir ações de prevenção e tratamento, que adotasse estratégias de Redução de Danos (RD) e também atendimento integral e humanizado, realizado por equipe multidisciplinar (CESM, 2001).

A III Conferência Nacional de Saúde Mental, de 2001, reafirmou esta concepção ao definir: “A reorientação do modelo assistencial, está pautada em uma concepção de saúde compreendida como processo e não como ausência de doença, na perspectiva de produção de qualidade de vida, enfatizando ações integrais e promocionais de saúde” (Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental/MS, 2001).

Assim, em 2002, é elaborado um novo documento denominado “Política Estadual de Saúde Mental”, pelos técnicos de saúde mental da SESA, dando

continuidade à direção adotada anteriormente com o documento técnico de 1995. Esta política surgiu da necessidade do Governo de estabelecer prioridades e embasar o planejamento orçamentário e financeiro da área da saúde do estado, para o período 2000-2003. Neste a SESA prevê o papel regulador, normatizador e fiscalizador, e a responsabilidade pela criação e execução dos serviços de saúde mental por parte dos municípios. Assim neste período, no Relatório de Gestão da Coordenação Estadual de Saúde Mental fica preconizada a importância de uma ação conjunta entre Estado e municípios, para propiciar a ampliação dos serviços em saúde mental (ESPÍRITO SANTO, 2001; FERREIRA, 2005).

A política de 2000 estava na minha gestão, a coordenação fez algumas reuniões com técnicos dos municípios, teve o Fórum que apontou a necessidade de consolidar a discussão desta nova política [...] claro ouvimos algumas críticas na época, uma que ficou marcada foi em relação ao Fórum, que ele surgiu de pessoas representantes do governo e por isto poderia deixar a política muito normativa e verticalizada, mas acho que teve o objetivo concretizado, era para se debater a política de saúde mental, isto foi feito (GS2).

[...] conversando com o pessoal da época, alguns técnicos que participaram da discussão da política me disseram que apenas os técnicos de saúde mental dos municípios participaram das discussões, o que gerou algumas discussões da necessidade de envolver outros atores (GC3).

Essa nova política de saúde mental no estado do Espírito Santo, pensada para os seus municípios, trazia como propostas principais: a redução progressiva dos leitos psiquiátricos, a qualificação dos profissionais que atuam na saúde mental, a expansão e fortalecimento da rede extra-hospitalar, como centro de atenção psicossocial (CAPS), serviços residenciais terapêuticos (SRTs), unidades psiquiátricas em hospitais gerais (UPHG), implantação do programa “De Volta para Casa” e implementação das ações de saúde mental na atenção básica através das Equipes Mínima de Saúde Mental (ESPÍRITO SANTO, 2007).

A rede de atenção que foi pensada estaria sendo organizada nos três (03) níveis: a) nível ambulatorial - através da unidade básica de saúde, Estratégia Saúde da Família, Centro de Atenção Psicossocial e ambulatório especializado

em saúde mental; b) nível hospitalar – através de serviço de urgência psiquiátrica em hospital geral, leito ou unidade psiquiátrica em hospital geral e hospital especializado em psiquiatria; c) serviços residenciais terapêuticos - através de casa lar, pensão protegida, centros de convivência, projeto de geração de trabalho e renda (ESPÍRITO SANTO, 2007).

Implantar a nova política estadual seria um desafio a ser superado, e no momento havia vários pontos a se preocupar nesse processo de implantação, como o Relatório de Gestão 2002 apontava: a falta de incorporação da saúde mental na Atenção Básica; baixa oferta de serviços ambulatoriais para assistência integral aos: Psicóticos, dependentes químicos e crianças e adolescentes; baixa oferta de leitos psiquiátricos para pacientes agudos; existência de população moradora na Unidade de Ressocialização do Hospital Adauto Botelho; ausência de porta de entrada e do sistema para as internações psiquiátricas; baixa oferta de capacitação de recursos humanos para a implementação de uma nova prática assistencial e criação de novos serviços; insuficiente número de supervisão aos serviços de saúde mental; falta de divulgação da política estadual de saúde mental e dos serviços estaduais existentes (SESA, 2002). Veremos bem essa realidade na fala de uma das coordenadoras:

A política de saúde mental do Estado apesar de ter sido implementada não deu neste período não deu os resultados a que se propôs, a rede ainda não estava bem estruturada para lidar com essa população no dia a dia dos seus serviços , principalmente os municípios do interior que ainda não conseguiam organizar sua rede assistencial, e necessitavam referenciar para a capital, sobrecarregando os serviços locais, e os poucos municípios que se propuseram a enfrentar esse desafio ainda tinham seus serviços bem incipientes, com baixa resolutividade, além da maioria dos serviços estarem concentrados na Região Metropolitana de Vitória (GC2).

As Portarias Nº. 336, Nº. 189 e a Nº. 305 de 2002 do MS nortearam as diretrizes da política estadual no sentido de tornar o CAPS - peça chave na assistência -, através das modalidades de seus serviços: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS ad (álcool e outras drogas) e CAPSi (infanto-juvenil) e assim, poder ampliar mais a assistência a esses usuários, o que será visto no próximo



item organização da rede, onde esses serviços irão tornar-se peças chaves (BRASIL, 2002c BRASIL, 2005c;).

[...] na época pensávamos no novo documento técnico devido as normatizações do MS que reforçasse os serviços substitutivos para dar conta da assistência aos portadores de TM e usuários de drogas, e novos espaços sociais de apoio, era preciso investir mais nestes serviços, além é claro de também preparar as portas de entrada, como nos começamos a fazer (GC2).

Em 2003 no campo da saúde do estado, algumas mudanças vão ocorrer em função dos chamados projetos estruturantes do governo, com objetivo de organizar o sistema de saúde, para que de fato, possibilitasse impactos efetivos nas ações de saúde oferecidas à sua população. Essas mudanças na verdade, são oriundas da implantação do “Plano de Desenvolvimento ES 2025”. Foi uma agenda empreendida pelos atores sociais públicos e privados, visando a materialização do terceiro ciclo de desenvolvimento do Espírito Santo nos próximos vinte anos (2005-2025), no qual neste Plano foram definidas metas, projetos estruturantes e traçados cenários para o Espírito Santo até o ano de 2025 (ESPÍRITO SANTO, 2006).

Com a concretização do “Plano Estratégico ES 2025”, foi criado um novo modelo de gerenciamento intensivo de projetos na administração pública estadual, denominado Pró Gestão. Esse modelo teve como foco a implementação dos projetos estruturantes definidos no Plano ES 2025 e no documento “Orientações Estratégicas 2007-2010”. Como composição da Carteira de Projetos Estruturantes do Pró Gestão para a SESA: ampliação e modernização da rede hospitalar, expansão e fortalecimento da atenção primária à saúde no Espírito Santo (ESPÍRITO SANTO, 2006). Esses projetos estruturantes desdobraram-se em várias ações e estratégias na saúde mental com intuito de organizar uma rede de atenção aos portadores de transtorno mental.

Além dos projetos estruturantes, tem-se a formulação do Plano Diretor de Regionalização do Estado Espírito Santo, neste ano de 2003. Apesar do estado já vir desenvolvendo pela equipe técnica da Secretaria de Estado da Saúde nos anos de 2001 e 2002 várias pesquisas para implantar a regionalização,

esta não foi possível ser aprovada antes segundo a SESA (2003), em razão da baixa capacidade de condução do processo pela própria Secretaria de Estado da Saúde, só sendo possível neste ano de 2003.

O Plano Diretor de Regionalização para a saúde mental torna-se ferramenta fundamental para: organizar os serviços de saúde mental para acesso da população desde a atenção primária aos outros níveis de maior complexidade; formulação de redes assistenciais aos portadores de TM e usuários de SPAs; descentralização e responsabilização dos serviços de saúde mental para os municípios; a integração de pontos de atenção à saúde; alocação de recursos com vistas a produzir equidade e acesso, e outros (SESA, 2003a).

O desenho das regiões no estado passou a constituir-se de 16 módulos assistenciais, com base populacional acima de 30 mil habitantes, oito microrregiões com população acima de 150 mil habitantes e três macrorregiões com população acima de 500 mil habitantes (ESPÍRITO SANTO, 2008).

O plano diretor vai beneficiar em muito a política de Saúde Mental, pois né, vai fazer com que os serviços de saúde mental estejam mais pertos da população, possam organizar sua redes de atenção , e o mais importante possam buscar recursos, principalmente aqueles municípios que possuem menos que 20 mil habitantes e não recebem os recursos pela implantação do CAPS (GS3).

[...] importante neste período de 2000 a 2004 foi a formulação do Plano Diretor de Regionalização, os municípios de pequeno porte precisam de maior assistência por parte do Estado, e eles serão beneficiados por este Plano (GC3).

A reestruturação na saúde e na saúde mental gerada a partir das mudanças citadas, conforme o Relatório de Gestão de 2003 apontou, foi bem positiva como: Constituição do Núcleo Estadual de Formação em Saúde Mental, em parceria com a UFES através da Pró-Reitoria de Extensão; Fórum de Coordenadores de Saúde Mental; Colegiado dos Secretários Municipais de Saúde (COSEMS); constituição e funcionamento da Comissão Revisora das Internações Psiquiátricas Involuntárias (IPI), com publicação de Portaria; constituição e funcionamento da Comissão de Estruturação das Residências Terapêuticas, com publicação de Portaria; cadastramento de 06 leitos psiquiátricos no hospital geral Fundação Beneficente Santa Rita de Cássia, em

São Gabriel da Palha, para atender aos municípios do módulo assistencial Nova Venécia.; realização de 05 encontros do Fórum Estadual de Coordenadores de Saúde Mental; articulação intrainstitucional com a Secretaria de Assistência Social na elaboração do Plano Diretor de Regionalização; intersectorialidade com outras secretarias e instituições (SESA, 2003 b).

Segundo a coordenadora deste período e o relatório de Gestão, os 'nós críticos' que precisam ser ainda desatados para a efetivação da nova política, seriam: não se conseguiu implantar o CAPS 24 horas conforme havia sido planejado no Plano Estadual de Saúde, pois os municípios com população superior a 200.000 habitantes e o estado não adequaram os CAPS II existentes para funcionamento 24 horas; a implantação do Programa de Saúde Mental em Unidade Básica de Saúde, através de equipe mínima também não foi possível em função da impossibilidade de realização do curso de atualização em dependência química, requisito à sua implantação; não houve implementação de serviço de saúde mental para atendimento à criança e adolescente; a nível municipal ou microrregional, os municípios com população superior a 200.000 habitantes não estruturaram serviço deste porte e o serviço do Hospital Universitário não se concretizou em virtude de insuficiência de profissionais e de área física; houve falta de medicações e faltou implantação de novas residências terapêuticas para ressocialização dos pacientes de longa internação (SESA, 2003).

Com a implantação da Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde no mesmo ano de 2003, e a descentralização aos estados e municípios, o estado passa a ter maior responsabilidade sobre essa população, necessitando de fato, de uma rede organizada, resolutiva e acessível, para dar conta desta demanda, e a necessidade de incorporar esta política a nova política de saúde mental do estado. Como um diagnóstico da situação do estado, no Plano Estadual de Saúde desse período foi colocado que o Espírito Santo tinha os quadros psiquiátricos como 3ª causa de internação, sendo destes cerca de 33% ligados ao álcool e outras drogas, no qual a rede ambulatorial insuficiente gerava um elevado índice de reinternações (SESA, 2003).

Além disso, não havia qualquer serviço com suporte especializado à clientela infanto-juvenil, e mesmo para uma adequada integração destas ações ao Programa de Saúde da Família. Portanto havia urgência de uma extensa capacitação em saúde mental aos profissionais de todas as áreas (SESA, 2003). Além dessa situação até o ano de 2003, menos da metade, ou seja, 42% dos municípios dispunham de algum serviço em saúde mental (SESA, 2003). Esse dado preocupava a coordenação local, como se pode ver nessa fala;

Lembro-me de alguns fatos da época que causaram preocupação da coordenação de saúde mental do Estado, através de um diagnóstico situacional da rede no Estado, tínhamos menos que 50% de municípios que haviam encampado a política, e não me lembro bem, mas acho que em torno de 40 a 45% dos municípios não haviam ou tinham qualquer serviço que pudesse atender a demanda de saúde mental adequadamente, os pacientes ou eram referenciados ou “assistidos” por alguns profissionais que se diziam despreparados para tal tarefa, aí muitos pacientes eram medicados inadequadamente, assistidos de forma inadequada, enfim, as coisas eram complicadas (GC3).

O Ministério da Saúde retomando a lógica da desospitalização definitiva dos portadores de TM das instituições psiquiátricas, também neste período, criava o “Programa de Volta para Casa”, para as pessoas acometidas de transtornos mentais, egressas de longas internações, que tinham como parte integrante o pagamento do auxílio-reabilitação psicossocial. Muito interessante uma coordenadora lembrar-se deste fato na entrevista, e citá-lo espontaneamente.

Aqui no estado realizar o Programa de Volta para Casa não foi uma atividade muito fácil, lembra quando disse que muitos não eram encontrados os seus familiares, pois então esbarrávamos em uma outra questão levantadas pelos familiares desses pacientes e pelos técnicos de alguns municípios [...] onde buscar assistência nos meu município quando ele estiver na fase aguda da doença, lembro-me bem de uma técnica de um município, me fazendo essa pergunta em um dos encontros nossos, ... e se no meu município não tiver um serviço de saúde mental, o que faço com esses paciente? Lá onde atuo como médica não tem gente preparada para realizar este atendimento, para onde vou mandá-lo, não fui capacitada para isto, não sou psiquiatra (GC3).

[...] é necessário levar os pacientes para suas casas e municípios de origem para que sejam cuidados, falava para os técnicos de saúde mental , incentivei ao

máximo esta ação , porém ouvia muito da necessidade de ter que investir mais nos municípios para que de alguma forma assumissem as suas responsabilidades , sensibilizando os gestores e os próprios profissionais que também muitas vezes negavam estes atendimentos alegando que não foram preparados para isto, que formação é esta, eles não eram generalistas, pois então (GS2).

De 2004 a 2007 vários acontecimentos vão contribuir para que a política de saúde mental do estado passe por novas modificações: o Pacto pela Vida que coloca a saúde mental como eixo prioritário; os novos parâmetros para ações de saúde mental na Atenção Básica e nas diretrizes para a Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde (PPI); a ampliação da rede ambulatorial nos municípios; o fortalecimento da atenção básica; a reorganização dos níveis de maior complexidade; os consórcios; financiamentos para novos serviços e as novas normatizações, com previsão de recursos.

Apesar de todos estes dispositivos e a política vir sendo implementada no estado como veremos na rede de atenção, esta precisava ser melhor implementada nos municípios, pois os municípios ainda não conseguiam efetivar uma rede assistencial contínua e efetiva, ainda esbarravam com serviços às vezes com baixa infra-estrutura, desorganizados, com profissionais pouco qualificados, além da ausência de uma rede de serviço de referência para pacientes egressos de hospitais psiquiátricos e de outros serviços de urgência.

A coordenadora de saúde mental do período, lembra que no Plano Estadual de Saúde 2004-2007 são colocadas várias questões chaves que serviam como entraves à efetivação da política no estado, como: concentração dos recursos do SUS no hospital psiquiátrico em detrimento dos serviços ambulatoriais de base comunitária; concentração de serviços ambulatoriais na Região Metropolitana da Grande Vitória; escassez de enfermarias em hospitais gerais na rede SUS, para atenção a usuários de álcool e outras drogas e a psicóticos de forma geral; inexistência de porta de entrada para internação hospitalar nas macrorregiões sul, norte e noroeste; baixa oferta de cursos de formação de recursos humanos para atuar sob a diretriz deste novo modelo; existência de população residente no Hospital Adauto Botelho, decorrente do processo de

segregação por internação de longa permanência, que precisam ser revistas e reestruturadas (SESA, 2004)

Assim mediante as novas normatizações, financiamentos, legislações e mudanças ocorridas na gestão federal e estadual, associadas a nova realidade do estado no campo da saúde mental e a necessidade de ampliar o acesso e a atenção integral aos usuários de SPAs, em 2007, é constituída uma nova versão da política estadual de saúde mental, que passa a ser denominada “Política Estadual de Saúde Mental na Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas” que propõe a implantação do Programa de Atenção Comunitária ao uso de Álcool e outras Drogas como uma estratégia de operacionalização da Política Estadual (SESA, 2007).

Perguntado aos gestores sobre a nova versão da Política Estadual de Saúde Mental, e porque somente agora entrou o termo ‘álcool e outras drogas’ como veremos nas respostas, há gestores que apóiam a inclusão como forma de maior visibilidade ao problema e há outros que não, pois entendem que a política de saúde mental já contempla as drogas, e seria redundante,

A dimensão clara da política nacional repercute na estadual, desde Vitória venho trazendo essa discussão, e compondo a coordenação de saúde estadual essa discussão foi retomada [...] trouxe essa discussão enquanto coordenadora, pois teria uma demanda grande nos municípios, tinha na equipe preocupação ao uso de álcool e drogas [...] fiz um perfil da saúde mental desde 2001 a 2005, vi o quanto vinha aumentando ano a ano as questões relacionadas as drogas, as internações, tudo, comparei os dados ano a ano, fui fazendo um mapa da situação, depois redigi o documento técnico pensando nos dados que havia avaliado, depois fui socializando e encaminhando por e-mail para as pessoas responsáveis para que pudesse conhecer e retomar o documento com sugestões e idéias, trabalho exausto, aí colocar álcool e outras drogas passava a dar mais visibilidade a política (GC4).

A política de 2007 foi estruturada pela coordenação estadual e veio de toda discussão acumulada com a equipe, com os profissionais da área de saúde mental, com o pessoal da organização da rede, com intuito de trazer questões que as anteriores não contemplavam, como a questão da visibilidade das drogas, acho que talvez por isso foi acrescentado álcool e drogas até pelo novo contexto onde elas tem sido muito evidenciadas (GS4).

A atual política traz articulações integradas, intersetoriais, organização da rede de atenção aos portadores de TM e usuários de drogas, articulação com as instituições formadoras, e se me lembro bem, capacitação de toda rede (GS3).

[...] antes se pensava a saúde mental de maneira integral, né, então assim, inicialmente não vejo a necessidade de incluir na política álcool e outras drogas, pois entendo que já faz parte da saúde mental, acho que até se trona redundante (GC1).

[...] o nome álcool e outras drogas foi com a vinda da atual coordenadora, porque nós não tínhamos essa necessidade, agente entendia é que o campo álcool e drogas ele estava presente dentro da saúde mental, mas o nome dava maior visibilidade foi o momento entra aqui se não me engano em 2005 se não estou enganada , então foi muito neste sentido e o próprio secretários então incorpora a necessidade de incluir o nome álcool e outras drogas, nessa política é assim, faz como faz agora na hora de criar os CAPS o nome CTT, por decisão Política (GC1)

Tem-se com a nova política, a proposta de que os municípios criem serviços de saúde mental com foco no acesso aos usuários de drogas, toxicômanos (usuário dependente), pessoas com sofrimentos psíquicos - em especial, crianças e adolescentes. A perspectiva com a organização da rede de atenção em saúde mental, álcool e outras drogas é também favorecer a reinserção social dos usuários.

A nova política tem como principais pressupostos: articulação do campo da saúde mental com os demais setores da sociedade; fomentar a constituição ampliada da rede de atenção comunitária a usuários de álcool e outras drogas, incentivando as regiões e municípios a organizarem suas redes de atenção para atenção aos usuários de SPAs; propor recursos de incentivo para organização das redes assistenciais; aperfeiçoar as intervenções preventivas; articular com as redes formadoras; educação permanente dos profissionais que constituem a rede; sensibilização dos gestores municipais e capacitação; fomentar produção científica e pesquisa e divulgação dessas produções e dos dados epidemiológicos em nível regional, microrregional e municipal (SESA, 2007).

Como vimos na década de 2000, várias portarias ministeriais foram instituídas com intuito de dar subsídios à saúde mental no país, e essas portarias foram

sendo instituídas no estado e moldando a política estadual de saúde mental. Com os novos aparatos legais, as novas realidades que foram se instituindo, inclusive o aumento do uso, abuso e dependência pelas SPAs, exigindo novos modelos de atenção e intervenção, as mudanças no perfil epidemiológico da população, e principalmente pelo próprio caráter das gestões que foram se instituindo, foram remodelando essas políticas e instituindo novas formas de assistir essa população. Porém o que ainda se via no Relatório de Gestão deste período como 'nós críticos' a implementação da nova política, eram fatores vinculados aos campos do financiamento, da gestão, dos recursos humanos, do sistema formador, da participação popular e controle social, o que não se difere das demais políticas da saúde, obviamente pelo próprio caráter exclusivo da saúde mental neste campo, há um agravamento da situação.

Agora veremos como estas políticas estaduais modelaram suas redes de atenção e como os gestores percebem essa modelagem.

## 5.5 REDE ESTADUAL DE ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL: DESAFIOS DA SUA (DES)CONSTRUÇÃO

Ao perguntar aos gestores sobre a implementação da Rede de Atenção aos portadores de TM e usuários de SPAs no estado, e como estas foram sendo constituídas no decorrer desses anos. Alguns gestores me perguntaram se eu compreendia o que era uma rede de atenção, e fui percebendo no decorrer das entrevistas, o quanto era complexo a construção de uma rede de SM, pois além de ser transversal a todas as demais redes de atenção e políticas, ela perpassa por diferentes camadas sociais, gêneros, raça, etc.). Assim pude perceber que muitas vezes, são construídas redes com pontos de integração, mas que mantêm as caixinhas tão criticadas dos programas que se fecham em si próprios, e para ser de fato rede, têm que ter serviços integrados, usuários participativos, organizações governamentais e não governamentais atuantes, controle social efetivo, tem que ter democracia, inclusão, acesso e acessibilidade, equidade, integração, integralidade, cidadania, recursos humanos qualificados, intersetorialidade, transdisciplinaridade e acima de tudo respeito.



Talvez ainda não tenha ficado claro o porquê levantar estas questões somente agora já na finalização da pesquisa, e o que ela tem a ver com todo este contexto da SM, então narrarei um fato que uma coordenadora me contou no decorrer da entrevista que abriu este leque de reflexão e talvez faça o mesmo com quem vir a ler essa dissertação;

A saúde mental ainda é vista como algo segregado, assustador para você entender que a rede da saúde mental tem que ser incansavelmente discutida e aprimorada diariamente com participação de todos, vou te contar um caso recente vivenciado por uma das nossas equipes de uma unidade de Estratégia de saúde da Família. Chegou a esta unidade uma usuária adulta jovem com muita dor, parecia cólica renal pelo que narraram na época, logo perceberam que a usuária era portadora de algum transtorno mental, confirmado pela agente comunitária da área, e aí começou uma verdadeira novela [...] O médico alegava não ter capacitação para atendê-la, a enfermeira sem saber o que fazer, pensou em transferi-la para o CAPES, ou algum hospital geral que atendesse esse tipo de usuário, mas não conseguiu transporte, o gerente da US queria resolução do problema, pois claro já se percebia um mal estar geral na unidade, os familiares queriam atendimento e, não queria mídia, ou denúncias, ou reclamações na ouvidoria, enfim, resumindo, a paciente foi enviada para o CAPs e nem precisa contar o fim, né.... (GC2).

Agora talvez comece a clarear esta reflexão inicial, a rede de atenção aos portadores de TM e usuários de SPAs construída ao longo da história da saúde mental no estado, é fruto direto da implantação e implementação das políticas de SM que vem sendo formuladas desde a década de 1990. Não vou como havia dito avaliá-la ou analisá-la, apenas narrar os fatos, deixando como mais uma reflexão, o fato de que para uma rede ser resolutiveira, é necessário que ela seja quantitativa sim, mas acima de tudo qualitativa.

A história da construção da Política Estadual de Saúde Mental como já dissemos, data da década de 1990, mas precisamente de 1995. Neste período não havia uma rede de atenção aos portadores de transtorno mental e usuários de SPAs organizada, haviam apenas serviços isolados que assistiam esses usuários. Na rede hospitalar do estado do Espírito Santo, segundo Ferreira (2005), eram quatro hospitais especializados, com um total de 921 leitos psiquiátricos, 391 públicos, seis dos quais localizados em hospital geral(São

Lucas) e destinados à emergência psiquiátrica, e 530 leitos privados-contratados. Destes hospitais especializados (03) três estavam localizados na Região Metropolitana de Vitória e dois na região sul do Estado, e nos serviços extra-hospitalares eram 23 serviços, com concentração maior desses na região metropolitana de Vitória, sendo eles:

- Hospital Adauto Botelho no município de Cariacica, com 350 leitos psiquiátricos;
- Centro de Atendimento Psiquiátrico Aristides Alexandre Campos (CAPAAC) no município de Cachoeiro de Itapemirim, com 35 leitos psiquiátricos;
- Clínica de Repouso Santa Angélica no município de Vitória, com 180 leitos, como já foi visto esta clínica foi fechada por insalubridade e por denúncias de maus tratos;
- Clínica Santa Izabel no município de Cachoeiro de Itapemirim, com 350 leitos psiquiátrico, essa clínica gera muita polêmica entre os profissionais técnicos da área, como vem se discutindo, ela fere os princípios da reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial.
- Hospital Geral São Lucas no município de Vitória, com seis (06) leitos psiquiátricos.

Quanto aos serviços ambulatoriais o estado contava com (09) nove municípios com (23) vinte e três serviços ambulatoriais com profissionais de saúde mental. Estes profissionais que realizavam os atendimentos ainda não se constituíam como equipe de saúde mental, e estes serviços em sua maioria se concentravam na Região Metropolitana de Vitória (18 serviços), sendo (11) onze no município de Vitória, (04) quatro em Vila Velha, (02) dois no município da Serra e (01) um em Cariacica. Havia também no interior como em Colatina, Guarapari, Baixo Guandu, São José do Calçado e Anchieta, atendimento psiquiátrico. O problema desses serviços é que não havia articulação entre eles e estavam distribuídos de forma dispersa, não obedecendo a nenhuma lógica

de cobertura administrativo-territorial (ESPÍRITO SANTO, 2005; FERREIRA, 2005).

Esses dados mostram que neste período, alguns municípios em resposta as demandas que aumentavam no campo da saúde mental e SPAs, estavam buscando algumas ações e estratégias para lidar com a problemática, e o estado já vinha percebendo a necessidade de investir nos serviços substitutivos e descentralizar para os municípios a responsabilidade de assumirem os seus serviços de saúde mental, conforme se discutia as NOB 92 e 93.

Em 1992, surge no município de Vitória o primeiro serviço de atendimento aos portadores de transtornos mentais e usuários de drogas, o 'Centro de Prevenção e Tratamento de Toxicômanos (CPTT)', sendo habilitado em 1993, como Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) e iniciando seu funcionamento em janeiro de 1993, ocasião marcante em que a autoridade municipal assumia a responsabilidade de proporcionar tratamento adequado e de maior complexidade aos munícipes usuários de álcool e outras drogas (TORRES, 2002).

Com intuito de ampliar as ações de saúde mental nos municípios, segundo a coordenadora de saúde mental deste período, foi incentivada a criação dos serviços substitutivos CAPS nos municípios, porém neste período de 1992, não havia documentos do MS que falassem sobre a organização do NAPS/CAPS com base populacional, havia somente a Portaria N°224/1992 para respaldo, oferecendo apenas uma noção de como organizar este serviços substitutivos. Segundo a coordenadora de saúde mental desse período, foi utilizado o "Manual de Saúde Mental" de Beneveto Saraceno, para se estruturar os primeiros CAPES no estado, neste manual era colocado parâmetros para organização de equipes de saúde mental para populações de até 30 mil habitantes, e foi assim que se foi constituindo estes primeiros serviços nos municípios, conforme a fala abaixo,

Nós tiramos deste documento o que nós construímos aqui que era nossa atenção, municípios com até 30 mil habitantes tivesse minimamente uma equipe de saúde mental em unidades básicas de saúde, né, até porque o modelo de

saúde da família estava iniciando, então tínhamos naquela época, naquele momento, como proposta né, de uma política, era a construção de serviços substitutivos nos moldes CAPS [...] nossa meta na época leitos hospitalares, leitos hospitalares em hospital geral que era e é suado até hoje, e já era uma questão colocada antes, nossa meta era fazer a ampliação destes serviços (GC2).

Assim, estes serviços substitutivos vão se constituindo no estado, com intuito de assistir os usuários portadores de TM e usuários de SPAs. Tem-se então o CAPS João Neiva, que nasce de uma conjuntura anterior a 1996. Surge a partir de 1996 os CAPS, Ilha de Santa Maria, Moxuara e Cidade, conforme o secretário de saúde e a coordenação pontuam em suas falas.

Tínhamos uma experiência de CAPES em João Neiva anterior ao ano de 1996, e na Grande Vitória inauguramos o primeiro CAPES que foi o de Santa Maria bem mais estruturado do Estado, em seguida Moxuara e Cidade em 1996 (GS4).

Sou do tempo que se contava os CAPS com uma mão só eram apenas cinco: Ilha de Santa Maria, com uma equipe bacana, o CPTT com uma equipe bacana, tínhamos o CAPS Moxuara e tínhamos o CAPS João Neiva, que nasce numa conjuntura anterior de que o município com menos de 20 mil habitantes (GC2).

A assistência extra-hospitalar em saúde mental no estado foi aos poucos aumentando gradativamente, segundo uma das coordenadoras de saúde mental. Esta apresenta uma planilha que evidencia a evolução dos serviços de saúde mental, compatível com que Oliveira (2009) relata na dissertação intitulada 'A Política de Saúde Mental em municípios de pequeno porte do Espírito Santo: entre mínimas equipes e múltiplos projetos Vitória. No ano de 1999, havia no estado (20) vinte municípios com atendimento em saúde mental, sendo também implantados (05) cinco serviços na modalidade de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Em 2002, já havia (28) vinte e oito municípios com atendimento em saúde, sendo estruturados mais (06) seis CAPS, e já se constituía (05) cinco unidades ambulatoriais de saúde com atendimento médico especializado em psiquiatria. Em 2003 continuava a ampliação dos serviços de saúde mental, e (36) trinta e seis municípios já apresentavam atendimento em saúde mental, com (07) sete CAPS implantados e (05) cinco unidades ambulatoriais de saúde com atendimento médico especializado em psiquiatria, e havia também no estado mais dois ambulatorios

específicos para atenção em saúde mental e (35) trinta e cinco equipes mínimas. Esses valores representam que 42% dos municípios do estado dispunha de algum serviço em saúde mental.

Segundo o secretário de saúde desta gestão e a coordenadora de saúde mental;

[...] investimos muito no processo de descentralização das ações de saúde para os municípios, e na saúde mental a equipe técnica investia muito na sensibilização dos municípios para que organizassem os seus serviços de atenção e davam apoio neste investimento, falavam nas reuniões, nos Fóruns, iam até os municípios para incentivá-los [...] antes o problema era recurso financeiro, mas depois com os investimentos para esse fim, os municípios puderam se organizar melhor, claro que aqueles municípios bem pequenos tinham muita dificuldade pela questão de falta de recurso [...] mas sabe também o que atrapalhava nessa expansão dos serviços substitutivos, era a falta de infra-estrutura do município, a desorganização da sua rede assistencial, a falta de recursos humanos capacitados e também o despreparo dos gestores locais (GC3).

[...] até o ano de 2002 havia sido implantado o CAPS em João Neiva, Ilha de Santa Maria Moxuara – Cariacica, Metropolitano, CPTT - álcool e drogas e estes serviços prestavam assistência a esses municípios, os da Grande Vitória acabavam recebendo usuários de outras localidades, pois no interior haviam poucos lugares que assistiam esses usuários, foi necessário rever tudo isso” (GC4).

A partir de 2002 a 2005 com a nova versão da Política Estadual de Saúde Mental, somado as normatizações federais do Ministério da Saúde, a implantação da NOAS, os novos financiamentos, novos serviços de saúde mental vão surgir no estado com intuito de ampliar a atenção aos portadores de TM e usuários de SPAs , buscando constituir uma rede de atenção aos portadores de transtorno mental e usuários de SPAs mais acessível e acolhedora.

Com o novo documento de 2002 intitulado de Política Estadual de Saúde mental acho que deu um novo norte na organização da Rede de saúde mental no Estado, pois participando de alguns encontros com os técnicos da área em alguns

municípios percebo que estes tem se esforçado para não somente organizar os seus programas de saúde mental , mas também de implantar novos serviços que possam acolher essa clientela (GC3).

Com a implantação do Plano Diretor de Regionalização da Saúde no Estado em 2003, passaremos a falar da rede de saúde mental, segundo as macros e microrregiões por elas instituídas (FERREIRA, 2005; ROSSONI, 2006; REIS, 2009, SESA 2009):

- Macrorregião Norte: constituídas por três (03) microrregiões: São Mateus (9 municípios) Colatina (17 municípios), Linhares (06 municípios);
- Macrorregião Centro: constituída pelas microrregiões Serra (7 municípios) , Vitória( 4 municípios) , Vila Velha (11 municípios) e
- Macrorregião Sul: constituída pelas microrregiões: Cachoeiro de Itapemirim (13 municípios), Guaçuí (11 municípios).

Segundo a coordenação de saúde mental e as autoras citadas, os serviços de atenção a saúde mental e usuários de SPAs foram se ampliando, novos municípios deram início a organização e implantação dos serviços municipais de saúde mental, ficando assim constituídos: Macrorregião Norte – Micro são Mateus: possuem atendimento em saúde mental nas modalidades: equipes mínimas de SM em unidades ambulatoriais de saúde (03 municípios), CAPS I (01 município), todos os municípios contam com o Programa Municipal de Saúde Mental (PMSM).

- Micro Colatina: equipes mínimas de SM em unidades ambulatoriais de saúde (13 municípios) CAPS II (01) município, ambulatório de especialidade com atendimento psiquiátrico e todos os municípios contam com o Programa Municipal de Saúde Mental (PMSM).
- Micro Linhares: equipes mínimas de SM em unidades ambulatoriais de saúde (04 municípios), CAPS I ( 01 município) e CAPS II (01 município)

Macrorregião Centro: Micro Vitória: possuem atendimento em saúde mental nas modalidades, equipes mínimas de SM em unidades ambulatoriais de saúde (01 município), CAPSad (01 município), CAPS II (03 municípios). Atendimento psiquiátrico no Centro Regional de Especialidade (CRE) e na Policlínica em Vitória, todos os municípios contam com o Programa Municipal de Saúde Mental (PMSM).

- Micro Vila Velha: possuem atendimento em saúde mental nas modalidades, equipes mínimas de SM em unidades ambulatoriais de saúde (11 municípios), sendo que todos os municípios possuem o PMSM.
- Micro Serra: possuem atendimento em saúde mental nas modalidades, equipes mínima de SM em unidades ambulatoriais de saúde (07 municípios) ,sendo que três possuem o PMSM, e atendimento psiquiátrico, via consórcio SIS-Pedra Azul (01 município), sem formação de equipe mínima.

Macrorregião Sul: Micro Cachoeiro de Itapemerim: possuem atendimento em saúde mental nas modalidades: equipes mínimas de SM em unidades ambulatoriais de saúde (05 municípios), quatro (04) possuem o PMSM e atendimento psiquiátrico no Centro Regional de Especialidades.

- Micro Guaçuí: possuem atendimento em saúde mental nas modalidades, equipes mínimas de SM em unidades ambulatoriais de saúde (02 municípios) tendo os dois o PMSM, e o restante não possuem nenhum serviço de SM.

Eu como secretario de saúde estou incentivando, motivando os municípios a organizarem suas redes de atenção em saúde mental, é um grande desafio pois esbarramos em várias questões desde as questões políticas ao despreparo dos gestores em estar assumindo a saúde de sua população, mas mesmo assim acho que estamos avançando, é só olhar quantos serviços estão sendo implantados no Estado (GS4).

É muito bacana quando olho as planilhas dos novos serviços de atenção a saúde mental dos municípios e vejo que alguns municípios vem assumindo a

responsabilidade de assistir seus portadores de TM e usuários de drogas[...] Mas me vem algumas preocupações, como com aqueles municípios pequenos que acabam ficando sem os devidos recursos e precisam dar conta desta população, e não contam com profissionais da ponta preparados para dar o primeiro atendimento (GC4).

[...] acho que estes avanços estão acontecendo em função das capacitações que estão ocorrendo para a rede toda e pela educação permanente que tem sido implantada no estado e nos municípios (GS2).

No período de 2005 a 2008 no campo da saúde mental ocorre a implantação da nova política estadual de saúde mental denominada “Política Estadual de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas” propondo que os municípios criem serviços de saúde mental com foco no acesso dos usuários de drogas, pessoas com sofrimentos psíquicos em especial, crianças e adolescentes, além de incentivar a criação de novos serviços em rede e o fortalecimento dos já existentes (SESA, 2009).

E ainda, ocorre à entrada da SM na atenção básica reforçando a importância das portas de entrada como o primeiro contato e acolhimento desses usuários; a organização dos demais níveis de atenção; um plano emergencial de ampliação do acesso ao tratamento e prevenção em álcool e outras drogas no SUS, em função da necessidade de ampliar novos serviços que possam acolher esses usuários dando mais acesso ao tratamento (PEAD 2009-2010), e por fim, o grande desafio desta política que é a prevenção e a reinserção sociais desses usuários a sociedade.

Assim, a rede de saúde mental do estado passa a ter uma nova configuração, os serviços de atenção básica passam a ser a principal porta de entrada da rede, reorganizando a rede de atenção, ficando assim constituída, segundo a atual coordenação de saúde: dois (02) municípios possuem ambulatórios de referência, trinta e seis (36) municípios possuem equipes mínima de saúde mental, cinco (05) municípios possuem consultas psiquiátricas situadas no Centro de Referência de Especialidades e Policlínicas, dezenove (19) CAPS estão prestando assistência aos portadores de transtorno mental e usuários de SPA's, sendo sete (07) municípios com CAPS do tipo II, nenhum CAPS III,



um (01) município com CAPS I e 03 municípios com CAPS ad. São três (03) hospitais psiquiátricos dois (02) públicos e um (01) privado: o Hospital Adauto Botelho (público) com 50 leitos no município de Cariacica; no município de Cachoeiro de Itapemirim são o CAPAAC (público) com 35 leitos e a clínica Santa Izabel (privada) com 400 leitos. Leitos em hospital geral temos dezesseis (16) no Hospital da Polícia Militar (HPM) no município de Vitória, oito (08) no Hospital São Lucas em Vitória e seis (06) no Hospital Santa Rita em São Gabriel da Palha. Além disso, são 05 Residências Terapêuticas localizadas no município de Cariacica que abrigam 40 ex-moradores do Hospital Psiquiátrico Adauto Botelho (SESA, 2009).

De 2003 a 2009, os municípios que implantaram seus CAPS: Serra (CAPS ad), Vila Velha (CAPS ad), Anchieta (CAPS 1), B. Guandu (CAPS 1) Cachoeiro (CAPS II), Guaçuí (CAPS I), Guarapari (CAPS II), Vitória (CAPS i) - infanto-juvenil -, Linhares (CAPS II), São José dos Calçados (CAPS I), São Mateus (CAPS I e CAPS ad/CTT), Vargem Alta (CAPS I) e vem buscando organizar a atenção aos portadores de TM e usuários de SPAs.

Segundo a atual coordenação de saúde mental, há previsão da construção de 10 Centros de Tratamento ao Toxicômano (CTTs) em 10 municípios capixabas. Esses novos serviços fazem parte da Política Estadual para a Organização da Rede de Saúde Mental, e têm como objetivo ampliar o acesso de usuários de SPAs aos serviços de saúde mental.

Corroborando com a coordenação, o atual secretário de saúde estadual relata que:

Cada CTT poderá atender cerca de 1500 a 1800 novos usuários adultos, jovens, adolescentes e crianças. Para tanto o estado irá realizar um investimento na ordem de R\$ 12,3 milhões em obras e equipamentos. São os municípios contemplados: Anchieta, Barra de São Francisco, Colatina, Marataízes, Viana, Aracruz, Cariacica, Linhares, Serra e Vila Velha. Estes serviços irão funcionar em um sistema de porta aberta podendo pacientes ou familiares agendar avaliação pela equipe interdisciplinar (GS4).

E, como projetos já em andamento, têm-se: dois (02) Centros de Tratamento de Toxicômanos (CTTs) e três (03) CAPS planta 2007– obra 2008/2009 /2010

(SESA, 2009): São Mateus, CTT a ser inaugurado em 2009 ou 2010; Nova Venécia, CAPS I a ser inaugurado; Castelo, CAPS I construído e equipado, equipe estruturada em fase de inauguração e, Santa Maria de Jetibá, CAPS I em conclusão de obra, recebeu os equipamentos, equipe em estruturação em fase próxima de inauguração.

[...] acho que pelos resultados a política está se consolidando gradativamente, o CAPS quando se falava antigamente as pessoas não sabiam, hoje quando se fala em CAPS aqui todas as pessoas sabem (GC2).

Quando na entrevista perguntado aos gestores qual o papel que desempenharam ou desempenham na implantação dessas políticas de saúde mental e na formulação da rede de atenção aos portadores de TM e usuários de SPAs, as respostas foram direcionadas ao papel de: mobilizadores, fomentadores das discussões, sensibilização dos profissionais e usuários e ao apoio a organização e implantação da rede de saúde mental no estado.

[...] gestor tem papel de papel de formulador, de mobilizador, de provocador de estímulo de trazer , a gente precisou fazer uma rede com vários profissionais de saúde mental para poder dar sustentação para essa política e estas políticas só se estruturam porque os municípios estão presentes (GC2).

O papel de gestor na minha época enquanto secretário de saúde era fomentar toda a discussão da política e da rede de atenção com os municípios, era fazer ver a o quanto é importante a atenção primária, é fazer valer as portarias, além é claro de buscar recurso para investir nos municípios menores que não possuem recursos (GS4).

Como gestor nós buscávamos os técnicos para sensibilizá-los , envolvíamos e nos enfrontamos nos meios destes técnicos com intuito de dar subsídios para que eles conseguissem pelo menos implantar o Programa municipal de saúde mental nos municípios (GS1).

## 5.6 POLÍTICA ESTADUAL DE SAÚDE MENTAL: AVANÇOS E RETROCESSOS

Quando perguntado aos gestores os limites e as possibilidades da política estadual de saúde mental na sua gestão, as respostas foram referentes à toda a problemática levantada por eles no decorrer das entrevistas: há necessidade de organizar a rede porém se esbarra no financiamento; há resistência por parte dos gestores municipais em concretizar a Reforma Psiquiátrica; a falta de qualificação dos profissionais que constituem a rede de atenção; os processos formadores não dão subsídios para lidar no campo da saúde mental; os serviços são desorganizados, precisam ser otimizados; falta estabelecer um fluxo mais efetivo da rede, com referências e contra referências mais bem estruturadas; os municípios menores não conseguem organizar sua rede de atenção e muitas vezes ficam sem suporte; e por fim como limite a própria não implementação da política nos municípios.

Em relação às possibilidades todos acreditam que se houver uma organização da rede segundo o quantitativo de serviços necessários ao acesso, sendo mais bem distribuídos e melhor acompanhados, com profissionais devidamente capacitados e em número suficiente, pode-se obter um bom resultado desta rede. Além disto, se estabelecer discussões nos diferentes espaços sociais sobre a política estadual de saúde mental esta passa a ser mais democrática e menos verticalizada, e com isso, poderá receber maior apoio para sua implantação e implementação. Tem-se a possibilidade com a política estadual atual ampliar a rede e trazer novas perspectivas principalmente para os municípios menores. Algumas falas representam bem este cenário que descreveram:

Os limites assim, é essa necessidade de trabalhar em rede, que não acontece satisfatoriamente, essa coisa de você ter, o hospital a enfermaria de ter hospital geral de você ter que ter enfermarias em hospital geral, os poucos leitos que tem, a atenção básica que não incorporou a saúde mental, os profissionais que são resistentes (GC2).

[...] o próprio profissional não acredita na atenção a esses usuários, são as vezes os próprios técnicos que fazem com que a atenção fica fragilizada (GC1).

Como principais limites coloco o próprio sucateamento da saúde, a falta de qualificação dos profissionais, a resistência dos gestores municipais, a falta de recursos, financiamento e principalmente da falta de entrosamento dos diversos serviços que apesar de fazerem parte dessa rede dificilmente se integram (GS2).

Fica difícil até dizer são muitos, então falarei dos principais... ah! ao meu ver, para que esta política seja implementada no estado precisa sensibilizar e capacitar todo o pessoal da rede, gestores, sociedade civil, entidades de classe, todo mundo [...] acho também que os serviços precisam estar mais acessível a população menos concentrados em determinadas regiões [...] e acho que o pessoal não está preparado para atuar numa rede, falta qualificação, e mais (GC3)

[...] como limites destas políticas, acho que já começa pela própria verticalidade que se impõe por elas, onde os técnicos muitas vezes não são chamados para discutir as ações e estratégias, e acabam tendo que fazer cumprir, e a falta de participação social e do controle social (GC1).

#### Como possibilidades foram destacadas:

Como possibilidades é poder com a atual política dar maior suporte aos municípios na organização de suas redes de atenção (GS2))

“[...] as políticas são frágeis sim, mas elas dão também meios para implantarmos muitas coisas legais, acho que tem boas perspectivas para a rede se for devidamente implantada e depois implementada de forma a garantir o acesso (GC2)

[...] ah' a gente sempre espera que o melhor aconteça, eu acho que são muitas as possibilidades como: acesso, melhor acolhimento, tirar o pessoal das instituições que séculos os aprisionam, enfim penso que as possibilidades vão surgindo a medida que a rede for sendo implantada (GC4)

## RETROCESSOS E AVANÇOS NA SM DO ES, APÓS A POLÍTICA ESTADUAL DE SM



Figura 8- Hospital Psiquiátrico Adauto Botelho, Cariacica – ES, década de 80

Fonte: [www.saude.es.gov.br](http://www.saude.es.gov.br)



Figura 9-CAPS Vitória- ES na atualidade

Fonte: [www.saude.es.gov.br](http://www.saude.es.gov.br)

>>

**6**

## **SAÚDE MENTAL NO ESPÍRITO SANTO: E, EU COM ISSO?**

Devemos lutar pela igualdade sempre que a diferença nos inferioriza mas, devemos lutar pela diferença sempre que a igualdade nos descaracteriza“

(Boaventura de Souza Santos)

A política de saúde brasileira reflete muitas vezes o descaso dos governos para com sua população, principalmente as populações muitas vezes marginalizadas como os portadores de TM e usuários de SPAs, havendo transferência de responsabilidades das organizações governamentais para as não-governamentais. Os direitos constitucionais estabelecidos em 1988, muitas vezes não são assegurados pelo estado na implementação de suas políticas, deixando a cargo da sociedade o enfrentamento de muitas questões sociais, o que caracteriza um deslocamento de fundos públicos para as ONGs que muitas vezes administram com lógica focal e excludente e privatista.

Confrontando a Política Nacional de Saúde Mental com o cenário epidemiológico no Brasil nos últimos anos, em relação aos transtornos mentais, especialmente aqueles relacionados ao consumo das SPAs, percebemos que apesar de algumas mudanças políticas terem ocorrido, o quadro epidemiológico precisa ser melhorado.

No Espírito Santo refletindo o cenário nacional, a política de atenção aos usuários de SPAs, vem se modificando ao longo das últimas décadas passando da esfera da ação coercitiva de exclusão em hospitais psiquiátricos a uma ação socioeducativa com priorização de atendimento ambulatorial, onde a

partir das décadas de 80 e 90 foi observado nos profissionais que trabalharam na área, uma maior reflexão sobre a qualidade assistencial prestada e uma tentativa de ação diferenciada.

A rede de atenção do estado apesar de estar sendo construída paulatinamente, ainda é insuficiente para atender a real necessidade da população capixaba que acessa essa rede. E, somado a isto, aqueles que conseguem acessar esta rede têm dificuldades de acessibilidade. Os municípios de porte maior apesar de apresentarem algumas dificuldades de implantar atendimento em saúde mental, ainda conseguem estruturar alguns serviços, porém, os municípios menores sentem mais dificuldades de estarem organizando seus serviços em SM, muitas vezes ficando sem nenhum tipo de serviço que possa dar acesso e subsídio aos portadores de TM – especialmente os usuários de SPAs, aos seus familiares e à comunidade capixaba em geral.

Os municípios precisam entender que a Política de Saúde Mental não é apenas à construção de serviços substitutivos, como os CAPS, e sim toda uma reestruturação da assistência a partir da ênfase da saúde mental na atenção básica, seguido da organização dos demais níveis de atenção.

Para maior efetivação da política e da rede que vem se instituída de saúde mental, torna-se necessário integrar as instituições públicas com as instituições formadoras, bem como, com a comunidade capixaba, para se discutir conjuntamente a realidade da saúde vigente, visando um planejamento estratégico e conjunto, que permita a realização de ações coordenadas no campo da saúde mental, com ênfase nas SPAs, afim de ampliar a sua abrangência e efetividade.

Torna-se necessário também, maior integração dos pesquisadores e núcleos de pesquisa com os profissionais da rede, para darem suporte na implementação da política estadual e da rede de atenção, articulando as atuais pesquisas da área com o saber prático daqueles que a vivenciam cotidianamente nos serviços, bem como os seus processos de trabalho.

Além disto, é preciso discutir com os municípios, serviços locais de saúde, profissionais, familiares e usuários a questão da desinstitucionalização dos

portadores de TM e a reinserção social destes, pois estamos assistindo a institucionalização paulatina dos usuários de SPAs em serviços especializados, clínicas, centros de tratamentos, comunidades terapêuticas, e, no entanto, a saída destes espaços tem sido frágil e muitas vezes sem apoio terapêutico, facilitando com isso, recaídas e agravamento dos casos.

Os Relatórios de Gestão apontaram fatores dificultadores para a implantação e implementação da Política Estadual de Saúde Mental e a Rede de Atenção, e estes fatores condizem com o que é visto na prática cotidiana dos serviços locais de saúde, e o que os gestores apontaram como pontos a serem trabalhados pelo estado, para o acolhimento e tratamento destes usuários, como: a deficiência da formação profissional, a carência de qualificação profissional sob a forma de educação permanente na temática saúde mental, somados a desestruturação de alguns serviços, bem como a insuficiência da rede de atenção em saúde mental.

Vale ressaltar também, que as dificuldades evidenciadas pelos gestores na implantação e implementação da política estadual e na concretização da rede de atenção impactam diretamente, no âmbito da gestão, dos serviços e profissionais, no âmbito do ensino-assistência, controle social, usuários e familiares. A falta de articulação entre os serviços que compõem a rede de atenção à saúde mental, o despreparo das instituições de ensino superior, a falta da intersetorialidade, e a não mobilização social, só fazem agravar mais a problemática sobre os TMs e SPAs.

A idéia de rede de atenção à saúde evoca outra concepção conceitual e operacional, que é a atenção primária à saúde como estratégia de organização dos sistemas de saúde, neste caso o de saúde mental. Neste sentido, a atenção primária, deve organizar-se, nas redes de atenção à saúde de forma integrada e realmente como o primeiro ponto de contato – uma porta de entrada.

Evidenciou-se também a necessidade de reforçar os espaços coletivos, como os Fóruns e Conferências, pois estes configuram-se como espaços concretos, de lugar e tempo, destinados à comunicação, à escuta, à circulação de



informações, a discussões sobre a realidade de saúde da população, bem como outras discussões sociais.

E, para finalizar, torna-se necessário a integração da rede de atenção aos usuários portadores de TM e usuários de SPAs as demais redes assistenciais, afim de se construir na pratica diária uma assistência interdisciplinar com ações integradas e intersetoriais, que resultem numa maior eficácia e eficiência da Política Estadual de Saúde Mental na Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas e a Rede de Atenção.

Concluindo este estudo, emerge indagações, que são deixadas como reflexão. Apesar da formulação e implantação da política estadual de saúde mental ao longo destes anos ter promovido avanços visíveis na SM do estado, que tipos de retrocessos vêm causando em muitos momentos a fragilidade destas políticas, e para a efetivação da rede assistencial em saúde em mental no estado do Espírito Santo?

Não podemos esquecer-nos dos nossos diferentes papéis enquanto atores na construção desta história, seja na condição de protagonista ou coadjuvante, na função de gestor, coordenador, técnico, usuário do sistema de saúde, familiar e comunidade capixaba, todos somos convocados a participar e lidar com o desafio ,de incluir e acolher os usuários portadores de transtornos mentais e usuários de SPAs, no espaço que estivermos.

---

**REFERENCIAS: (RE) VISITANDO OS AUTORES>> 7**

Parece-me também perceber [...] sólida crença que, para filosofar, seja necessário apoiar-se nas opiniões de algum célebre autor, de tal forma que o nosso raciocínio, quando não concordasse com as demonstrações de outro, tivesse de permanecer estéril e infecundo. [...] a coisa não é assim.

(Galileu, 1983: 119)

ABREU, C. C. et al. Uma análise dos serviços de atenção à DQ no ES. In: Anais do 4º Encontro Regional de Psicologia Social. Vitória-ES: ABRAPSO-ES, p. 12-12, 2005.

AMARAL, M. A. Atenção à saúde mental na rede básica: estudo sobre a eficácia do modelo assistencial. 1997. Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0034-01997000300010&script=sci\\_arttext&lng=pt](http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0034-01997000300010&script=sci_arttext&lng=pt)>. Acesso em: 15 out. 2010.

AMBROSIO, B. T. et al. Rede de atenção aos usuários de substâncias psicoativas no Espírito Santo e mapeamento da equipe de enfermagem. Rev Eletrônica Enferm, v. 11, p. 11, 2009.

ALVES, et al. Uma breve história da reforma psiquiátrica. Neurobiologia, v. 72, n.1, jan./mar., 2009.

ALVES, D. S. N. Reestruturação da atenção em saúde mental: situação atual diretrizes e estratégias. In: AMARANTE, P. D.C. (Org.). Psiquiatria social e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, p. 195-202, 1994.

ALVES, D. S. N. Impasses e desafios da reforma psiquiátrica. Texto de relato apresentado no I Congresso de Saúde Mental, Rio de Janeiro, 1996.

AMARANTE, P. Algumas Notas sobre a Complexidade da Loucura e as Transformações na assistência Psiquiátrica. *Rev Ter Ocup*, v. 3, n ½, p. 8-16, dez/jan. 1992.

AMARANTE, P. Saúde mental e atenção psicossocial. In: AMARANTE, P. (Org.) *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1994.

AMARANTE, P. *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e psiquiatria*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996.

AMARANTE, P. *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil/ Crazy about life – Trajectory of Brazils Psychiatric Reform*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 1998.

AMARANTE, P. (Org). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000. 132 p.

AMARANTE, P. D. *Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Temas em Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

AMARANTE, P. *Saúde Mental, Formação e Crítica*. AMARANTE, P.; CRUZ, L. B. C. (Org.). Rio de Janeiro: Laps, 2008, 100p.

BAPTISTA, T. W. F. O direito à Saúde no Brasil: sobre como chegamos ao Sistema Único de Saúde e o que esperamos dele. In: \_\_\_\_\_. *Textos de Apoio em Políticas de Saúde*. Escola Politécnica de Saúde Joaquim. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 11-42, 2005.

BARROS, M. C. S. *Repensando os porões da loucura; um estudo sobre o Hospital Colônia de Barbacena*. Belo Horizonte: Argumentum, 2008.

BASAGLIA, F. *A instituição negada*. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BENEVIDES, M. V. M. *A cidadania ativa: referendo, plebiscito e iniciativa popular*. 2 ed. São Paulo: Editora Ática, 1996.

BENEVIDES, R. Reforma Psiquiátrica Brasileira: Resistências e Capturas e Tempos Neoliberais. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (ORG.) Loucura, Ética e Política: escritos militantes. Rio de Janeiro: Casa do psicólogo, p. 196-206, 2003.

BENICA, F. B. et al. Rede de atenção ao dependente químico no ES: Poucas mudanças, alguns retrocessos e algumas estórias. In: Anais do IX Encontro de Pesquisadores em Saúde Mental e Especialistas em Enfermagem Psiquiátrica. Ribeirão Preto-SP: EERP-USP, p. 03-03, 2006.

BERCHERIE, P. Os fundadores da clínica: histórias e estrutura do saber psiquiátrico. Rio de Janeiro: Zahar, 1989.

BONI, R. et al. Os conteúdos álcool e outras drogas no ensino de Enfermagem da UFES: Uma análise crítica. Rev Eletrônica Enferm, Goiânia-Go, v. 6, n. 1, p. 38-46, 2004.

BORTOLUZZ et al. Prevalência e perfil dos usuários de álcool adulta em cidade do sul do Brasil. Rev Cienc Saúde Coletiva, v. 15, n.3, p. 679-685, 2010.

BOTEGA, N. J.; SCHETCHTMAN, A. Censo nacional de unidades psiquiátricas em hospitais gerais: I Situação atual e tendências. Revista da Associação Brasileira de Psiquiatria – APAL., v.19, n.3, p. 79-86, 1997.

BRASIL. Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <[portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf)>. Acesso em: 10 fev. 2010.

BRASIL. Lei nº 8142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. In: \_\_\_\_\_. Gestão Municipal de Saúde: leis normas e portarias atuais. Rio de Janeiro, p. 35-37, 1990.

BRASIL. Portaria nº 189 de 19 de novembro de 1991. Aprova a inclusão de Grupos e Procedimentos da Tabela do SIH-SUS, na área de Saúde Mental (Hospitais Psiquiátricos). Diário Oficial da União. Brasília: 19 nov. 1991 a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica – SUS. Brasília, . 1991b.

BRASIL. Portaria nº 224 de 29 de janeiro de 1992. Estabelece diretrizes e normas para o atendimento ambulatorial (Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS). Diário Oficial da União. Brasília: 29 jan. 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica – SUS. Brasília, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório final 2ª Conferência de Saúde Mental. Brasília, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Descentralização e gestão dos serviços de saúde: uma avaliação do SUS - Região Sudeste. UERJ, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica – SUS. Brasília, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria/GM/MS n.º 3.916 de 30 de outubro de 1998. Estabelece as diretrizes, prioridades e responsabilidades da Assistência Farmacêutica, para os gestores federal, estaduais e municipais do Sistema Único de Saúde – SUS. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port99/GM/GM-1077.html>>.

Acesso em 23 de mai .2010

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual para organização da Atenção Básica. Brasília: 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 106 de 11 de fevereiro de 2000. Institui os Serviços Residenciais Terapêuticos. Disponível em: <[dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/27\\_Portaria\\_106\\_de\\_11\\_02\\_2000.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/27_Portaria_106_de_11_02_2000.pdf)>. Acesso em: 15 fev. 2010.

BRASIL. Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, 2001.a Disponível em: <[www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/LEIS\\_2001/L10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LEIS_2001/L10216.htm)>. Acesso em: 01 fev. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Orientações para organização da atenção aos portadores de transtornos mentais nos estados e municípios, de acordo com as diretrizes NOAS-SUS 01/2001. Mimeografado. 2001.b

BRASIL. Sistema Único de Saúde. Relatório final da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <[http://www.capselotas.com.br/bibliografia/Conferencia\\_Nacional\\_de\\_Saude\\_Mental\\_2001.pdf](http://www.capselotas.com.br/bibliografia/Conferencia_Nacional_de_Saude_Mental_2001.pdf)>. Acesso em: 01 out. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Legislação em Saúde Mental 1999-2001. 2 ed. Revista e atualizada. Brasília: Ministério da Saúde, 2002 a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS nº 305, de 03 de Maio de 2002. Aprova as Normas de Funcionamento e Cadastramento de Centros de Atenção Psicossocial para Atendimento de Pacientes com Transtornos Causados pelo Uso Prejudicial e/ou Dependência de Álcool e Outras Drogas. Brasília, 2002. b Disponível em: <[http://www.saude.mg.gov.br/atos\\_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/comunidades-terapeuticas-e-servicos-para-usuarios-de-alcool-e-outras-drogas/portaria\\_0305.pdf](http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/comunidades-terapeuticas-e-servicos-para-usuarios-de-alcool-e-outras-drogas/portaria_0305.pdf)>. Acesso em: 18 ago.2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria/GM Nº 336 - de 19 de fevereiro de 2002. Define as características das modalidades de CAPS (CAPS I, II, III, ad II e i II).Brasília,2002.c Disponível em: <[http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/39\\_Portaria\\_336\\_de\\_19\\_02\\_2002.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/39_Portaria_336_de_19_02_2002.pdf)> Acesso em: 20 de jun.2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.º 816, de 30 de abril de 2002. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de

Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas, a ser desenvolvido de forma articulada pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias de Saúde dos estados, Distrito Federal e municípios. Brasília, 2002 d. Disponível em: <[http://www.saude.mg.gov.br/atos\\_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/comunidades-terapeuticas-e-servicos-para-usuarios-de-alcool-e-outras-drogas/portaria\\_0816.pdf](http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/comunidades-terapeuticas-e-servicos-para-usuarios-de-alcool-e-outras-drogas/portaria_0816.pdf)>. Acesso em: 28 set.2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas. Brasília, DF, 2003 a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual do Programa “De volta para Casa”. Brasília: Ministério da Saúde, 2003 b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Legislação em saúde mental 1990-2004. 5.ed. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Residências terapêuticas: o que são, para que servem. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Nacional de Saúde Mental. Brasil, 2004b.

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, 2004 c.

BRASIL. SECRETARIA NACIONAL ANTIDROGAS. Fórum Nacional sobre Drogas, Brasília, 24-26, nov. 2004.

BRASIL. Portaria No. 2.197, de 14 de outubro de 2004. Redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, e dá outras providências. Disponível em: <<http://drt2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-2197.htm>>. Acesso em: 01 jul. 2010.

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 a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, Série B. Textos Básicos em Saúde, 2005.b

BRASIL. Resolução Nº 3, de 27 de outubro de 2005 c. Aprova a Política Nacional Sobre Drogas. Diário Oficial da União, Brasília, 28 out. 2005. Disponível em: <[http://obid.senad.gov.br/OBID/Portal/noticias\\_detalhes.jsp?IdPJ=1&id\\_noticia=6293](http://obid.senad.gov.br/OBID/Portal/noticias_detalhes.jsp?IdPJ=1&id_noticia=6293)>. Acesso em: 11 jan. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica. Brasil: Ministério da Saúde, Série Pactos pela Saúde, 2006 a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1097. Define que o processo de Programação Pactuada e Integrada de Assistência em Saúde, seja em processo instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, 2006.b

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão descentralizada. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Brasil: Ministério da Saúde, Série Normas e Manuais Técnicos, 76 p., 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional sobre o Álcool. Dispõe sobre as medidas de redução do uso indevido de álcool e sua associação com violência e criminalidade, e dá outras providências, Brasil, 2007.a. Disponível em: [HTTP://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ato/2007-2010/2007/Decreto/D611](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato/2007-2010/2007/Decreto/D611). Acesso em 23 fev.2010.



BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006. Ministério da Saúde: Brasília, 85p, 2007b.

BRASIL. Portaria nº 154 de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/GM/GM-154.htm>>. Acesso em: 15 de set 2009.

BRASIL.. Política Nacional de Saúde Mental. 2008. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar\\_texto](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto)>. Acesso em: 03 de mar. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional sobre o Álcool. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ato/2007-2010/2007.Decreto/D6117,2007c](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato/2007-2010/2007.Decreto/D6117,2007c)>. Acesso em: 15 set.2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE-DAB. Saúde mental na atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes.pdf>>. Acesso em: 16 out. 2009.

BRASIL. Plano Emergencial de ampliação do acesso ao tratamento e prevenção em Álcool e outras Drogas (PEAD 2009-211). Brasília 2009: Disponível em:<[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/plano\\_emergencial\\_tratamento.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/plano_emergencial_tratamento.pdf)>. Acesso em: 01 jun. 2009.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. I Levantamento Nacional sobre o Uso de Álcool e Outras Drogas entre Universitários das 27 Capitais Brasileiras. Brasília: SENAD, 2010.p. 284

BIRMAN, J; COSTA, J. F. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: AMARANTE, P. (Org.). Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994.

CAPLAN, G. Princípios de psiquiatria preventiva. Tradução de Álvaro Cabral. (1964). Rio de Janeiro: Zahar editores, 1980.

CARLINI E. A. et al . I Levantamento Domiciliar sobre o uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país: 2001. São Paulo: CEBRID - Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo, 2002.

CARLINI, E. A. et al. II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país: 2005. São Paulo: CEBRID - Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo, 2006.

CARNEIRO, N. G. Memórias do delírio: a construção da pessoa em processos reintegrados autogestionados. 2000. 150f. Dissertação (Mestrado em Antropologia), Setor de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2000.

CARVALHO, M. E. G.; CARVALHAES, F. F.; CORDEIRO, R. P. Cultura e Subjetividade em Tempos de AIDS. Londrina, p. 101, 2005.

CASTEL, R. A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

CASTRO, D. M. F. A saúde mental do adolescente entre duas políticas públicas: O Programa Saúde Do Adolescente (PROSAD) e a política de saúde mental. Dissertação (mestrado). Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro. 2009.150f.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis: Rev Saúde Coletiva*, vol.14, n.1, pp. 41-65, UERJ/REDESIRIUS/PROTAT, Rio de Janeiro, 2004.

CHIORO, A.; SCAFF, A. Saúde e Cidadania: a implantação do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <<http://www.consaúde.com.br/downloads/saúde.doc>>. Acesso em: 3 de out. de 2009.

CHURCHILL, JR., G. A. Marketing research: methodological foundation. Orlando, FL: The Dryden Press, 1999.

CONTE, M. Construindo uma política voltada á abordagem do uso indevido de drogas. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 23, p. 106-119, dez. 2001.

CONFERENCIA ESTADUAL DE SAÚDE MENTAL. Relatório Final da 2ª Conferência Estadual de Saúde Mental. Vila-Velha/ES: 2001. Disponível em: <<http://www.saude.s.gov.br/default.asp>>. Acesso em: 07 de dez. de 2009.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: <[http://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso\\_96htm](http://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_96htm)>. Acesso em: 17 jul. 2009.

COSTA, J. F. Os interstícios da lei. In: *Saúde mental e cidadania*. São Paulo: Mandacaru, 1987.

CUNHA, J.P.P; CUNHA, R.E. Sistema Único de Saúde: Princípios em Gestão Municipal de Saúde – Textos Básicos. Ministério da Saúde. Rio de Janeiro. 2001, 344 p.

DALGALARRONDO, P.; GATTAZ, W. F. A psychiatric unit in a general hospital in Brazil: predictors of length of stay. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, n. 27, p.147-150, 1992.

DATASUS. Ministério da Saúde. Brasil(on line). 2010. Disponível em: <[http://datasus.gov.br/datasus/DATASUS\\_pbh](http://datasus.gov.br/datasus/DATASUS_pbh)>. Acesso em: 20 jan. 2011.

DELGADO, P. G. G. Perspectivas da psiquiatria pós asilar no Brasil (como um apêndice sobre a questão dos crônicos). In: TUNDIS, S. A.; COSTA, N. R. *Cidadania e Loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. 6.ed. Rio de Janeiro: Vozes, p.171-197. 2000.

DELGADO, P. G. G. No litoral do vasto mundo: Lei 10.216 e a amplitude da reforma psiquiátrica. In: VENÂNCIO, A. T; CAVALCANTE, M.T. (Org.). Saúde mental: campos, saberes e discursos. Rio de Janeiro: IPUB/CUCA, p. 283-290, 2001.

DIAS, M. T. G. Os (des) caminhos da política de saúde mental no Rio Grande do Sul: uma análise da implantação da lei de reforma psiquiátrica. 1997. 147f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social)-Faculdade de Serviço Social, PUCRS, Porto Alegre. 1997.

DIMENSTEIN, M. A. A reorientação da atenção em saúde mental: sobre a qualidade e a humanização da assistência. Psicologia Ciência e Profissão, São Paulo, 2004, p.112- 117.

DRIUSSO, J. F.; MACIEIRA, M. S. ou SIQUEIRA, M. M. Programas de tratamento em um hospital geral e o seu suporte social. In: Anais do XI JIC da UFES. Vitória-ES: UFES/ PRPPG-CNPq, p. 057-057, 2001.

DUARTE, R.C; NARCISO, S. M. População portadora de transtorno mental: uma caracterização dos usuários atendidos no serviço de psiquiatria do Município de Campos Gerais- MG. 2008. 58f. Monografia (graduação). Faculdade de Ciências da Saúde de Campos Gerais, Minas Gerais. 2008.

ESCOHOTADO, A. Aprendiendo de las drogas: usos, abusos, prejuicios y desafíos. Barcelona: Editorial Anagrama, 1996.

ESPÍRITO SANTO. Governo do Estado do Espírito Santo. Lei Complementar nº 57 de 1987. Altera dispositivos da Lei Complementar nº 48, de 10 de dezembro de 1984. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/103987/lei-complementar-57-87>>.

Acesso em: 20 de jan. de 2010.

ESPÍRITO SANTO. Proposta para uma Política de Saúde Mental do Estado do Espírito Santo. Secretaria Estadual de Saúde. Vitória, 1995.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado de Economia e Planejamento. Espírito Santo 2025: plano de desenvolvimento, Vitória, 2006, 156p.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde. Relatório de Gestão. Vitória, 2008.

ESPÍRITO SANTO. Diretrizes Clínicas Saúde Mental. 1. ed. Vitória: Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo, p. 16 - 17, 2008.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde. Plano Diretor de Regionalização, 2003. Disponível em: <[http://www.saude.es.gov.br/download/pdres\\_2003\\_Plano\\_Diretor.pdf](http://www.saude.es.gov.br/download/pdres_2003_Plano_Diretor.pdf)>.

Acesso em: 15 de maio de 2007.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde. Relatório de Gestão. Vitória, 2009.

FAUSTO, B. História do Brasil. São Paulo: Edusp & Imprensa Oficial do Estado, 2001.

FÉ, N. M. O papel das instituições na desinstitucionalização manicomial. I Encontro Nordestino de Luta Antimanicomial. Recife-Pernambuco: 25 a 27 de nov. de 1994.

FERNANDES, M. I. A. (Org.) Fim de Século: ainda manicômio? São Paulo: IPUSP, 1999.

FERRARI, A. T. Metodologia da pesquisa científica. São Paulo (SP): McGraw-Hill do Brasil; 1982.

FERREIRA, L. E. A. Análise de política pública de saúde mental: o caso do Estado do Espírito Santo. 2005. 135f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Programa de pós-graduação em psiquiatria e saúde mental, Rio de Janeiro.

FLEMING, M. Ideologias e práticas psiquiátricas. São Paulo: Edições afrontamento, 1976.

FOCAULT, M. A história da loucura na idade clássica. São Paulo: Editora Perspectiva, 1972.

FOUCAULT, M. História da loucura na Idade Clássica. São Paulo, 6ª ed. Perspectiva, 1999.

FOUCAULT, M. Médicos e doentes. In FOUCAULT, M. História da loucura na época clássica. São Paulo, SP: Perspectiva, p. 297-338, 2000.

FORNAZIER, M. L.; MACIEIRA, M. S. ou SIQUEIRA, M. M. Rede de apoio ao usuário/ abusador de drogas no Estado do ES. 2002

FREITAS, R. M. C. A Política de Saúde Mental no Município de Teresópolis: Um Estudo de Caso. 2005.165 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2005.

GALDURÓZ, J. C. F. et al. V Levantamento nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública de ensino nas 27 capitais brasileiras, 2004. São Paulo: CEBRID - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo, 2005.

GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1994.

GERSCHMAN, S. A democracia inconclusa: um estudo da reforma sanitária brasileira. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1995.

GOMES, M. P. C. A Política de Saúde Mental na Cidade do Rio de Janeiro. 1999. Tese de Doutorado - Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1999.

GOMES, T.M S. De cidadão e louco... o debate sobre a cidadania do louco a partir da avaliação no Centro de atenção Psicossocial. 2006. 221f. Dissertação (Mestrado em Política Social) - Universidade Federal Fluminense, Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, Niterói, 2006.

GOULART, M. S. B. Ambulatórios de saúde mental em questão: desafios do novo reprodução de velhas fórmulas. Belo Horizonte: Faculdade de Filosofia e

Ciências Humanas da UFMG, 1992, 193p. Dissertação. (Mestrado em Sociologia).

GOULART, M. S. B. Sedação feminina: uma tácita e perigosa conveniência nos serviços de saúde. *Cadernos de Ciências Sociais*. Belo Horizonte, v. 3, n. 4, p.33-41, 1993.

GOULART, M. S. B. Equipe de saúde mental: a Torre de Babel da saúde pública. *Cadernos de Psicologia*. Belo Horizonte, v. 1, n. 2, p. 49-56, dez. 1993.

GOULART, 1996

GOULART, M. S. B. Os descaminhos da política de saúde mental: um estudo sobre os serviços ambulatoriais nos anos 80. In: FERRARI, I. F.; ARAUJO, J. N. G. (Orgs). *Psicologia e ciência na PUC MINAS*. Belo Horizonte: PUC Minas, p. 291-312, 2004.

GOULART, M. S. B. De profissionais a militantes - a luta antimanicomial dos psiquiatras italianos nos anos 60 e 70. Belo Horizonte: UFMG. 2004. Tese (Doutorado em Ciências Humanas) - Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, 1992. 299 p.

GOULART, M. S. B. A Construção da Mudança nas Instituições Sociais: A Reforma Psiquiátrica. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, v. 1, n. 1, São João del-Rei, jun. 2006

HIRDES, A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, n.1, Rio de Janeiro, jan./fev. 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD. Notas metodológicas. IBGE, 2008.

JELSMA, M. O estado atual do debate sobre políticas de drogas: Tendências da última década na União Européia e nas Nações Unidas. Texto de apoio para a Primeira Reunião da Comissão latinoamericana sobre Drogas e Democracia. Rio de Janeiro, 30 de abril de 2008.

JORGE, M. A. S. et al. Políticas e práticas de Saúde Mental no Brasil. In: \_\_\_\_\_ Textos de Apoio em Políticas de Saúde. Escola Politécnica de Saúde Joaquim. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 207- 223, 2005.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. Fundamentos de Metodologia Científica. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2001.

LARANJEIRA, R. I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2007.

LARANJEIRA, R. Legalização de drogas no Brasil: em busca da racionalidade perdida. Políticas de Ação Governamental. Disponível em: <[www.abead.com.br/politicas/](http://www.abead.com.br/politicas/)>. Acessado em: julho 2009.

LEVCOVTZ, et al. Política de Saúde nos anos 90: Relações Intergovernamentais e o Papel das Normas Operacionais Básicas. Rio de Janeiro: Ciência e Saúde Coletiva, v. 6, n. 2, p. 269-291, 2001.

LIMA, L. D. O Processo de Implementação de novas estruturas Gestoras no Sistema Único de Saúde: Um Estudo das Relações Intergovernamentais na CIB do Rio de Janeiro. 1991. Mestrado em Saúde Coletiva. IMS/UERJ, Rio de Janeiro, 1991.

LIMA, L. A.; TEIXEIRA, J. M. A assistência à saúde mental no Brasil: do mito de excesso de leitos psiquiátricos à realidade da falta de serviços alternativos de atendimento. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 44, n. 2, p. 71-76, 1995.

LIMA, E. "Existe um paradigma epidemiológico para o fenômeno da drogadicção?". In: *Toxicomanias: Uma Abordagem Multidisciplinar*. Rio de Janeiro, NEPAD/UERJ, Sette Letras, 1997.

LUZ, M. T. Ordem social, instituição e política de saúde no Brasil. Textos reunidos. 1 ed. Rio de Janeiro: CEPESC- IMS/UERJ, 2007.

MACHADO, R. et al. Da(n)ação da norma. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MACHADO, A. R.; MIRANDA, P. S. C. Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de Álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde



Pública. *Hist Cienc Saúde*. Rio de Janeiro, v.14, n.3, set. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v14n3/06.pdf>>. Acesso em: 01 nov. 2009.

MARAGNO, L. et al. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.22, n.8, ago. 2006.

MEDEIROS, E. N. Prevalência dos Transtornos Mentais e Perfil Socioeconômico dos Usuários Atendidos nos Serviços de Saúde em Municípios Paraibanos. 2005. f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa/Pb, 2005.

MENDES, E. V. A descentralização como processo social. In: KALIL, M. E. X. (Org.). *Saúde mental e cidadania no contexto dos sistemas locais de saúde. Anais de um Encontro*. São Paulo-Salvador: Hucitec, p. 65-80, 1992.

MENDES, E. V. As Políticas de saúde no Brasil nos anos 80: A conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: *Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde* (E. V. Mendes, Org.), p. 19-92, São Paulo: Hucitec, 1993.

MENDES, E. V. Impasses Institucionais do orçamento participativo. In: *Anais do 19º encontro anual da Associação Nacional dos Programas de Pós-Graduação em Administração*, p. 61-75, 1995.

MENDES, E. V. *As redes de atenção a saúde*. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais; 2008.

MENEZES, P. R.; MANN, A. H. Mortality among patients with non-affective functional psychoses in a metropolitan area of South-Eastern Brazil. *Revista Saú MIGOTT*, A. M. B. Dependência química: problema biológico, psicológico ou social? *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, mar. 2008.

MESQUITA, F. Políticas públicas de drogas: A construção de um caminho democrático e humanitário para o Brasil. Retrieved June 20, 2004.

MILAGRES, A. L. D. Porta de saúde do asilo: cotidiano, narrativa e subjetividades nas residências em saúde mental do IMAS Juliano Moreira. 2002. Dissertação (Mestrado em Saúde Mental) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento científico: pesquisa qualitativa em saúde. 2ed..São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco,1993.

MISOCZKY, M. C. Redes e hierarquias: uma reflexão sobre arranjos de gestão na busca da equidade em saúde. Revista de Administração Pública. Rio de Janeiro: v. 37, nº 2, p. 335-354, 2003.

MORAES, M. O modelo de atenção integral à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: percepções de usuários, acompanhantes e profissionais. Cienc. Saude Coletiva, Rio de Janeiro, v.13, n.1, fev. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n1/16.pdf>>. Acesso em: 01 jun. 2010.

MOREIRA, D. Psiquiatria: controle e repressão social. Petrópolis/Belo Horizonte: Vozes/Fundação João Pinheiro, 1983.

MORGADO, A. F.; IGUCHI, T.; BUENO J. R. Epidemiologia da dependência de drogas em grupos populacionais do Brasil. J Bras Psiquiatria, v. 32, n. 5, p. 281-292, 1983.

MURARO, R. M. Breve introdução histórica. In: KRAMER, H.; SPRENGER, J. (Eds.). Malleus maleficarum: O martelo das feiticeiras (p.5- 17). Rio de Janeiro: Rosa Dos Tempos,1997. NICÁCIO, F. (org.). Desinstitucionalização. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2001.

NORONHA, J. C.; LEVCOVITZ, E. AIS-SUDS-SUS: os caminhos dos direitos à saúde. In: Saúde e sociedade no Brasil: anos 80. GUIMARÃES, R; TAVARES, R. A. W. (Orgs.), Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.

NOTO, A. R; FORMIGONI, M. L. O. S. Drogas psicotrópicas e a política de saúde pública no Brasil. Ciências Hoje, v.181, 2002. Disponível em: <[http://br.geocities.com/baseadoemfatos/p1/20020400f\\_especial\\_drogas\\_6\\_dro](http://br.geocities.com/baseadoemfatos/p1/20020400f_especial_drogas_6_dro)

gas\_psicotropicas\_e\_a\_politica\_de\_saude\_publica\_no\_brasil.htm>. Acesso em: set. de 2009

OLIOSA, D. M. S. Municipalização da saúde em Vitória-ES: uma experiência participativa. 1999.135f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública ) – fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro.,1999.

OLIVEIRA, E. F. A. A política de saúde mental em municípios de pequeno porte do Espírito Santo: entre mínimas equipes e múltiplos projetos. 2009. 235f. Dissertação (mestrado em Política social)- Universidade Federal do Espírito Santo, Programa de Pós-Graduação em Política Social, Vitória, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. La introducción de un componente de salud mental en la atención primaria. Ginebra: OMS; 1990.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL D SAÚDE. Divisão de saúde mental e prevenção do abuso de substâncias. Gênova, 2001.

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. Proyecto Atlas: Cartografía de los recursos de salud mental em todo el mundo. NMH Communications, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Neurociências: consumo e dependência de substâncias psicoativas. Ginebra: OMS, 2004

OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Reestruturação da assistência psiquiátrica: bases conceituais e caminhos para sua implementação. Caracas, Conferência Regional, 11 a 14 nov. 1990

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE/ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Salud mental em el mundo: problemas y prioridades em poblaciones de bajos ingresos. Washington-EUA, 1997.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Relatório sobre saúde no mundo 2001: Saúde mental - nova concepção, nova esperança. Ginebra, 2001

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Genebra: OMS; 2001

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Relatório Sobre a Saúde no Mundo. Genebra: 2001. Disponível em: < [www.psiqweb.med.br/acad/oms1.html](http://www.psiqweb.med.br/acad/oms1.html)>. Acesso: 13 mar. de 2009.

PAULIN, L. F.; TURATO, E. R. Antecedentes da Reforma Psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970. História, Ciências, Saúde. Rio de Janeiro, v. 11 n. 2, maio/ago. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>>. Acesso em: 12 de mar. 2009.

PATTON, M. Q. Qualitative evaluation and research methods. 2. ed. Newbury Park: Sage Publications, 1990.

PECHANSKY, F. et al. Consumo de álcool e drogas entre motoristas privados e profissionais do Brasil. In: PECHANSKY, F.; DUARTE, P. C. A. V.; DE BONI, R. B. Uso de Bebidas e outras Drogas nas Rodovias Brasileiras e outros Estudos. Porto Alegre: SENAD, 2010. 121 p.

PEGORARO, R. F.; CALDANA, R. H. L. Sobrecarga de familiares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. Psicol estud , Maringá, v. 11, n.3, 2006. Disponível em:<<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 24 out. 2009.

PELBART, P. P. Da clausura do fora ao fora da clausura. São Paulo: Brasiliense; 1989.

PESSOTTI, I. A doutrina demonista. In: PESSOTTI, I. A loucura e as épocas. Rio de Janeiro: Editora 34, 1994.

PESSOTTI, I. O século dos manicômios. São Paulo: Editora 34, 1996.

PESSOTTI, I. Os nomes da loucura. São Paulo: Editora 34, 1999.

PILLON, S. C.; MACIEIRA, M. S. ou SIQUEIRA, M.M.; SILVA, C. J. Dependência química no currículo de graduação de profissionais da saúde. In:

ALESSANDRA, D. et al. (Org.). Dependência Química: Prevenção, Tratamento e Políticas Públicas. Porto Alegre-RS: Artmed, 2011, v. 00, p. 67-6804.

PITTA-HOISEL, A. M. Sobre uma política de saúde mental. São Paulo: USP, 1984. Dissertação (Mestrado) – Dep. de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, USP, 1984.

RAMOS, L. S. Entre fios e dobras: o tecer da reforma psiquiátrica no município de Santa Maria/ RS. 2009. 140 f. (Dissertação de Mestrado) - Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS.

RASCH, S.S. Viajantes em busca de saídas: o grupo de movimento como uma possível rota terapêutica para usuários de álcool e outras drogas.2005.277f. Dissertação (Mestrado)-Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde. Vitória., 2005.

REIS, R. Fórum de Saúde Mental do Estado do Espírito Santo: a configuração de um espaço público. 2009. 218f. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências Jurídicas e Econômicas, Vitória. 2009.

RELATÓRIO DA OFICINA DE SAÚDE MENTAL. Desafios da integração com a rede básica. VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva promovido pela ABRASCO, intitulada. 2003.

RESENDE, H. Política de saúde mental no Brasil: visão histórica. In: TUNIS, S.A.; COSTA, N. R. (Orgs). Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil. Rio de Janeiro, VOZES/ABRASCO, 1987.

RIBEIRO, C. J. S. Plano Grupal Transdisciplinar: cartografando uma equipe de saúde mental. 2002. 99f. (Mestrado em Psicologia Social e Institucional) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.

RIBEIRO, W. L. Atenção Psicossocial: entre o transtorno e o território. 2009.111f. Dissertação (Mestrado) - Departamento de Psicologia Institucional, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2009.

RICHARDSON, R. J.V et al., Pesquisa social métodos e teorias. 3 ed., São Paulo, 1999.

ROSA, L. Transtorno mental e o cuidado na família. São Paulo: Cortez, 2006.

ROSSONI, C. G. Um estudo sobre a saúde mental de Serra-ES: da surpresa ao encanto. 2006. 113f. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde, Vitória. 2006.

SANTOS, S. M. E. As Políticas Públicas sobre drogas no município de Ponta Grossa, Revista Emancipação (UEPG), v. 8, n. 2, p. 59-74, 2008.

SAÚDE (OPAS). Saúde Mental: Nova Conceção, Nova Esperança. Relatório Sobre a Saúde no Mundo, 2001.

SCHNEIDER, D. R. et al. Avaliação crítica dos serviços de atenção à dependência química da Região da Grande Florianópolis: Projeto de Pesquisa-Funpesquisa. In: Anais da 3ª SEPEX. Florianópolis, Brasil. p. 100, 2003.

SCHNEIDER, A. R. A construção da rede de atenção em saúde mental de um Município do sul do Brasil. Barbarói. Santa Cruz do Sul, n. 28, jan./jun. 2008.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE. Política Estadual de Saúde Mental. Vitória- ES, 2001.

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO. Política estadual de saúde Mental, Álcool e Drogas: PPA 2010-2013. Brasil, 2009. Disponível em:

<[http://www.saude.es.gov.br/download/Novo\\_PPA\\_inclusao\\_21\\_6\\_09.pdf](http://www.saude.es.gov.br/download/Novo_PPA_inclusao_21_6_09.pdf)>.

Acesso em: 01 jul. 2010.

SECULODIARIO. Crack: um câncer que corrói a Sociedade. Reportagem especial. Vitória, edição de 26 junho , 2010.

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L C. Qualidade de Vida e Saúde: Aspectos Conceituais e Metodológicos. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2004.

SILVEIRA, D.X; MOREIRA, F.G (Org) Panorama atual de Drogas e Dependências. 1. ed. São Paulo: Ateneu, 2006.

SIMON, A. G. O papel dos estados na política de saúde mental no Brasil. Dissertação (Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública. FIOCRUZ: Rio de Janeiro, 2010.

SIQUEIRA, S. A. V. et. al. Descentralização e Assistência à Saúde no Brasil: a Oferta de Serviços nos Anos 90. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 26, n. 60, pp. 25-36, jan/abr. 2002.

SIQUEIRA, M. M.; BARBOSA, D. A.; LARANJEIRA, R. As políticas públicas e as substâncias psicoativas: avanços e desafios. In: Anais do IX Simpósio Inter.de Tratamento do Tabagismo, VI Simpósio Inter.de Álcool e outras Drogas e I Simpósio de Jogo Patológico e outros Transtornos de Impulso. Rio de Janeiro: ABEAD-ABRATT-ANJOTI, v. 1, p. 52, 2005.

SIQUEIRA, M. M.; BARBOSA, D. A.; LARANJEIRA, R. . Políticas Públicas Relacionadas as Substâncias Psicoativas e o Papel do Estado. In: Anais do Congresso Internacional sobre Tabagismo, Outras Drogas e Jogo Patológico. Rio de Janeiro-RJ: APERJ, v. 1. p. 10-10, 2005.

SIQUEIRA, M. M.; SOUZA, R. S. Conhecimento técnico-científico em álcool e drogas e sua aplicação nos serviços de saúde: relato de experiência do NEAD. SMAD. Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas, 2006.

SIQUEIRA, M. M.; BARBOSA, D. A.; LARANJEIRA, R.; HOPKINS, K. Políticas Públicas Relacionadas às substâncias psicoativas e a Rede de Atenção Especializada: O Caso ES. 2006. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).

SIQUEIRA, M. M.; GARCIA, M. L. T. Catálogo das Instituições Especializadas em Dependência Química no ES. Vitoria: UFES-MPES, 2006 (Catálogo).

SIQUEIRA, M. M.; BARBOSA, D. A.; LARANJEIRA, R.; HOPKINS, K. Substâncias psicoativas e a provisão de cuidados especializados: o caso do Espírito Santo. Rev Bras Psiquiatr, São Paulo, v. 29, n. 4, 2007.

SIQUEIRA, M. M.; BARBOSA, D. A.; LARANJEIRA, R. As políticas públicas relacionadas às substâncias psicoativas. *Enfermagem Atual* (Rio de Janeiro), v. 45, p. 25-29, 2008.

SIQUEIRAA, M. M. As competências em saúde mental das equipes dos serviços de saúde: O caso NEAD-UFES. *SMAD. Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas* (Edição em português), v. 5, p. 1-14, 2009

SOUZA, J. S.; GARCIA, M. L. T. Resistindo à reforma psiquiátrica brasileira: um estudo de caso de uma clínica psiquiátrica privada/ES. *Revista Textos & Contextos*. Porto Alegre, v. 7, n. 2, p. 199-220. jul./dez. 2008.

SOARES, J. M. A. Engenho dentro de casa: sobre a construção de um serviço de atenção diária em saúde mental. 1997.117f. (Mestrado) Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1997.

SOUZA, F. S.P; OLIVEIRA, E. N. Caracterização das internações de dependentes químicos em Unidade de Internação Psiquiátrica do Hospital Geral. *Revista ciência& saúde coletiva*, v. 15, n.3, p. 671-677, 2010.

SOUZA, G. B. "O asilamento científico": A institucionalização dos hospícios e o processo de exclusão social . In: *Anais do I Colóquio de História da Universidade Federal Rural de Pernambuco, Brasil e Portugal: nossa história ontem e hoje*, 2007, Recife. Disponível em: < <http://www.pgh.ufrpe.br/.../anais.htm>. > Acesso em: 06 dez. 2010.

SCHERER, C. Entre a utopia e a realidade: tensões e conflitos entre o PT e Vítor Buaiz (1995-1998). 2005. 159 f. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências Humanas e Naturais, Vitória, 2005.

TEIXEIRA, S. F. Reformas Sanitárias na Itália e no Brasil: Comparações. In: *TEIXEIRA, S.F. Reforma Sanitária: em busca de uma teoria*. 2 ed. Rio de Janeiro: Ed. ABRASCO, 1995.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 80 aos dias atuais. *História, Ciências e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 25-59, 2002.



TORRE, E. ; AMARANTE, P. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. *Ciência e Saúde Coletiva*; v.6, n.1, p. 73-85, 2001.

TORRES, I. M. A. P. Rede de atenção ao uso de drogas em Vitória: avatares históricos. 2002. 79f. (Monografia). Especialização em Dependência Química. Faculdades Integradas São Pedro – FAESA-Campos II, Vitória.

TUNDIS, S. A. e COSTA, N. do R. (Orgs). *Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. Petrópolis: Vozes/ABRASCO, 1987.

UNITED NATIONS OFFICE FOR DRUG CONTROL AND CRIME PREVENTION (UNODCCP). *World Drug Report 2006*. United Nations Publication, 2006.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME (UNODOC). *World Drug Report, 2009*.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME (UNODOC). *World Drug Report, 2010*.

VASCONCELOS, E. M. *Do hospício à comunidade: mudança sim, negligência não*. Belo Horizonte: SEGRAC, 1992.

VIDAL, A. *Psiquiatria*. Editorial Médica Panamericana, 1986.

BUAIZ, V. “Estado não resolve sozinho crise da saúde”. *A Gazeta*, Vitória, p 16, 13 set. 1996.

## **APÊNDICES E ANEXO**

APÊNDICE 1- TERMO DE CONSENTIMENTO INSTITUCIONAL

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

Vitória ES,.....de.....de 2009.

Ao órgão/ Instituição:

Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo (SESA)

Vimos através deste, encaminhar a V. Sa, o nosso projeto de pesquisa intitulado, “POLÍTICA ESTADUAL DE SAÚDE MENTAL E A REDE DE ATENÇÃO DE SAÚDE MENTAL: O CASO ESPÍRITO SANTO- NARRANDO ESTÓRIA E CONSTRUINDO A HISTÓRIA”, para apreciação deste órgão/ instituição, e posterior emissão do Termo de Consentimento Institucional, para realizarmos a coleta de dados a ser realizada através de entrevista junto aos profissionais desta secretária e junto ao acervo documental e bibliográfico deste.

Esclarecemos que o estudo faz parte da nossa dissertação de mestrado, a qual está sendo realizada no Programa de Pós- graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo, sob a orientação da Profª Drª Marluce Miguel de Siqueira.

Ressaltamos ainda, que os dados serão tratados dentro do rigor ético, com fins científicos, sendo resguardado o sigilo das informações e o compartilhamento dos resultados da pesquisa com este órgão/instituição após a sua aprovação.

Instituição de Ensino: Programa de Pós- graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo

Orientador (a): Profª Drª Marluce Miguel de Siqueira

Pesquisador (a): Márcia Peixoto César (mestranda)

Título da pesquisa: “Política Estadual de Saúde Mental e a Rede de Atenção de Saúde Mental: o caso Espírito Santo- narrando estória e construindo a história

Telefones para contato: (27) 9980- 3038 e 3327-6102 (Márcia) e (27) 3335.7492 (Profª Marluce)

APÊNDICE 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO**

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

Estas informações estão sendo fornecidas para a sua participação voluntária no estudo denominado “POLÍTICA ESTADUAL DE SAÚDE MENTAL E A REDE DE ATENÇÃO DE SAÚDE MENTAL: O CASO ESPÍRITO SANTO- NARRANDO ESTÓRIA E CONSTRUINDO A HISTÓRIA”. O Objetivo deste estudo é traçar a trajetória da Política de Saúde Mental do Espírito Santo e a rede de atenção aos portadores de transtorno mental e usuários de álcool e drogas.

Este documento tem como objetivo prestar conhecimento sobre o estudo e formalizar seu consentimento em participar como sujeito. O termo de consentimento é necessário para que se configure a sua participação de livre e espontânea vontade no estudo, tendo direito de interromper livremente a sua participação ou retirar o seu consentimento quando desejar, sem sofrer penalização. A entrevista será realizada de acordo com a sua disponibilidade e será utilizado material de áudio (MP3) para gravação da entrevista se assim, permitir. As informações obtidas têm caráter confidencial, sendo resguardada a sua privacidade e anonimato, uma vez que, não haverá identificação dos participantes e os dados serão analisados em conjunto.

Agradecemos antecipadamente a sua colaboração

---

Márcia Peixoto César (Mestranda em saúde coletiva)

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Marluce Miguel de Siqueira (Orientadora)

Eu, \_\_\_\_\_, estou ciente dos pontos abordados acima e sinto-me esclarecido (a) a respeito do estudo proposto, è por minha livre vontade que aceito participar como sujeito e autorizo a divulgação dos resultados, como dispostos nos termos supracitados.

Vitória, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2009.

APÊNDICE 3 - ROTEIRO DE COLETA DE DADOS

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**  
(Secretários de Saúde)

- 1)Fale-me quando se deu a necessidade de estruturar a atenção aos portadores de transtorno mental (TM), no Estado?
- 2) Fale-me qual a base legal que deu origem e sustentação a Atenção aos Portadores de TM no Estado?
- 3)Pode me dizer como era a atenção aos portadores de TM e usuários de SPAs no Estado, antes de assumir como Secretário de Saúde?
- 4)Pode dizer o que existia no Estado e País sobre a atenção aos portadores de TM e usuários de substâncias psicoativas (SPAs) ,quando assumiu a Secretaria Estadual de Saúde. Havia legislações ou políticas públicas Federais e Estadual?
- 5) Fale-me como foi o processo para a elaboração da Política de Saúde Mental do Estado na sua gestão?
- 6)Conte-me de onde surgiu a demanda para a formulação da Política de Saúde Mental no Estado?
- 7)Como foi o processo da formulação dessa política?
- 8)Quais fatores contribuíram para a formulação da Política de Saúde Mental na sua gestão?
- 9)Quais atores participaram da formulação e modelagem dessa Política?
- 10)Houve articulação com órgãos, secretarias e sociedade para a elaboração dessa Política?
- 11)Acrescentou ou acrescentaria algo a Política Estadual de Saúde Mental para que a mesma se tornasse mais eficiente e efetiva?

12) Sabe informar quais foram as propostas do governo do Estado, na sua gestão, para os desdobramentos da Política de Saúde Mental?

13) Em sua opinião, as propostas formuladas no período da sua gestão atendiam as necessidades dos portadores de transtorno mental e usuários de álcool e outras drogas, familiares e comunidade?

14) Qual foi o seu papel, enquanto gestor, no processo de formulação e implementação da Política de Saúde Mental no Estado?

15) Como estava desenhada e constituída a atenção aos portadores de TM e usuários SPAs no Estado na sua gestão?

16) O que mudou após a formulação da Política Estadual de Saúde Mental na sua gestão?

17) Quais foram (são) os limites e possibilidades dessa Política na sua gestão?

APÊNDICE 4 - ROTEIRO DE COLETA DE DADOS

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**  
(Coordenadores de Saúde Mental )

- 1) Fale-me quando se deu a necessidade de estruturar uma atenção aos portadores de transtorno mental no Estado?
- 2) Fale-me qual a base legal que deu origem e sustentação a atenção aos portadores de transtorno mental no Estado?
- 3) Pode me dizer como era a atenção aos portadores de transtorno mental no Estado na sua gestão?
- 4) Como os serviços estavam organizados para acolher esses usuários, e quais serviços prestavam essa assistência na sua gestão ?
- 5)Pode me dizer em que se baseava a atenção aos portadores de transtorno mental, no Estado?
- 6)A partir desse marco legal ,como foi organizada a atenção aos portadores de transtorno mental no Estado ?
- 7)Quais os fatores que contribuíram para a elaboração de uma atenção integral aos portadores de transtorno mental?
- 8) Quais os fatores que contribuíram para se pensar em uma Política Estadual de Saúde Mental no Estado?
- 9)Como se deu o início da formulação dessa Política Estadual de Saúde Mental?
- 10) Como foi o processo de decisão para formulação dessa política?
- 11) Como foi o processo de formulação dessa política
- 12) De onde surgiu a demanda para sua formulação?

13) Quais os atores sociais que participaram da formulação e modelagem dessa Política na sua gestão?

14) A partir da Política Estadual de Saúde Mental como se organizou a atenção aos portadores de transtorno mental no Estado?

15) Em sua opinião as propostas implementadas por essa política na sua gestão atendeu as necessidades dos usuários, familiares e comunidade?

16) Qual foi o seu papel enquanto gestor, no processo de implementação da Política Estadual de saúde Mental?

17) O que mudou após a formulação dessa Política Estadual de SM no Estado na sua gestão?

18) Quais os limites e possibilidades dessa Política na sua gestão?