

FACULDADE CATÓLICA SALESIANA DO ESPÍRITO SANTO

JAMILLY SILLER LAHASS

**UMA ANÁLISE SOBRE O PLANEJAMENTO E GESTÃO DA POLÍTICA DE
SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA-ES (2010 a 2013)**

VITÓRIA
2014

JAMILLY SILLER LAHASS

**UMA ANÁLISE SOBRE O PLANEJAMENTO E GESTÃO DA POLÍTICA DE
SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA-ES (2010 a 2013)**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo, como requisito obrigatório para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientador: Prof. Ms. Mirian Cátia Vieira Basílio.

VITÓRIA
2014

JAMILLY SILLER LAHASS

**UMA ANÁLISE SOBRE O PLANEJAMENTO E GESTÃO DA POLÍTICA DE
SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA-ES (2010 a 2013)**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo, como requisito obrigatório para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Aprovado em _____ de _____ de _____, por:

Prof. Ms. Mirian Cátia Vieira Basílio, Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo – Orientadora.

Prof. Ms. Camila Valadão, Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo.

Assistente Social Pollyana Pazolini, Área Técnica de Saúde Mental do Município de Vila Velha.

Aos meus pais, Geraldo e Luzia.
Obrigada por encherem a minha vida de amor.

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar a Deus, por ter me concedido força e a esperança que iria conseguir concluir esta etapa em minha vida.

As minhas supervisoras de estágio, Alexsandra e Monique, com quem pude aprender tanto e trocar experiências muito enriquecedoras.

Agradeço a Prof.^a Ms. Mirian Cátia Vieira Basílio, minha orientadora, que com todo seu conhecimento me auxiliou no desenvolvimento deste trabalho. Também agradeço aos professores do curso de Serviço Social, que compartilharam saberes e experiências durante todo processo de formação profissional. E também a todos os funcionários da Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo.

Ao meu pai Geraldo, por sempre me incentivar a estudar, chance que ele não teve. Por financiar meus estudos, pelos valores repassados e por sempre acreditar que se temos um objetivo podemos alcançar, mesmo que demore. Te amo pai!

A minha mãe, por me cuidar tanto e pelo seu amor incondicional. Nos momentos tristes e difíceis sempre havia uma palavra de conforto, obrigada por me acordar nas madrugadas para estudar, isso ajudou muito! (risos).

A minha avó, madrinha, irmão e cunhada. Ao meu padrinho, já falecido, creio que de lá do plano espiritual deve estar orgulhoso de sua 'Jaja'. Todos os meus familiares, amo vocês demais!

A minha amiga Mayara, só nós sabemos o quanto essa caminhada foi difícil e sei que nossa vó Maria está orgulhosa de chegarmos até aqui. Te admiro muito, por ver que mulher linda e forte você é.

A minha amiga Mirela, sempre com um sorriso, nos animando nos momentos de crise. Não perdendo o entusiasmo que tudo iria da certo!

Ao meu amigo Hirlan, que sempre me deu tanto apoio e afeto, obrigado pela sua existência em minha vida!

A minha querida Elba, quantas tardes intermináveis tentando concluir esta pesquisa. Sem você não teria sido tão leve e alegre. Obrigada!

Aos demais amigos/as que encontrei e desencontrei durante esses 4 anos.

As estagiarias do HEAC, por compartilharem angústias e inquietações comigo. Por me levarem a conhecer o Movimento da Luta Antimanicomial e o Fórum Capixaba em Defesa da Saúde Pública, quantas experiências enriquecedoras obtive com vocês!

E por fim, não poderia esquecer todos os camaradas que encontrei na militância da ENESSO e da Reconquistar a UNE. Foram momentos de formular e disputar ideias, com a esperança de superar essa ordem capitalista, esses momentos jamais irei esquecer, fazem parte da minha trajetória de vida.

RESUMO

O objetivo principal deste trabalho é analisar, a partir do Plano Municipal de Saúde de 2010 e dos Relatórios de Gestão de 2010-2013, entre o que foi planejado e a ação, o que foi executado na área de saúde mental, pelo município de Vitória/ES. A metodologia utilizada foi abordagem qualitativa. A coleta de dados foi realizada através de pesquisa documental. Os resultados encontrados apontam que a rede de saúde mental no município é estruturada, no entanto, está ameaçada pelo momento atual do cenário político brasileiro que apresenta o risco de retrocessos para o projeto da reforma psiquiátrica ao alocar recursos da saúde para o projeto privatista neoliberal, pautando investimentos em ações voltadas para a questão das drogas, com ênfase no combate ao crack. A análise desse processo mostra a necessidade de defendermos os princípios e diretrizes do SUS e que os usuários da rede de saúde mental devem ser estimulados a participarem dos espaços de controle social.

Palavras-chave: Saúde mental. Reforma Psiquiátrica. Neoliberal.

ABSTRACT

The main objective of this paper is to analyze, from the Municipal Health Plan 2010 and Management Report 2010-2013, between what was planned and the action, which was performed in the area of mental health, the City of Victoria / ES. The methodology was qualitative approach. Data collection was conducted through desk research. The results show that the network of mental health in the city is structured, however, is threatened by the current moment in Brazilian political scenario that presents the risk of setbacks for the design of psychiatric reform to allocate health resources for privatizing neoliberal project guiding investment actions to the drug issue, with emphasis on combat crack. The analysis of this process shows the need to defend the principles and guidelines of the National Health System, and users of mental health services should be encouraged to participate in areas of social control.

Keywords: Mental Health. Psychiatric Reform. Neoliberal.

LISTA DE SIGLAS

CAPS – Centros de Atenção Psicossocial

CAPs – Caixas de Aposentadoria e Pensão

CNSM – Conferência Nacional de Saúde Mental

DRU - Desvinculação das Receitas da União

EC – Emenda Constitucional

FMI – Fundo Monetário Internacional

HAB – Hospital Adauto Botelho

HEAC – Hospital Estadual de Atenção Clínica

INPS – Instituto de Previdência e Assistência

NAPS – Núcleos de Atenção Psicossociais

PHR - Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar

PNASH - Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

SEMUS – Secretária Municipal de Saúde de Vitória

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

US – Unidade de Saúde

UCP – Unidade de Curta Permanência

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	21
2. REFERENCIAL TEÓRICO.....	25
2.1 BREVE RESGATE HISTÓRICO SOBRE O PROCESSO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA.....	25
2.2 AS POLÍTICAS NEOLIBERAIS E AS IMPLICAÇÕES PARA O FINANCIAMENTO NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL.....	40
2.2.1 Breve contextualização sobre o financiamento para a política de saúde mental no Brasil.....	44
2.2.2 Breve apresentação da política de saúde mental no município de Vitória.....	53
3. METODOLOGIA.....	57
4. RESULTADOS E DISCUSSÕES DA PESQUISA.....	59
4.1 DADOS ENCONTRADOS.....	59
4.1.1 As metas não realizadas nos relatórios de gestão no período de 2010- 2013.....	62
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	69
REFERÊNCIAS.....	73

1. INTRODUÇÃO

Este Trabalho de Conclusão de Curso tem como objetivo analisar a partir do Plano Municipal de Saúde de 2010 e dos Relatórios de Gestão de 2010-2013, entre o que foi planejado e a ação, o que foi executado na área de saúde mental, pelo município de Vitória/ES.

O interesse pela temática surgiu a partir da vivência no estágio curricular obrigatório realizado junto à Unidade de Curta Permanência em Saúde Mental do Hospital Estadual de Atenção Clínica (HEAC), localizado no município de Cariacica/ES, no período de janeiro a julho do ano de 2013.

Neste campo, pude observar que os profissionais se deparam com demandas complexas relacionadas à questão do transtorno mental e da questão do uso abusivo de álcool e outras drogas. Neste espaço, também presenciava, enquanto estagiária da instituição, práticas de tutela e violações de direitos humanos. Esta experiência fez com que me despertasse vários questionamentos acerca do campo da saúde mental, assim, como o interesse para a realização de um estudo sobre o tema.

Vale refletir que a maneira de se pensar a assistência e cuidado a pessoa com transtorno mental foi se modificando ao longo da história e que o movimento da reforma psiquiátrica e da Luta Antimanicomial criou novas relações entre a loucura e a sociedade, o que favoreceu mudanças para o campo da formulação de políticas públicas neste campo (TENORIO, 2002).

A construção de novas formas de atendimento as pessoas com transtorno mental foi se dando a partir do movimento da reforma psiquiátrica brasileira, que teve como foco principal a desconstrução da lógica dos hospitais psiquiátricos como local de tratamento para loucura e a proposição de uma rede de cuidado e atenção substitutiva (CLEMENTE; LAVRADOR; ROMANHOLI, 2013).

Foi durante a década de 1970, com a organização da classe trabalhadora e dos movimentos sociais contra o regime ditatorial no país, que surgiu o Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental (MTSM) e o Movimento da Luta Antimanicomial fazendo denúncias sobre as péssimas condições de trabalho nas instituições psiquiátricas (VASCONCELLOS, 2010).

A lei 10.216 de 2001 (BRASIL, 2001) propõe que as internações nos hospitais psiquiátricos sejam reduzidos e a portaria 336/2002 (BRASIL, 2002), que estabelece os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) sejam um novo serviço, que construa novas formas de cuidado, que não sejam mais centradas em um modelo asilar.

Portanto, a partir das mudanças ocorridas na área “as ações em saúde mental devem acontecer em rede, na lógica da integralidade, em todos os níveis de atenção à saúde, articulando-se com outras políticas sociais” (CLEMENTE; LAVRADOR; ROMANHOLI, 2013, p. 82).

Entretanto, “[...] o processo de desinstitucionalização, expressão da luta e avanços de direitos, inscreve-se na contramão do projeto científico, político e econômico dominante: o neoliberalismo” (OLIVEIRA; GARCIA, 2011, p. 53). Nesse contexto, encontramos nos anos recentes um cenário de crise fiscal do Estado que vai ter consequências para o campo das políticas sociais, principalmente, na área da saúde e saúde mental (VASCONCELOS, 2012).

De acordo com Mota (2008, p. 36) as matrizes do pensamento neoliberal têm como objetivo “reduzir o papel do Estado na área de políticas de proteção social”. Dessa forma, no cenário atual onde o Estado brasileiro vem demonstrando clara adesão a tais matrizes, a desinstitucionalização não é assegurada, pois, não há disponibilidade de financiamento para a implementação e fortalecimento dos serviços substitutivos em saúde mental.

Na atual conjuntura, o crack e o discurso de uma suposta epidemia ganham destaque nas políticas públicas, e, a atenção à dependência química, passa a ser um campo complexo e desafiador, pois, historicamente as ações voltadas para o enfrentamento à questão das drogas são de caráter repressivo, moralista e com viés higienista (VASCONCELOS, 2012).

Nesse sentido,

A política que vem sendo lançada desde 2011 em vários municípios do país [...] tem um claro caráter higienista de limpeza urbana, principalmente nas Cracolândia localizadas nas áreas mais valorizadas ou de circulação turística nestas cidades: prisão de traficantes, recolhimento involuntário temporário, registro e posterior dispersão dos usuários adultos, e recolhimento compulsório de crianças e adolescentes em abrigos da rede de assistência social (VASCONCELOS, 2012, p. 174).

O Estado brasileiro tem priorizado incentivos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS) a grupos privados, através de contratos e convênios, isso reflete como

resultado da prevalência em manter o projeto neoliberal em curso no país. Dessa forma, temos um quadro de desconfiguração e desfinanciamento da Seguridade Social, o que torna os recursos financeiros insuficientes para manter a política de saúde mental (OLIVEIRA; GARCIA [2014]).

Nessa direção, consideramos que o estudo realizado se dá em um momento apropriado, visto que o tema tem um grau de complexidade na contemporaneidade, portanto, estudos como este, que busca compreender o processo da reforma psiquiátrica no Brasil e refletir sobre o atual contexto da política de saúde mental em um cenário local, sendo este o município de Vitória, apresenta-se de grande relevância social e científica.

E ainda, consideramos que este estudo poderá proporcionar novas reflexões assim como a produção de novos conhecimentos, podendo ser uma fonte de consulta aos profissionais da área da saúde.

A partir destas reflexões declaramos que o objetivo geral deste trabalho é analisar, a partir do Plano Municipal de Saúde de 2010 e dos Relatórios de Gestão de 2010-2013, entre o que foi planejado e a ação, o que foi executado na área de saúde mental, pelo município de Vitória/ES; e como objetivos específicos: Identificar as metas estabelecidas para o campo da saúde mental no Plano Municipal de Saúde 2010; Identificar as ações executadas conforme relatórios de gestão referentes aos anos de 2010 a 2013.

Assim, o presente trabalho está configurado da seguinte forma: primeiramente, no referencial teórico, faremos um breve resgate histórico sobre a reforma psiquiátrica brasileira, com objetivo de informar ao leitor sobre como a rede de atenção e cuidado em saúde mental que temos em curso atualmente foi sendo tecida.

Em seguida, apresentaremos uma breve configuração das políticas sociais neoliberais e suas implicações para o financiamento no campo da saúde mental. Esta contextualização torna-se fundamental para compreendermos a redução dos gastos sociais nas políticas públicas no Brasil, atrelada a um cenário mundial de crise econômica.

Na metodologia, apresentaremos o caminho vencido para a realização da pesquisa, onde foi realizada uma pesquisa documental de natureza qualitativa.

Dando continuidade ao desenvolvimento do trabalho apresentamos o capítulo referente aos resultados e discussões da pesquisa, cujo conteúdo se refere à demonstração dos resultados que foram obtidos.

Por fim, desejamos que a leitura do presente trabalho possa contribuir de forma significativa para o desenvolvimento intelectual, bem como despertar o interesse dos leitores para a temática, o que poderá acarretar na realização de novas pesquisas.

2. REFERÊNCIAL TEÓRICO

2.1 BREVE RESGATE HISTÓRICO SOBRE O PROCESSO DA REFORMA PSQUIÁTRICA BRASILEIRA

O parâmetro norteador da política de atendimento à pessoa com transtorno mental na atualidade brasileira se encontra respaldada na lei nº 10.216, em vigência no Brasil desde 2001. Apresentaremos neste primeiro capítulo uma análise histórica, sobre o processo de constituição das instituições asilares como resposta do Estado brasileiro para aprisionar a loucura. Também buscaremos refletir sobre o processo inverso a institucionalização que foi a reforma psiquiátrica brasileira.

O surgimento “[...] de um espaço institucional para aprisionar a loucura está presente no Estado Brasileiro desde o século XIX” (AMARANTE, 2010, p. 69). As instituições psiquiátricas são implementadas no Brasil no século XIX, tendo a inauguração do Hospício Pedro II em 1852, com o suposto propósito de tratamento.

De acordo com Amarante (2005, p. 26): “[...] a realidade vivenciada era grades, chaves, barras, portões, pessoal com escassa preparação técnica [...]”. O manicômio legitimava a exclusão dos sujeitos que não se enquadravam as normas redigidas pela sociedade naquela época, os quais na visão da mesma possuíam hábitos incivilizados e deste modo, estavam reclusos ao convívio social. Diante do exposto, verifica-se que:

[...] a doença mental, em sua própria origem, é a perda da individualidade e da liberdade, no manicômio o doente não encontra outra coisa senão o espaço onde se verá definitivamente perdido, transformado em objeto pela doença e pelo ritmo do internamento. A ausência de qualquer projeto, a perda de um futuro, a condição permanente de estar à mercê dos outros, sem a mínima iniciativa pessoal, com seus dias fracionados e ordenados segundo horários ditados unicamente por exigências organizacionais que justamente enquanto tais não podem levar em conta o indivíduo singular e as circunstâncias de cada um: este é o esquema institucionalizante sobre o qual se articula a vida no asilo (AMARANTE, 2005, p. 25-26).

Ainda sobre este período, o país estava passando pelo processo de urbanização das cidades e a abolição da escravatura. Trouxeram para o cenário brasileiro os desempregados, negros, imigrantes, entre outros. Os hospícios ficaram aglomerados dessas classes populares. Os ideais republicanos da época exigiam ordem e progresso, mas também a cidade limpa da pobreza e da loucura (BAPTISTA, 1999).

No ano de 1923 foi criada no Brasil a Liga de Higiene Mental para aperfeiçoar a assistência aos doentes mentais, que pouco a pouco estendeu seus objetivos para a população dita normal. Esta ofereceu assistência para o tratamento de alcoólatras e a organização de clínicas para tratamento de distúrbios na infância. E ainda, saindo do espaço restrito a loucura a liga ampliou suas intervenções em fábricas, escolas, utilizando práticas de cunho preventivo (BAPTISTA, 1999).

Nesse projeto de promoção a saúde do povo brasileiro, o discurso se pautava em uma melhoria da raça brasileira e a construção de uma identidade nacional, pois acreditava-se que o perigo para a saúde mental dos trabalhadores estava ligado as raças impuras. A teoria eugenista¹ se sustentava na ideia de limpeza social, que consequentemente, fortalecia os hospitais psiquiátricos. (BAPTISTA, 1999).

Os anos de 1930 foram caracterizados pela crise econômica mundial. No Brasil o cenário urbano estava em expansão conforme a nova dinâmica de acumulação, buscando o crescimento do capital industrial. Dessa forma, houve um aumento gradual do operário fabril que trabalhava em situações precárias, buscando melhores condições de vida e trabalho, onde foram surgindo também os movimentos grevistas (BRAVO, 2013).

O Estado precisava conter esses movimentos sindicais e a maneira encontrada foi controlar politicamente e economicamente os trabalhadores, a partir da criação da previdência social que consistia nas Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs), que eram de natureza privada e estavam organizadas nas empresas. O acesso a estas caixas estavam restritos a algumas categorias profissionais, como os marítimos e ferroviários. Durante este período também houve a criação de algumas legislações trabalhistas. Neste contexto, a política de saúde brasileira até os anos de 1960 era centralizada na criação de condições mínimas sanitárias, com foco para população urbana e restrita para a população rural (BRAVO, 2013).

¹ O movimento eugenista, ao procurar “melhor raça”, deveria “sanar” a sociedade de pessoas que apresentassem determinadas enfermidades ou características consideradas “indesejáveis” (tais como doenças mentais ou então os chamados “impulsos criminosos”), promovendo determinadas práticas para acabar com essas características nas gerações futuras [...] Recordamos do nazismo que, em nome de uma pretensa “raça superior” exterminou milhões de pessoas. Países como Estados Unidos e Suíça também adotaram políticas eugenistas em especial na esterilização forçada de pessoas. (MACIEL, 1999, p. 121-123).

Vale ressaltar que, a economia no Brasil a partir da ditadura militar, que se iniciou em 1964, passou a ser conduzida aos interesses do capital monopolista que apontava para um desenvolvimento dependente e associado à integração internacional (NETTO, 2010). Diante do exposto, Montañó e Duriguetto (2011, p. 268) afirmam que:

Os anos do chamado “milagre econômico” (1968-1973) marcaram um período de enorme expansão do capitalismo brasileiro. O Brasil havia escolhido, neste período, implementar uma estratégia de crescimento baseada no endividamento externo, contraído junto ao sistema financeiro privado internacional. A crise do “milagre econômico” expressão particular de um movimento mais geral de recessão do capitalismo internacional, nos primeiros anos da década de 1970, significou, para a classe trabalhadora o aprofundamento do arrocho salarial, do desemprego e do agravamento das condições de vida e trabalho.

Em meio ao contexto do regime militar no país, no ano de 1966 é criado o Instituto de Previdência e Assistência (INPS), onde o Estado passava a administrar a previdência social. Os serviços de saúde oferecidos eram vinculados à contribuição de cada trabalhador a previdência social, ou seja, o trabalhador que contribuísse teria direito a assistência médica. Neste período, a assistência psiquiátrica era prestada principalmente por instituições públicas (os grandes hospitais psiquiátricos) sendo também ofertada pelo setor privado, através do INPS (GONÇALVES, 2008).

Nesta direção “observa-se uma crescente privatização dos hospitais psiquiátricos na medida em que se tornou uma fonte de lucro fácil” (GONÇALVES, p. 23, 2008). Verifica-se que a privatização da assistência médica no subsetor da assistência psiquiátrica é uma das mais vigorosas, e o que acontece, é uma violenta privatização de caráter hospitalizante (AMARANTE, 2013).

A assistência psiquiátrica no século XX continua a ser prestada exclusivamente por estruturas manicomiais (AMARANTE, 2005). Neste contexto, os hospitais psiquiátricos se transformaram em verdadeiros depósitos humanos, podemos citar como exemplo o maior hospício do Brasil, o Hospital Colônia de Barbacena/MG. De acordo com Arbex (2013, p. 25-26):

Desde o início do século XX, a falta de critério médico para as internações era rotina no lugar onde se padronizava tudo, inclusive os diagnósticos. [...] a estimativa é que 70% dos atendidos não sofressem de doença mental. Apenas eram diferentes ou ameaçavam a ordem pública. Por isso, o Hospital Colônia tornou-se destino de desafetos, homossexuais, militantes políticos, mães solteiras, alcoolistas, mendigos, negros, pobres, pessoas sem documentos e todos os tipos de indesejados, inclusive os chamados insanos.

Nesta direção, o saber médico psiquiátrico ao longo dos anos, acaba se transformando em apropriação de um processo de medicalização cotidiana, de normatização da vida, no âmbito de um saber que exclui e tutela (AMARANTE, 2010).

De acordo com Amarante (2013) as movimentações contra o modelo manicomial surgem mais expressamente no final da década de 1970, com o propósito de não apenas criticar o sistema de saúde mental em vigor naquele período, mas também, ir contra a estrutura do saber psiquiátrico e os grandes manicômios.

Para Yasui (2006, p. 22):

A reforma psiquiátrica brasileira é um amplo campo heterogêneo composto por distintas dimensões. É, sobretudo, um processo que traz as marcas de seu tempo. Não é possível compreendê-la sem mencionar suas origens, como movimento social, como uma articulação de atores da sociedade civil que apresentaram suas demandas e necessidades, assumindo seu lugar de interlocutor, exigindo do Estado a concretização de seus direitos. São ações que pressupõem verbalização e afirmação de interesses, disputas, articulações, conflitos, negociações, propostas de novos pactos sociais.

O movimento da reforma psiquiátrica emerge dos trabalhadores da saúde mental que vivenciavam o cotidiano de violência nas instituições, nas palavras de Vasconcelos (2010, p. 23):

A emergência do Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental (MTSM): juntamente com os demais movimentos sociais populares que emergem nesse ano de 1978, o MTSM constitui o resultado de articulações prévias em congressos de psiquiatria e do Movimento da Renovação Médica, mas que ganha corpo com a visita de lideranças mundiais da psiquiatria crítica, principalmente de Franco Basaglia, após a aprovação da Lei 180, que estabelecia o fechamento da porta de entrada dos hospitais psiquiátricos na Itália.

Amarante (2013) aponta também, que no ano de 1978 os médicos que trabalhavam nos manicômios passaram a denunciar as péssimas condições que estavam sendo submetidos os pacientes:

O MTSM denuncia a falta de recursos das unidades, a conseqüente precariedade das condições de trabalho refletida na assistência dispensada à população e seu atrelamento às políticas de saúde mental e trabalhistas nacionais. As amarras de caráter trabalhistas e humanitário dão grande repercussão ao movimento, que consegue manter-se por cerca de oito meses em destaque na grande imprensa. Assim, [...] o MTSM, cujo objetivo é constituir-se em um espaço de luta não institucional, em um *locus* de debate e encaminhamento de propostas de transformação da assistência psiquiátrica (AMARANTE, 2013, p. 52).

A partir destas denúncias tem-se a proposta de mudar a conjuntura que a saúde mental se encontrava, as principais reivindicações do período, conforme Vasconcelos (2010, p. 23), foram:

Denúncias e mobilização pela humanização dos hospitais psiquiátricos tanto públicos quanto privados, alguns dos quais foram identificados como verdadeiros campos de concentração;

Denúncia da indústria da loucura nos hospitais conveniados do então INAMPS;

Denúncias e reivindicações por melhores condições de trabalho nos hospitais psiquiátricos, principalmente no Rio de Janeiro;

Primeiras reivindicações pela expansão de serviços ambulatoriais em saúde mental, apesar de o movimento não ter ainda bem claro como deveria ser organizados tais serviços.

Dessa forma, ocorreu durante tal período, “na realidade brasileira, a expansão dos movimentos sociais no país, que se deu num contexto de profundas transformações” socioeconômicas (MONTAÑO; DURIGUETTO, 2011, p. 267). E neste cenário a luta por um novo modelo de saúde se intensificou.

Conforme Vasconcelos (2010, p. 24-25) os maiores objetivos do MTSM no início dos anos de 1980 foram:

- Não criação de novos leitos em hospitais psiquiátricos especializados, e redução onde possível ou necessário;
- Regionalização das ações em saúde mental, integrando setores internos dos hospitais psiquiátricos ou hospitais específicos com serviços ambulatoriais em áreas geográficas de referência;
- Controle das internações na rede conveniada de hospitais psiquiátricos provados via centralização das emissões de AIH os serviços de emergência do setor público;
- Expansão da rede ambulatorial em saúde, com equipes multiprofissionais de saúde mental, compostos basicamente por psiquiatras, psicólogos e assistentes sociais e, às vezes, também por enfermeiros, terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos;
- Humanização e processos de reinserção social dentro dos asilos estatais, também com equipes multiprofissionais;

Nesta direção, no ano de 1987, foi realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental que traz em seu relatório final um marco para aquele período, ao apontar aos trabalhadores da saúde mental a necessidade de se pensar qual era o seu papel enquanto agente de saúde, no que diz respeito à prática de tutela e exclusão daqueles sujeitos que estavam internados nos manicômios e também buscava-se redirecionar estes trabalhadores para a luta do povo. (YASUI, 2006).

Conforme frisa Tenório (2002 p. 35):

A I Conferência representa, portanto, o fim da trajetória sanitária, de transformar apenas o sistema de saúde, e o início da trajetória de desconstruir no cotidiano das instituições e da sociedade as formas arraigadas de lidar com a loucura. É a chamada desinstitucionalização.

O movimento da reforma psiquiátrica surge para reafirmar que é preciso a construção de uma sociedade democrática e para isso os sujeitos devem ser livres “[...] trata-se de chamar a sociedade para discutir e reconstruir sua relação com o louco e com a loucura”(TENÓRIO, 2002, p. 35).

Nesse momento de transformações, ao invés de tentar curar o “louco”, se abre espaço onde a proposta é de incitar a autonomia, cidadania, desconstruindo a relação de tutela, objetivando a tomada de responsabilidade individual e coletiva que propõe construir uma transformação institucional, para dar início ao processo de desconstruir o manicômio, tanto o físico quanto aquele que há em nossas mentes (YASUI, 2006).

O foco desse debate gira em torno da cidadania da pessoa com transtorno mental e “substituir uma psiquiatria centrada no hospital por uma psiquiatria sustentada em dispositivos diversificados abertos e de natureza comunitária ou ‘territorial’, esta é a tarefa da reforma psiquiátrica”. (TENÓRIO, p. 35, 2002)

É importante registrar que ainda neste período, nos anos de 1980, a área da saúde mental foi marcada por experiências inovadoras, sendo experimentados novos serviços fora do hospital psiquiátrico, sendo relevante destacarmos os principais exemplos: iniciado em 1989, na cidade de Santos/SP, a intervenção na Casa de Saúde Anchieta e a criação dos Núcleos de Atenção Psicossociais (NAPS) também localizados na cidade de Santos/SP² (VASCONCELLOS, 2010).

Verifica-se a partir daí que na medida em que se quebrava a ordem manicomial, foram sendo criadas novas alternativas e novas práticas, nas palavras de Yasui (2006, p.41):

² A década de 1980 assistiu ainda o surgimento de experiências institucionais bem-sucedidas na arquitetura de um novo tipo de cuidados em saúde mental. [...] A experiência santista nasceu da intervenção pública realizada pela nova administração municipal na Casa de Saúde Anchieta. A Anchieta era uma clínica privada conveniada com o Inamps (isto é, contratada e financiada pelo poder público para prestar assistência pública à população) e funcionava há quarenta anos absorvendo praticamente toda demanda de internação asilar na região. A intervenção, motivada pelas denúncias (logo comprovadas) de mortes, superlotação, abandono e maus-tratos, transformou-se em desapropriação por razões de utilidade pública e depois desdobrou-se em ações para extinguir o manicômio na cidade, com a implementação de um Programa de Saúde Mental organizado em torno dos então criados Núcleos de Atenção Psicossocial (Naps). (TENÓRIO, 2002, p. 38).

Esta foi, durante muitos anos, a experiência de maior repercussão, tanto nacional quanto internacionalmente. Pela primeira vez tínhamos em um município a prática concreta de uma organização de serviços e ações de saúde mental efetivamente substitutiva à internação psiquiátrica.

E ainda, no final da década de 1980, com as reivindicações formuladas pelo projeto da reforma psiquiátrica e a luta antimanicomial, a concepção que se tinha sobre a desinstitucionalização foi sendo amadurecida e resultou no projeto de lei apresentada pelo deputado federal Paulo Delgado, no ano de 1989, que propunha a extinção progressiva dos leitos em hospitais psiquiátricos e a substituição por alternativas de serviços assistenciais na área de saúde mental. É válido destacar que este projeto tramitou durante 12 anos no Congresso Nacional e teve sua aprovação somente no ano de 2001 (TENÓRIO, 2002).

Para Amarante (2010, p. 81):

Ao propor a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos a sua substituição por outras modalidades e práticas assistenciais, desencadeia um amplo debate nacional, realmente inédito, quando jamais a psiquiatria esteve tão permanente e conseqüentemente discutida por amplos setores sociais.

No entanto, as disputas políticas no estado de São Paulo, para as eleições municipais no ano de 1996, se converteram em uma grave ameaça ao Programa de Saúde Mental, o campo conservador³ se mostrou vitorioso, como consequência, equipes foram desarticuladas o que acabou retirando um pouco da potencialidade das ações inovadoras que ocorreram naquela região (TENÓRIO, 2002).

Ao analisar o contexto sócio-político brasileiro Yasui (2006, p.44) aponta que:

Ao finalizar os anos oitenta, tínhamos um panorama muito distinto daquele encontrado ao final dos anos setenta. Era um país diferente, com a eleição direta para presidência da República, com uma nova Constituição, com a perspectiva e a esperança da construção de uma nação mais soberana e democrática. No campo da saúde, a mobilização continuava em torno da institucionalização da Reforma Sanitária, especialmente na luta pela aprovação da lei Orgânica da Saúde. No campo da saúde mental, de uma situação em que havia apenas o hospital psiquiátrico, encontramos no raiar dos anos noventa: a exemplaridade de algumas importantes experiências singulares e paradigmáticas, como a do CAPS Luiz Cerqueira, a organização da saúde em Santos e os Centros de Convivência; um movimento organizado nacionalmente, representado pelo Movimento da Luta Antimanicomial; a ampliação da organização de associações de usuários e familiares; o início da mudança na legislação federal e a criação de leis em vários estados e municípios e o início da institucionalização da Reforma Psiquiátrica.

³ Os partidos políticos de orientação conservadora, contrapondo-se a ideias inovadoras, dessa forma mantendo os interesses da ordem capitalista (YASUI, 2006).

Já na década de 1990 é importante considerar, que o Ministério da Saúde instaura duas portarias, 189/91 e 224/92, que acabam refletindo no atendimento das propostas do Movimento da Reforma Psiquiátrica (TENÓRIO, 2002), nas palavras do mesmo autor (2002, p. 41):

Em novembro de 1991, a portaria 189 do Ministério da Saúde instituía o plano nacional, o rol dos 'procedimentos' e dispositivos de atenção em saúde mental custeados por verba pública, a figura dos Núcleos e Centros de Atenção Psicossocial. A importância desse ato está em que, até então, não havia, no arcabouço normativo, a possibilidade de remuneração e incentivos públicos a outras modalidades de assistência que não as tradicionais (internação e ambulatório de consultas). Em janeiro de 1992, a portaria 224 do Ministério da Saúde aperfeiçoou a regulamentação dos CAPS e NAPS e tipificou as unidades fundamentais da rede como um todo.

Nesta direção, nota-se que a proposta de um novo modelo de atendimento em saúde mental estava surgindo, mesmo que a passos gradativos, ao buscar pelo rompimento com as longas internações e a inclusão de novas práticas.

Outras iniciativas que colaboraram com o processo de implementação da Reforma Psiquiátrica brasileira foram as discussões realizadas a nível municipal e estadual, em várias cidades brasileiras que resultaram na II Conferência de Saúde Mental, no ano de 1992, abrindo uma nova etapa na consolidação da reforma psiquiátrica. A II Conferência se transformou em um marco para reforma psiquiátrica, pois, houve uma intensa participação de várias entidades (VASCONCELOS, 2010).

Ainda sobre a II conferência, de acordo com Tenório (2002, p. 45-46):

A intensa participação dos segmentos sociais envolvidos na questão da saúde mental deixa-se ver no fato de que 20% dos delegados da conferência eram representantes dos usuários dos serviços (pacientes) e de seus familiares. O relatório final da conferência foi publicado pelo Ministério da Saúde e adotado como diretriz oficial para a reestruturação da atenção em saúde mental no Brasil. São estabelecidos ali dois marcos conceituais: atenção integral e cidadania.

Este processo representou a esperança em um projeto social novo, englobando os direitos adquiridos pela Constituição Federal promulgada em 1988, como um instrumento para avançar e consolidar a reforma psiquiátrica (GONÇALVES, 2008).

O relatório final da II Conferência de Saúde Mental "reafirma os princípios da universalidade, integralidade, equidade e descentralização, participação popular e municipalização, propondo a substituição do modelo hospitalocêntrico por uma rede de serviços" (YASUI; LUZIO; ROSA, 2001 p.16).

Conforme Tenório (2002, p. 40) “a década de 1990 viu amadurecerem e consolidarem-se os processos que compõem hoje o cenário da reforma psiquiátrica brasileira”. Em linhas gerais, o Movimento da Luta Antimanicomial se tornou um espaço de luta privilegiado para impulsionar as ações e conquistas da reforma psiquiátrica. Ainda na mesma década, aconteceu o I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial com sonhos e ideias que ultrapassavam o caráter teórico e técnico, e que passando a fazer uma intervenção política na sociedade (YASUI, 2006).

Este movimento se articulou com usuários e familiares, afirmando-se ao lado das classes populares, buscando a transformação das concepções sobre a questão da loucura e suas formas de tratamento na defesa do lema: “Por uma sociedade sem manicômios”, este mesmo grupo elegeu o dia 18 de maio como o dia da luta antimanicomial (BARBOSA; COSTA; MORENO, 2012).

É importante situar que, no ano de 2000 foi instituído os serviços residenciais terapêuticos regulamentado pela Portaria n.º 106/2000, do Ministério da Saúde, que é destinado aquelas pessoas que vivenciaram longos anos de internação em instituições psiquiátricas, e que já tinham rompido com os vínculos familiares, dessa maneira, esses usuários iriam residir em uma casa (BRASIL, 2000).

Para Tenório (2002, p. 52),

Trata-se aí de permitir que essas pessoas tenham uma moradia assistida, porém fora do ambiente hospitalar, com arquitetura, espaço físico e mobiliário adequados a uma casa, e que elas sejam acompanhadas em seu processo de reabilitação psicossocial.

Nesta direção, cristalizavam-se no campo da saúde mental instrumentos de recuperação da cidadania e de não mais um confinamento perpétuo dessas pessoas, pois as residências terapêuticas tinham como objetivo proporcionar uma maior autonomia desses sujeitos e a construção de um suporte na rede de saúde mental, que neste período estava se iniciando.

A aprovação da Lei de Saúde Mental, nº 10.216 em abril de 2001, representou uma vitória importante na atenção a pessoa com transtorno mental no país, nascendo em meio às lutas sociais e políticas, buscando romper e esgotar o sistema baseado no manicômio. Este dispositivo tem como principal objetivo assegurar a todos os direitos inerentes à pessoa com transtorno mental, tendo sua finalidade exposta em seu artigo 1º, dos direitos e a proteção das pessoas com transtorno mental (TENÓRIO, 2002).

Ressaltamos o art. 4º,

Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio (BRASIL, 2001).

Salientamos que o inciso acima citado representa uma forma de controle das internações.

Para Zimmer (2011, p. 18):

[...] A Lei dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas em sofrimento mental e redireciona o modelo assistencial em Saúde Mental, tornando-se um marco na história da Saúde Mental brasileira. Entendemos que a culminância dessa Lei favorece uma desordem no que até então estava instituído, naturalizado. É o desarranjo do que estava estável, cômodo, estabelecido em termos não somente de assistência em saúde, da exclusividade de tratamento hospitalocêntrico, da soberania do saber psiquiátrico, da reclusão do “doente mental”, como também a aposta na participação cidadã para o fomento de políticas públicas.

É inegável a importância que esta legislação trouxe para a concepção de um tratamento preferencial em serviços comunitários. Esses serviços foram regulamentados um ano posterior a aprovação da lei 10.216. De acordo com Delgado (2011, p. 470) “o sentido mais profundo da Lei [...] é o cuidado”. Os Centros de Atenção Psicossocial, por exemplo, foram reconhecidos através da portaria de nº 336, do Ministério da Saúde, e estão subdivididos em CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi, CAPS ad (BRASIL, 2002). Os CAPS são importantes instrumentos operacionalizados no território.

Dessa forma, os CAPS se constituem em uma ferramenta para o processo de desinstitucionalização, pois, “[...] a saúde mental operada no território é uma práxis complexa, em oposição a simplificação que faz funcionar um manicômio” (LANCETTI, 2011, p. 52).

Ao referirmos ao território não estamos apenas falando de uma delimitação geográfica:

[...] O território é constituído fundamentalmente pelas pessoas que nele habitam, com seus conflitos, seus interesses, seus amigos, seus vizinhos, sua família, suas instituições, seus cenários (igreja, cultos, escola, trabalho, boteco etc.). É essa noção de território que busca organizar uma rede de atenção às pessoas que sofrem com transtornos mentais e suas famílias, amigos e interessados (BRASIL, 2004, p.11).

O CAPS é um serviço que deve estar articulado com outros dispositivos cujo objetivo é de promover e assegurar uma atenção integral aos direitos das pessoas com

transtorno mental. Os espaços de tratamento e cuidado como: Centro de Atenção Psicossocial, Unidades de Saúde (US), Centros de Convivência, Hospitais-dia, produzem efeitos sobre os sujeitos inscritos em um território onde possuem acesso livre. O território se mostra como um dos principais recursos para a transformação na forma de se lidar com o fenômeno da loucura (LANCETTI, 2011).

Ainda nessa linha da territorialização dos serviços de saúde mental, Tenório (2002, p. 32) afirma que:

Território como algo que demarca a regionalização da assistência, mas que é muito mais do que isso: “o território não é o bairro de domicílio do sujeito, mas o conjunto de referências socioculturais e econômicas que desenham a moldura de seu cotidiano, de seu projeto de vida, de sua inserção no mundo”. A noção de território aponta, assim, para a ideia de territórios subjetivos. Em lugar de psiquiatria comunitária e preventiva, fala-se hoje em atenção psicossocial e território.

A ideia da desinstitucionalização como “desconstrução” do dispositivo psiquiátrico da tutela, exclusão e periculosidade propõe práticas assistenciais que são pensadas e articuladas com as intervenções territoriais (BAPTISTA, 2012).

Em 2001 também ocorreu a III Conferência Nacional de Saúde Mental, vale ressaltar que um dos pontos importantes se deu em seu relatório final:

Garantir que, até 2004, sejam extintos todos os leitos em hospitais psiquiátricos no Brasil, consolidando o projeto de uma “Sociedade sem Manicômios”, com a estruturação de uma rede substitutiva de atenção integral à saúde do usuário de saúde mental e com o desenvolvimento de uma estratégia de ampla discussão sobre a inclusão da loucura na sociedade. Os gestores de saúde municipais, estaduais e federal devem construir uma agenda que viabilize o alcance desta meta. Exigir agilidade no processo de extinção dos hospitais psiquiátricos que consomem, atualmente, 88% dos recursos do SUS destinados para a atenção em saúde mental. (SUS, 2002, p. 24).

Foram várias as propostas pautadas no final do relatório da III CNSM, o que mostrava naquele período um nível alto de formulação e reflexão política da militância antimanicomial e sua mobilização social. O documento também coloca importantes propostas para o financiamento da política de saúde mental, tentando viabilizar e garantir o repasse de recursos no nível federal para a seguridade social e a níveis estaduais e municipais para a rede de saúde mental (SUS, 2002).

No entanto, vale lembrar que o processo de aprovação e implementação da política de saúde mental se dá em um cenário nada favorável para as políticas sociais, com o projeto neoliberal em curso no Brasil.

Diante destas novas regulamentações aprovadas e das movimentações em torno da extinção dos manicômios e a proposição de uma rede de saúde mental, surge um novo cenário político a partir do novo milênio, na conjuntura da América Latina, com governos progressistas e de esquerda, dando esperança a melhores condições de vida a população. No ano de 2002, foi eleito o primeiro ex-operário ao cargo de presidente da República no Brasil o que proporcionou esperanças aos trabalhadores e as diversas organizações políticas e movimentos sociais, porém, foi um governo que serviu a dois senhores: ao capitalismo financeiro e na viabilização de algumas iniciativas de políticas sociais focalizadas, aos mais pobres (MARQUES; MENDES, 2007).

No entanto, neste cenário de contradições e disputas políticas, a coordenação nacional de saúde mental, se mostrou engajada para potencializar as ações no campo da política de saúde mental, principalmente, no que diz respeito à desospitalização. Vale destacar que no ano de 2003, o programa De Volta para Casa, regulamentado pela Portaria nº 2.077/GM, consistiu uma importante conquista para a reforma psiquiátrica, repassando o pagamento no valor de um salário mínimo, para a pessoa com transtorno mental, que passou por um longo processo de internação, com 02 anos ou mais ininterrupto (BORGES; BAPTISTA, 2008).

De acordo com as mesmas autoras, “a aprovação da Lei nº 10.216/01 e a III CNSM foram decisivas para desengavetar dessa proposta. Não se trata de um dispositivo assistencial propriamente dito, mas, de um dispositivo que vem fortalecer os demais recursos do modelo assistencial” (BORGES; BAPTISTA, p. 463-464).

No entanto, ao fazermos uma análise da gestão petista na presidência da república, podemos observar que a seguridade social no país tem sofrido com os cortes em seu financiamento e dessa forma “(...) o SUS universal encontra-se na contramão dos ditames do Fundo Monetário Internacional (FMI), que exige corte nos gastos e superávit primário elevado” (MARQUES; MENDES, 2005, p. 45).

De acordo com Vasconcelos (2010), um campo conservador da psiquiatria retoma sua organização na militância e começa a promover uma campanha anti-reforma psiquiátrica, com vinculação na mídia e até nos conselhos de saúde, tendo como objetivo se colocar à disposição como uma alternativa a assumir a coordenação nacional de saúde mental nas próximas eleições, que ocorreriam no ano de 2010.

Nesse contexto, o que se coloca em xeque são os resultados do processo da reforma psiquiátrica, ou seja, a rede de serviços e sua capacidade de atendimento. Assim, estes grupos tentam repassar para os grandes veículos de comunicação nacional a partir de denúncias sobre a desassistência e a baixa qualidade dos serviços no campo da saúde mental, e questionam o porquê fechar os leitos psiquiátricos já que a rede de serviços não estaria dando conta de atender a demanda, principalmente, da população usuária de álcool, crack e outras drogas (VASCONCELOS, 2010).

No ano de 2010, ocorreu a IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial, que se deu em um momento peculiar, um momento de disputa para as eleições presidenciais. O que tornou essa conferência diferente das outras foi a discussão da intersetorialidade, e o que ela poderia proporcionar e potencializar na reforma psiquiátrica em curso (VASCONCELOS, 2010).

De acordo com Vasconcelos (2010) o movimento dos usuários e familiares e o movimento da luta antimanicomial tiveram um importante papel para a mobilização da IV Conferência Nacional de Saúde Mental, formulando documentos e encaminhando reivindicações ao governo. Em 2009, o autor destaca as principais iniciativas que esses grupos e atores sociais convocaram: a) Marcha dos usuários, convocada originalmente pela Renila (tendência interna do Movimento da Luta Antimanicomial) que ocorreu em Brasília no mês de setembro de 2009, foi o principal evento político daquele ano para o movimento antimanicomial, b) a realização do VII Encontro Nacional dos Usuários e Familiares do MNLA em São Paulo e c) o IX Encontro do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial.

Nesta direção, “a articulação intersetorial busca garantir maior efetividade das ações públicas, ao reconhecer a complexidade e multidimensionalidade dos problemas e dos caminhos para se atingir a integralidade do cuidado” (VASCONCELOS, p. 28, 2010). A integralidade pode assegurar aos usuários o acesso aos demais serviços da rede socioassistencial de acordo com a demanda apresentada.

Para Gonçalves (2008, p. 45):

Na saúde mental, essa postura de integralidade, vem a cada dia tomando mais força, uma vez que, as novas propostas de intervenção na área dizem respeito à quebra do modelo manicomial (hospitalocêntrico) e se aparando conforme o sistema de saúde, levando em consideração contexto social e familiar do indivíduo e seguindo a hierarquização dos serviços de saúde.

Neste momento, no cenário brasileiro corria a ideia de que havia uma epidemia do crack, ganhando uma alta visibilidade na mídia, que estava propagando notícias sobre a população usuária da droga, mostrando nos grandes centros urbanos a periculosidade das cracolândias e os efeitos que a droga crack causa, com apelações dramáticas (VASCONCELOS, 2012).

De acordo com Vasconcelos (2012), a mídia vinculada com o campo conservador da psiquiatria brasileira, possui o intento de retornar com os serviços de internação prolongados, pois este recurso garante lucro. Dessa forma, o apelo da população por acabar com essa suposta disseminação epidêmica do crack, vai se refletir no Congresso Nacional e no sistema judiciário brasileiro, por conseguinte, algumas aprovações de portarias que irão destinar financiamento para convênios do SUS, com clínicas psiquiátricas particulares e comunidades terapêuticas.

Nesta direção, no ano de 2011 foi lançado o decreto 7.637 de 2011, que cria o Programa “Crack é Possível Vencer”, buscando ofertar serviços que possam atender a demandas para tratamento dos usuários de crack e o combate ao tráfico de drogas (BRASIL, 2011a). O programa terá até o final do ano de 2014 o investimento total de 4 bilhões reais (BRASIL, 2012).

Deste modo, a rede de atenção à saúde mental vem sendo tecida e dentro deste contexto de lutas e múltiplos interesses políticos, no ano 2011 também temos a criação da portaria nº 3.088, que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (BRASIL, 2011b) e “a saúde mental passa a contar com uma rede diversificada e hierarquizada de serviços, mesmo sendo insuficientes para a demanda existente” (GONÇALVES, 2008, p. 16).

A RAPS traz um conjunto de dispositivos para o atendimento na rede de atenção psicossocial, prevendo atendimento na rede básica de saúde, ou seja, nas unidades de saúde. Centros de atenção psicossocial visam as iniciativas de trabalho e renda, leitos psiquiátricos em hospitais gerais, entre vários outros serviços e também, descreve os critérios de implementação e regulação dos mesmos (BRASIL, 2011b).

No ano de 2012, foi lançada a portaria nº 121 que institui como componente da rede de atenção psicossocial as Unidades de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Dentro desta

modalidade de serviço se encontram as comunidades terapêuticas (BRASIL, 2012a). No mesmo ano a portaria nº 131 é instituída e prevê incentivo financeiro de custeio destinados aos Estados, aos Municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial (BRASIL, 2012b).

Amarante (2010) analisa que a rede serviços em saúde mental no país se demonstra ser insatisfatória, isso decorre de fatores históricos e econômicos. Apesar dos avanços que obtivemos com a Constituição de 1988 e as legislações no campo da saúde mental, ainda encontra-se obstáculos para a garantia da efetivação de direitos que acabam sendo usurpados pelo capitalismo neoliberal.

Dessa forma, podemos analisar que a rede de atenção a saúde mental foi sendo construída em um cenário de tensionamentos políticos e econômicos, não bastando apenas racionalizar e modernizar os serviços, sendo necessário fazer a reflexão de que o Estado que gerencia tais serviços é o mesmo que sustenta os mecanismos de exploração e da produção social da loucura, portanto é importante estabelecer o compromisso com a luta antimanicomial, impondo uma aliança com a luta da classe que vive do trabalho (AMARANTE, 2010).

Desta maneira, presenciamos cada vez mais a retração por parte do Estado no que diz respeito aos gastos com políticas sociais, como analisa lamamoto (2011, p. 36):

As “repercussões da proposta neoliberal no campo das políticas sociais são nítidas, tornando-se cada vez mais focalizadas, mais descentralizadas, mais privatizadas”. Presencia-se a desorganização e destruição dos serviços sociais públicos, em consequência do “enxugamento do Estado” em suas responsabilidades sociais. A preconizada redução do Estado é unidirecional: incide sobre a esfera de prestação de serviços sociais públicos que materializam direitos sociais os cidadãos, de interesse da coletividade.

O rebatimento deste processo se refletirá no investimento da política de saúde mental que sofrerá com o sucateamento da rede de atenção psicossocial, que dessa forma não se consolida e resulta na precarização da prestação de cuidados as pessoas com transtorno mental. A política de saúde enfrenta problemas no que diz respeito ao financiamento público desde o início do SUS (SALVADOR, 2012).

O padrão econômico mundial não permite que cada país sustente de forma mais autônoma os investimento nas políticas sociais, sendo outro fator causador a crescente crise fiscal o endividamento externo do Brasil (VASCONCELOS, 2012).

Nesta direção:

As enormes dificuldades que temos enfrentado na luta pela reforma psiquiátrica e pela reforma sanitária no Brasil significam na verdade um desafio com dimensões muito mais amplas: o processo de universalização das políticas sociais em um contexto periférico ou semiperiférico, como no Brasil, vem se dando em plena crise das políticas de bem-estar social no plano mundial, ou seja, sob a hegemonia e expansão de um longo ciclo histórico de políticas neoliberais, com desemprego estrutural, precarização das políticas públicas e de induzir a desassistência. (LIMA apud VASCONCELOS, 2010, p. 22).

Verifica-se que o Estado brasileiro está alocando os recursos públicos no setor privado, em comunidades terapêuticas, instituições privadas, que vem se multiplicando e que geralmente estão organizadas por setores evangélicos. Na maioria das vezes, essas instituições não passam por uma vigilância por parte do Estado, podendo haver violações de direitos humanos nas mesmas (VASCONCELOS, 2010).

De acordo com Vasconcelos (2010, p. 82):

[...] o subfinanciamento da saúde, que, apesar do aumento da alocação do fundo público nos últimos anos, convive com serviços com problemas relevantes, como o de recursos humanos insuficientes. Assim, o fortalecimento da saúde mental, e no seu interior, o da assistência ao usuário indevido de álcool e outras drogas, requer dos seus agentes – gestores, trabalhadores, usuários, familiares e comunidade uma articulação com as lutas gerais por uma saúde pública universal e de qualidade no país.

Na atual conjuntura Vasconcelos (2012) afirma que o sistema de saúde brasileiro possui problemas estruturais de financiamento e as mudanças ocorridas com a crise econômica e a mundialização do capital trouxeram impactos para saúde mental e enormes dificuldades para a consolidação da rede de atenção.

2.2 AS POLÍTICAS NEOLIBERAIS E AS IMPLICAÇÕES PARA O FINANCIAMENTO NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL

Iniciaremos, neste segundo item, com o debate sobre o financiamento público para área de saúde mental, e que, neste caso tomaremos como base o cenário vigente no mundo a partir da década de 1970.

A década de 1970 do século XX é acompanhada crise do sistema capitalista e, por conseguinte, a implementação do projeto neoliberal que trouxe consequências para a implementação das políticas sociais no Brasil (VASCONCELOS, 2012).

A partir desse processo, o sistema capitalista⁴ passou por transformações que resultaram em inúmeras consequências para a classe que vive do trabalho, como buscar uma maior qualificação profissional. Segundo Teixeira e Oliveira (1998) diante da desintegração do ideário socialista no leste europeu e a vigência do imperialismo americano, momento em que o modo de produção capitalista estava enfrentando o esgotamento do modelo fordista, foram condicionantes para a implementação de novos modelos de produção.

A adoção de novos modelos de produção ocorre conforme Antunes (1999, p. 23):

Como respostas do capital à crise dos anos 70, intensificaram-se as transformações no próprio processo produtivo, através do avanço tecnológico, da constituição das formas de acumulação flexível e dos modelos alternativos ao taylorismo/fordismo, onde se destaca, para o capital, especialmente o toyotismo. Estas transformações, decorrentes, por um lado, da própria concorrência intercapitalista e, por outro, da necessidade de controlar o movimento operário e a luta de classes, acabaram por afetar fortemente a classe trabalhadora e seu movimento operário.

O mesmo autor aponta que o modelo de produção adotado até a crise eclodir em meados de 1970 era o taylorismo/fordismo que se baseava na produção em massa combinado ao consumo de massa, controle do tempo de trabalho, cada trabalhador tinha uma função na linha de montagem (ANTUNES, 2011) Dessa forma, “compreendemos o fordismo como o processo de trabalho que, junto com o taylorismo, predominou na grande indústria capitalista deste século”(ANTUNES, 2011, p.25).

No entanto, este modelo de produção padronizado estava cedendo lugar ao modelo de acumulação flexível, visando à produção de bens personalizados e seguindo o gosto de cada consumidor (TEIXEIRA; OLIVEIRA, 1998).

Nesta direção, Antunes (2011, p. 32-33) aponta que:

Seus traços constitutivos básicos podem ser assim resumidos: ao contrário do fordismo, a produção sob o toyotismo é voltada e conduzida diretamente pela demanda. A produção é variada, diversificada e pronta para suprir o consumo. É este quem determina o que será produzido, e não o contrário, como se procede na produção em série e de massa do fordismo.

⁴ No sistema capitalista aqueles que possuem os meios de produção são os detentores da maior parte da riqueza socialmente produzida, o capitalismo incorpora os avanços tecnológicos e científicos e isto acaba gerando as desigualdades sociais expressas na forma de violência social, fome, miséria, etc., entendemos que esse processo ocorre de forma contraditória e com isto se cria condições para que esse modo de produção venha a sofrer com crises estruturais (SANTOS, 2012).

Diante da necessidade de superar o modelo fordista e dar respostas para a crise, iniciou-se a partir deste período a implementação da reestruturação produtiva, com isso, teve início o processo de flexibilização com as terceirizações, os contratos temporários e as múltiplas formas de trabalho informal e precarização do trabalho, conseqüentemente, causando a desmobilização da luta operaria e tendo sindicatos verticalizados, com novas formas de atuação (ANTUNES, 2011).

Essas mudanças acarretaram em significativas transformações no mundo do trabalho, conforme afirma Pastorini (2010, p. 39):

As transformações nos métodos de produção ocorrem simultaneamente a uma série de mudanças, na criação de novas formas de trabalho, na contratação de mão de obra, nos níveis de desemprego, na organização dos trabalhadores, nas negociações coletivas, nos níveis de pobreza e crescimento das desigualdades sociais, retraimento dos direitos sociais, desregulamentação das condições de trabalho, entre outras.

Diante deste cenário, o modelo industrial passou para uma economia globalizada e uma indústria que usa cada vez mais e se apropria dos avanços no campo da tecnologia, ocorrendo a substituição do trabalho vivo pelo morto, ou seja, o trabalho manual para o trabalho informatizado que trouxe conseqüências para a classe trabalhadora como o desemprego, é cada vez maior entre os países (PASTORINI, 2010).

Ainda neste período, o sindicalismo passou a ser o alvo de combate dos grandes capitalistas e este processo tem como resultado a desmobilização dos trabalhadores. O declínio da organização dos trabalhadores decorreu em grande medida pela desintegração do bloco socialista no Leste Europeu, que teve como conseqüência a falência do socialismo. Este processo ocasionou no desmonte dos sindicatos, contribuindo para o processo de individualização das lutas dos trabalhadores, acarretando no processo de heterogenização da classe que vive do trabalho (ANTUNES, 1999).

A partir dessas mudanças, a ideologia neoliberal passou a ditar os programas a serem implementados pelos países capitalistas e, as novas ações políticas inspiradas nesse ideário buscam flexibilizar as estratégias de produção e também, das relações de trabalho. Tem-se ainda, o enxugamento dos direitos e deveres do Estado no que tange as suas ações no campo social, estando este processo acompanhado pela desmontagem dos direitos sociais dos trabalhadores e também, a propagação do individualismo (ANTUNES, 2011).

De acordo com Antunes (1999, p. 22):

O neoliberalismo passou a ditar o ideário e o programa a serem implementados pelos países capitalistas, inicialmente no centro e logo depois nos países subordinados, contemplando reestruturação produtiva, privatização acelerada, enxugamento do estado, políticas fiscais e monetárias, sintonizadas com os organismos mundiais de hegemonia do capital como o Fundo Monetário Internacional.

Neste cenário, a crise econômica é ainda mais grave para os países periféricos como o Brasil. As condições sociohistóricas criaram obstáculos estruturais para o processo constituição de políticas sociais universais no país. As décadas de 1960 e 1970 e no início dos anos de 1980, foram marcadas pelo regime da ditadura militar o que acarretou a crise fiscal do Estado. Com isso, as lutas pela retomada da democracia, advindas dos setores populares fizeram emergir condições políticas para construção de um arcabouço jurídico para a construção de propostas no âmbito das políticas sociais que resultaram na Constituição Federal de 1988 (VASCONCELOS, 2012).

Nesta direção, conforme Vasconcelos (2012, p. 158):

[...] De forma gradual, foram sendo implementados legislação, políticas e programas voltados para os interesses populares: o Sistema Único de Saúde (SUS), a partir do movimento sanitário; [...] a reforma psiquiátrica, sustentada pelo movimento antimanicomial; bem como outros movimentos ligados à vigilância sanitária, [...] Entretanto, também no Brasil, esta implementação, nas décadas de 1990 e 2000, vem encontrando todos os obstáculos impostos pela conjuntura neoliberal e particularmente pelas forças políticas que vem governando o país.

No entanto, a partir dos anos de 1990, com a entrada do presidente do país Fernando Collor de Mello, verifica-se a adesão e início da implementação das políticas sociais de cunho neoliberal, fortalecidas com o governo posterior do candidato Fernando Henrique Cardoso. Neste período, verificamos que ocorreram transformações na indústria, abarcando as transformações produtivas nas importantes empresas capitalistas com a difusão de novos padrões tecnológicos e organizacionais (TEIXEIRA; OLIVEIRA, 1998).

Conforme aponta Alves apud Teixeira e Oliveira (1998, p.131) O “ajuste neoliberal” é posto como estratégia da saída da crise do Estado e do capitalismo no Brasil, após o que se convencionou chamar de “década perdida”.

Os resultados recessivos da nova orientação neoliberal fizeram com que as empresas brasileiras estivessem expostas a concorrência internacional e foi a partir

daí, que o Brasil passou a se integrar à nova ordem capitalista mundial (ALVES apud TEIXEIRA; OLIVEIRA, 1998).

Conforme Yamamoto (2011, p. 149):

Vale reiterar que o projeto neoliberal subordina os direitos sociais à lógica orçamentária, a política social à política econômica, em especial às dotações orçamentárias. Observa-se uma inversão e uma subversão: ao invés do direito constitucional impor e orientar a distribuição das verbas orçamentárias, o dever legal passa a ser submetido à disponibilidade de recursos. São as definições orçamentárias – vistas como um dado não passível de questionamento – que se tornam parâmetros para a implementação dos direitos sociais implicados na seguridade, justificando as prioridades governamentais.

As mudanças trazidas pelo neoliberalismo acarretam para as políticas sociais uma perspectiva focalista, passando a serem voltadas para os programas de transferência de renda, surgindo assim as privatizações, a criação do terceiro setor, voluntarismo e ações solidárias, religiosas e de caridade. A política social passa a ser restrita, seletiva e focalizada em um público alvo, sendo uma expressão da perspectiva neoliberal que tenta amortecer os impactos da crise do capital (BEHING; BOSCHETTI, 2011).

Diante da conjuntura atual em que o Estado corta os gastos públicos destinados para as políticas sociais, juntamente com a precarização do trabalho e com o desemprego, que toma uma dimensão estrutural e esses fatores irão refletir no ponto de vista psicossocial da classe trabalhadora e conforme aponta (VASCONCELOS, 2012, p. 160) irá induzir ao:

Desamparo e depressão, particularmente após vários meses de ausência e buscas infrutíferas de trabalho;

Desarticulação da perspectiva de futuro através da dedicação ao trabalho e à carreira pessoal, e da esperança dos filhos terem uma vida melhor por meio do investimento de longo prazo na educação e formação para o trabalho.

As políticas sociais de cunho neoliberal vêm caracterizando um novo cenário no Brasil, neste sentido afetando aos pobres, trazendo condições de vida precárias e implicações tanto no social como psicossociais.

2.2.1 Breve contextualização sobre o financiamento para política de saúde mental no Brasil

Assistimos neste cenário o corte nos gastos na área social, em particular no setor da saúde pública, campo de interesse maior neste trabalho.

A partir do ano de 2001, com a realização da III Conferência de Saúde Mental já mencionada, foram pactuados princípios, estratégias e diretrizes para a mudança na atenção em saúde mental no país e em particular no que diz respeito ao financiamento (CRUZ, 2013). O relatório final propõe que “o financiamento deve contemplar todas as ações necessárias e decorrentes da implantação, implementação e sustentação de uma nova política de saúde mental” (SUS, 2002, p. 84).

Entretanto, esse ideário neoliberal ainda em curso no país visa várias estratégias de “reformas” no Estado, ou seja, a proposta é o corte nos gastos sociais e dessa forma, há reflexos no sistema de proteção social, na previdência e na saúde pública. Essa reforma do Estado tem ênfase no setor da seguridade social⁵, que contém uma enorme capacidade de acúmulo de capital e de seguros privados e, portanto, sendo apontado pelo modelo neoliberal como um setor que pode vir a ser privatizado e neste sentido, desprezando as conquistas advindas da Constituição Federal de 1988 (SALVADOR, 2010).

Nesta direção Salvador (2010, p. 33) aponta que:

Apesar da crise econômica nos anos 1980, novas e profundas mudanças ocorreram no âmbito das políticas sociais e dos direitos trabalhistas. As reivindicações e pressões organizadas pelos trabalhadores na década de 1980, em período de redemocratização no país, provocam a incorporação, pela Constituição Federal, de muitas demandas sociais de expansão dos direitos sociais e políticos. Um dos maiores avanços dessa Constituição Federal, em termos de política social, foi à adoção do conceito de seguridade social, englobando em um mesmo sistema políticas de saúde, previdência e assistência social.

Contudo, a seguridade social do Brasil possui um caráter regressivo no que se refere sobre ao financiamento, onde seus recursos são provenientes dos trabalhadores e da folha de pagamento do salário pelo empregador, do orçamento da União, os Estados e o Distrito Federal e dessa forma, acaba enfraquecendo o conceito de seguridade social em sua totalidade e restringe a possibilidade de reduzir as desigualdades sociais. Isto aponta que o fundo público da forma como está configurado no cenário brasileiro, apresenta uma distribuição desigual dos

⁵ A seguridade social surge através de atores sociais como as lutas populares e o movimento pela reforma sanitária no Brasil e se reflete incorporada na Constituição Federal de 1988 e almejava uma reorganização ampla sobre bases mais igualitárias das políticas de saúde, previdência e assistência social (BRAVO, 2013).

recursos e ocorre a alocação desses recursos para o orçamento fiscal. (SALVADOR, 2010).

Verifica-se que, a economia brasileira seguiu os ditames da ordem mundial e diante da crise internacional e das medidas adotadas pelo imperialismo americano optou por gerar superávits comerciais, com fortes incentivos e subsídios ao grande capital exportador. Os governos aplicam o recurso do fundo público para socorrer os bancos, pagar a dívida externa e priorizar as metas do superávit primário⁶ (OLIVEIRA; GARCIA, [2014]).

Nesse sentido, apesar da Carta Magna brasileira determinar em seu art. 165 a criação de um orçamento que seja destinado à seguridade social, que seria a criação de um fundo público para canalizar recursos para as políticas de saúde, previdência e assistência social, sendo distintas as demais políticas governamentais. Desde o governo Collor, não há uma garantia sobre o direito constitucional. Na realidade acontece o contrário, os recursos arrecadados são utilizados para área fiscal, visando garantir a amortização da dívida externa e os juros provenientes da mesma (SALVADOR, 2010).

Dessa forma:

A perspectiva de um fundo da seguridade social, com financiamento tripartite e redistributivo, destinado a financiar as três políticas da seguridade social jamais foram efetivadas, minando uma das bases necessárias à efetivação da concepção de seguridade social' (BOSCHETTI, 2002, p. 19-20).

Verifica-se que, a estratégia utilizada pelo Estado para cortar os gastos sociais é a justificativa que estamos passando por uma crise fiscal, porém, o objetivo principal destes cortes é redirecionar os recursos do fundo público para atender as demandas do capital. O fundo público é constituído por arrecadações provenientes da classe que vive do trabalho através de impostos, a contribuição paga e também pelos tributos cobrados encima dos grandes capitalistas. No entanto, a arrecadação cobrada da classe trabalhadora é muito maior do que a dos grandes capitalistas, não

⁶ De acordo com o IPEA, o superávit primário acontece quando as arrecadações financeiras do governo federal são maiores do que seus gastos. Para mais informações: http://www.ipea.gov.br/desafios/index.php?option=com_content&view=article&id=2065:catid=28&Itemid=23.

sendo de uma forma igualitária e o que ocasiona de termos uma distribuição de renda e riqueza irregular (OLIVEIRA; GARCIA, [2014]).

Nesta direção, os mercados financeiros passam a disputar cada vez mais recursos do fundo público e conforme Behring e Boschetti (2011, p. 174):

O fundo público reflete as disputas existentes na sociedade de classes em que a mobilização dos trabalhadores busca garantir o uso da verba pública para o financiamento das suas necessidades, expressas em políticas públicas. Já o capital, com sua força hegemônica, consegue assegurar a participação do Estado em sua reprodução por meio de políticas de subsídios econômicos, de participação no mercado financeiro, com destaque para a rolagem da dívida pública.

Os recursos fiscais do estado brasileiro, historicamente, foram utilizados para subsidiar a acumulação do capital e os recursos contributivos da folha de pagamento dos trabalhadores eram utilizados para financiar o social. Estes recursos deveriam ser direcionados aos gastos da seguridade social (assistência social, saúde e previdência), mas foram direcionados para o orçamento fiscal em meio a uma estratégia, do governo federal criar a chamada Desvinculação das Receitas da União (DRU), que canaliza o orçamento fiscal dos recursos gerados pela seguridade social para o pagamento dos juros da dívida pública, também ocorre a apropriação indevida dos gastos inativos do Ministério da Saúde (OLIVEIRA; GARCIA, [2014]).

Neste sentido, o governo mostra que a sua prioridade é a política macroeconômica, o que vem dificultando as condições do financiamento do Sistema Único de Saúde e conforme Marques e Mendes (2009, p. 842):

A prioridade dada ao capital financeiro não só inviabiliza um crescimento econômico, como a garantia de um financiamento para as áreas sociais, principalmente da saúde pública brasileira. É da compreensão de que a dominação financeira no Brasil sustenta a permanência de uma política econômica que subordina o social no país. A adoção de políticas macroeconômicas restritivas, isto é, de cumprimento às metas de inflação e de ajuste das contas externas, exige sempre superávits primários fiscais altos e tentativas de redução dos gastos públicos sociais.

Conforme apontado por Marques e Mendes (2009) é neste contexto que se agravam a questão social e voltam a crescer os problemas operacionais do Sistema Único de Saúde. A política de saúde no país é universal, portanto, todos os sujeitos tem direito a acessar os serviços, todavia, notamos que o financiamento que vem destinado para essa área dificulta a efetivação da diretriz da universalidade.

Mediante tal abordagem as autoras Behring e Boschetti (2011, p. 157) apontam que “O princípio da universalidade da cobertura proposto não tem a pretensão de

garantir direitos iguais a todos os cidadãos, mas assegura a política de saúde como direito universal”.

Assim, cabe considerar que:

Por um lado, destaca-se o “princípio da construção da universalidade”, que afirma o direito de cidadania às ações e os serviços de saúde, viabilizando o acesso de todos, por meio da defesa permanente de recursos financeiros seguros. De outro lado, identifica-se o princípio da “contenção de gastos”, uma reação defensiva que se articula em torno da defesa da racionalidade econômica, na qual a diminuição das despesas públicas é o instrumento-chave para combater o déficit público, propiciado por uma política fiscal contracionista, e a manutenção de alto superávit primário em todas as esferas de atuação estatal (MARQUES; MENDES, 2009, p. 845).

Diante disso, Behring e Boschetti (2011, p. 168) apontam que “[...] um dos grandes vilões do Orçamento da Seguridade Social e das contas públicas em geral, no contexto do duro ajuste fiscal brasileiro, é o mecanismo do superávit primário instituído após o acordo com o FMI, em 1998”.

Vale ressaltar também que, juntamente com o sucateamento da saúde pública houve uma perda para o sistema universal e como consequência, a mercantilização da saúde sob a perspectiva dos seguros, ofertando a saúde por meio dos hospitais privados e dos planos de saúde (BEHRING, 2003).

Diante dessa conjuntura, Behring (2003, p. 268) faz a seguinte colocação:

A privatização induzida nesta política, por meio do estímulo aos planos de saúde e aos convênios, tende a torná-la um problema de direito do consumidor e não um problema de direito social para parcela significativa dos brasileiros.

Assistimos, deste então, que esse padrão econômico mundial se agrava mais nos países periféricos como o Brasil. Segundo Behring (2003) a alocação de recursos para o financiamento da seguridade social tem a tendência de ser pró-cíclico e regressivo, ou seja, permite apenas que existem mecanismos compensatórios mínimos. Dessa forma, o campo político conservador tende a difundir que é preciso reduzir o papel do Estado na área social e coloca o fundo público como elemento estrutural do capitalismo contemporâneo. Com isto Bisneto (2007, p. 47) afirma que:

A crise do Estado e das políticas sociais exerce influência sobre a sociedade, as organizações institucionais e as práticas cotidianas. Calçado no projeto neoliberal, o planejamento econômico faz contenção de gastos na área da saúde pública pela racionalização dos serviços, implicando a diminuição da oferta do atendimento, a passagem da responsabilidade para o setor privado que objetiva principalmente o lucro, a descentralização da saúde com isenção de compromisso e atendimento às camadas pauperizadas, através de serviços mínimos e assistência apenas básica, essencial.

No que se refere as propostas legislativas sobre a arrecadação maior para investimentos no Sistema Único de Saúde, após 11 anos de tramitação, foi aprovada a Emenda Constitucional 29, que propunha que os entes federados repassassem 10% dos impostos arrecadados para a política de saúde (OLIVEIRA; GARCIA, 2014). Para que se possa entender, Marques e Mendes (2009, p. 847) apontam que a EC 29 consiste em:

A EC 29 estabeleceu que estados e municípios devem alocar, no primeiro ano, pelo menos, 7% dessas receitas, sendo que esse percentual deve crescer anualmente até atingir, para os estados, 12%, no mínimo, em 2004 e, para os municípios, 15% no mínimo. Em relação à união, a EC 29 determina que, para o primeiro ano, deveria ser aplicado o aporte de pelo menos 5% em relação ao orçamento empenhado do período anterior; para os seguintes, o valor apurado no ano anterior é corrigido pela variação do PIB nominal. Para a União, a EC 29 não explicita a origem dos recursos e em relação à Seguridade Social foi omissa, como se não houvesse disputas de recursos.

A EC 29 foi aprovada por meio da lei complementar de nº 141 em janeiro de 2012, no entanto, sua aplicação não foi priorizada pelo governo federal, somente os municípios cumpriram a lei desde sua promulgação, porém incluíram como despesas da saúde pagamentos com inativos e saneamento básico (OLIVEIRA; GARCIA, [2014]).

Vale ressaltar que, o Ministério da Saúde é o regulador da organização do sistema de saúde, definindo através de normatizações como se dará a alocação dos recursos, no que será investido e de que forma, assim como os tipos de assistência que serão ofertados. Também, faz o repasse aos estados e municípios que estão interessados nas transferências financeiras da esfera federal. Deste modo, os estados e municípios possuem uma maior autonomia ao implementar os serviços de saúde pública, no entanto, essa autonomia é limitada pois, os recursos destinados não suprem a demanda apresentada (OLIVEIRA; GARCIA, [2014]).

Mediante a tal abordagem, Luzio e Yashui (2010, p. 18) apontam que:

A consolidação do SUS requer a existência de mecanismos de regulação que deem conta do dinamismo desse processo. Nesse sentido, as Normas de Operacionais Básicas, que tratam dos aspectos de divisão de responsabilidades, relações entre gestores e critérios de transferência de recursos federais para estados e municípios, passaram a representar instrumentos fundamentais para a concretização da descentralização estabelecida pela Constituição e constante na legislação do SUS.

Destaca-se que, principalmente após o ano de 2003, com o mandato do governo petista, o gasto referente à saúde na esfera federal veio perdendo espaço para os

programas de transferência de renda vinculados a assistência social, podemos citar um desses programas, o Bolsa Família (OLIVEIRA; GARCIA, [2014]).

Durante o período de 2004 e 2005, parte dos recursos destinados a este programa foram retirados do Fundo Público Nacional da Saúde. O governo federal deu prioridade ao combate à fome e a pobreza e dessa forma, a política de assistência social ganha uma alocação de recursos maiores do que a de saúde (OLIVEIRA; GARCIA, [2014]).

No entanto, apesar do combate a pobreza e a fome apresentarem prioridade entre as ações governamentais, dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2009) apontam que cerca de 3% da população brasileira sofrem de transtornos mentais persistentes e graves e dessa forma necessitam de um maior cuidado em saúde mental e mais de 9% sofrem com transtornos mentais menos graves e precisam de atendimentos eventuais. Os investimentos na área da saúde mental sofreram modificações, o Ministério da Saúde criou alguns dispositivos de fiscalização e gestão, como o Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar (PNASH) e o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar (PHR).

Com a reforma psiquiátrica, obtivemos a migração dos recursos dos leitos de internação psiquiátrica para os serviços substitutivos. Conforme aponta o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010) no ano de 2002, as maiores partes dos recursos do SUS destinados à política de saúde mental eram para os hospitais psiquiátricos, com o fechamento progressivo dos leitos e os Centros de Atenção Psicossocial sendo implementados já em 2009, cerca de 65% do financiamento era para os dispositivos de atenção extra-hospitalar. Nesse sentido:

Como resultado da política de incentivo de unidades abertas e de imposição de regras e limites à internação hospitalar em cinco anos, 57 hospitais psiquiátricos foram fechados (09 públicos e 48 contratados), com o total de hospitais psiquiátricos diminuindo de 313 (54 públicos e 259 contratados) para 256 (45 públicos e 211 contratados). O número de leitos em hospitais psiquiátricos caiu de 85 mil para 62 mil, em números aproximados, dos quais cerca de 20% públicos e 80% contratados (ALVES, ANO apud TENÓRIO, 2002, p. 35).

No ano de 2002, com a regulamentação da portaria de nº 336 que regulamenta os CAPS, este serviço passou a ser um articulador central nas ações de saúde mental e a forma de financiamento sofreu modificações, conforme aponta Luzio e Yasui (2010, p. 22):

A forma de financiamento foi alterada, passando a este a ser realizado mediante o processo de Autorização de Procedimentos de Alto Custo (APAC). Dessa forma, os recursos disponíveis para o pagamento dos procedimentos do CAPS não estão contidos nos tetos financeiros dos estados e municípios e funcionam como recursos “extrateto”. Se, por um lado, esse modelo de financiamento representou um avanço, já que colocou a proposta de mudança de um modelo assistencial, implícita no CAPS, como uma política de relevância e uma ação estratégica do Ministério da Saúde, por outro lado trouxe problemas, porque mantém a mesma lógica de produtividade, ao remunerar atos vinculados a um determinado diagnóstico psiquiátrico de um indivíduo ignorando uma série de ações realizadas no âmbito do território, previstas pela Portaria 336/02, tais como a supervisão de unidades hospitalares, o apoio matricial a equipes de Atenção Básica, a articulação com outros setores e segmentos sociais, etc. Continua-se a financiar a doença e não a promoção da saúde.

A descentralização do SUS colocou como atores que vão induzir o processo da Reforma Psiquiátrica o Ministério da Saúde e as secretarias municipais e estaduais de saúde, dessa forma institucionalizando esse processo complexo em uma questão administrativa, fazendo com que o financiamento acabe ganhando um lugar de destaque, entretanto, essas mudanças entram em conflito com os ditames da política econômica em curso no país (LUZIO; YASUI, 2010).

De modo geral, o financiamento para a política de saúde mental é parte fundamental para a implementação dos novos serviços comunitários. Segundo Gonçalves; Vieira e Delgado (2011, p. 54): “O gasto em saúde mental cresceu 51,3% de 2001 a 2009. A desagregação do gasto mostrou aumento expressivo do gasto extra-hospitalar (404,2%) e decréscimo do gasto hospitalar (-39,5%)”.

Mediante aos dados acima citados, obtivemos entre o período de 2001 a 2009 tivemos alocação de recursos para o programa de saúde mental, durante este período o modelo de atenção estava sendo redirecionado, com implementação de CAPS, residências terapêuticas, ambulatórios entre outros serviços (GONÇALVES; VIERA; DELGADO, 2012).

Segundo Cruz (2013), a rede de saúde mental no ano de 2008 ainda apresentava a baixa cobertura nos serviços substitutivos, trazendo a estimativa que várias cidades ao redor do país com mais de 100 mil habitantes ainda não possuíam a oferta de nenhum tipo de atendimento em saúde mental. Já os Serviços Residenciais Terapêuticos no ano de 2011 chegam a somar em todo país 625 residências terapêuticas, passo importante para a desinstitucionalização das pessoas com transtorno mental.

Por conseguinte, durante o governo Lula não houve um fortalecimento ao projeto da Reforma Sanitária, mantendo a polarização entre este projeto e da ordem do capital. Entretanto, na área da saúde mental ocorreu um aumento nos investimentos para o acesso da população a rede de saúde mental, tanto que o mandato encerrou com uma cobertura de 66%. Verificamos que os aspectos da política de saúde apontam para a ênfase na focalização, terceirizações e precarização, a falta de financiamento e vontade política em viabilizar a concepção de seguridade social no país (CRUZ, 2013).

No cenário atual enfrentamos grandes desafios na luta pela reforma psiquiátrica e o SUS que sofrem com problemas estruturais de financiamento, baixa capacidade de absorver novos desafios, difícil acesso da população a utilizar os serviços. No entanto, os desafios colocados significam algo bem mais amplo, agravado pelo projeto neoliberal no âmbito político-econômico e das políticas sociais (VASCONCELOS, 2012).

Assim assistimos nos últimos anos, conforme Vasconcelos (2012) as consequências dessa conjuntura global que acarreta na difusão da epidemia do crack no Brasil, que tem levado a uma política repressora e de buscar apoio a possíveis tratamentos na rede de comunidades terapêuticas e na busca pela higienização dos espaços da cidade, propaga-se a ideia de que a internação compulsória é a única ferramenta para solucionar o problema do crack e demais drogas consideradas ilícitas.

Na intenção de combater o problema das drogas, o governo brasileiro lança diversas medidas emergenciais, conforme Cruz (2013, p. 75):

No Brasil, em 2005, estimava-se em 380 mil o número de usuários do crack, segundo pesquisas do Ministério da Saúde. Em resposta a essa crescente demanda o Governo Federal criou, em 2009, o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso do Tratamento para Usuários de Álcool e outras Drogas (Pead). Em 2011, o Governo Dilma lançou o Plano Integrado de Enfrentamento ao crack e outras drogas, com o slogan "Crack, é possível vencer", somando um investimento de 4 bilhões.

Nesse mesmo período, temos a legitimação da Rede de Atenção Psicossocial através do Decreto de n. 7.508/11, estabelecendo as ações e serviços de saúde mental a serem ofertados em todo país, uma rede de atenção integrada a atender nos diferentes níveis de complexidade as pessoas em sofrimento ou com demandas decorrentes dos transtornos mentais ou consumo de álcool e outras drogas (BRASIL, 2011). Segundo Cruz (2013) com a legitimação da rede de atenção em

saúde mental foi possível proporcionar um maior investimento, tanto que para 2012 representaria uma injeção de aproximadamente R\$ 200 milhões para custear a criação de novos serviços.

Nesta direção, de acordo com Cruz (2013), o debate atual sobre os desafios enfrentados no campo da saúde mental, principalmente, voltado para as ações de enfrentamento ao crack aponta para a questão do financiamento como um desafio para área da saúde e das políticas intersetoriais.

Mediante tal abordagem, Vasconcelos (2012, p. 175) intensifica a afirmação que as iniciativas do governo federal estão fixadas sobre duas linhas de atuação e são elas:

Por um lado, temos o Ministério da Saúde e a atual política de saúde mental, inspirada no processo de desinstitucionalização e reforma psiquiátrica, [...] centrada em abordagens contratuais com os usuários; em estratégias de redução de danos (de cuidados paralelos para a saúde e qualidade de vida dos usuários, sem exigir a abstinência); e que pode incluir uso controlado de medidas involuntárias apenas nos casos de maior risco e gravidade. No outro lado, temos a área de segurança pública, com o apoio dos setores mais convencionais e corporativistas dos psiquiatrias, e com forte suporte direito do núcleo central dos governos Lula e Dilma Rousseff.

Nesse sentido, temos um campo conservador político que quer o redirecionamento dos recursos para o financiamento de dispositivos de internação, com foco para as comunidades terapêuticas e hospitais psiquiátricos, o que representa um retrocesso para o projeto da reforma psiquiátrica (VASCONCELOS, 2012).

Contudo, debater sobre o financiamento para área da saúde faz-se necessário para reafirmar os direitos dos usuários do SUS, no entanto, enfrentamos retrocessos impostos pelo projeto neoliberal, sujeitando a perda dos recursos do fundo público que em grande parcela está sendo destinado para a ordem fiscal do Estado para pagar a dívida pública, o que acarreta um campo de disputas entre os grupos que mostram interesse na privatização do direito a saúde e outros grupos de setores progressistas que defendem o SUS (OLIVEIRA; GARCIA, [2014]).

2.2.2 Breve apresentação da política de saúde mental no município de Vitória

A cidade de Vitória, capital do estado do Espírito Santo, possui cerca de 327.801 mil habitantes, conforme fonte do IBGE⁷. Está dividida em 08 regiões e no tocante a política de saúde mental possui como serviços de referência 01 CAPS III da “Ilha” adulto, 01 CAPSi infante-juvenil, 01 CAPSad III, 01 CAPSad na região de São

⁷ Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

Pedro, Casa de Acolhimento Transitório Infanto-Juvenil (CatIJ), para crianças e adolescentes que fazem tratamento pelo uso abusivo de drogas, 01 residência terapêutica, 01 Casa de Acolhimento Transitório para Adultos.

Conforme aponta Oliveira e Garcia (2011), o estado do Espírito Santo teve por muitos anos o modelo manicomial como alternativa de tratamento para as pessoas com sofrimento psíquico. As autoras apontam que os primeiros passos dados a um novo modelo de atenção em saúde mental foram sendo construídos a partir do ano de 1995 ocasionados por dois fatores: o primeiro, a proposta de uma reestruturação no modelo assistencial em saúde mental em todo país principalmente, nos anos de 1999 e, o segundo às eleições de um governo progressista em 1994, onde houve um investimento maior na saúde.

Nesta direção, com as mudanças ocasionadas com o projeto da reforma psiquiátrica, foi possível garantir a expansão dos serviços substitutivos, entretanto, presenciamos neste cenário econômico de reajuste neoliberal impasses para concretização da política de saúde mental, pois, temos atualmente, no centro da política, o financiamento prioritário para o serviço complementar como as comunidades terapêuticas, o que coloca em risco as conquistas derivadas da reforma psiquiátrica brasileira.

No que se refere-se ao Plano Municipal de Saúde de Vitória-ES (PMV, 2010, p. 15):

O Sistema Municipal de Saúde de Vitória se organiza sobre bases territoriais, onde a distribuição dos serviços segue uma lógica de delimitação de áreas de abrangência. O território em saúde não é apenas um espaço delimitado geograficamente, mas sim um espaço onde as pessoas vivem, estabelecem suas relações sociais, trabalham, cultivam crenças e cultura.

Nesta direção, “é importante relatar como essa legislação vigente em saúde mental vem tecendo redes no município de Vitória, não só a partir de estruturas hierarquizadas, mas também em seu modo de relação, tensionamentos” (CLEMENTE; LAVRADOR; ROMANHOLI, 2013, p. 86).

Dessa forma, conforme Cruz (2013) aponta os planos de saúde e os relatórios de gestão são instrumentos fundamentais para a gestão do SUS, pois os recursos federais, estaduais e municipais destinados às ações e serviços na área deverão ter por base estes documentos. A autora ainda contribui afirmando que:

As Normas Operacionais de Assistência à Saúde, as NOAS-SUS de 2001 e 2002, aprofundaram o processo de descentralização do SUS, mantendo os

Planos de Saúde e os Relatórios de Gestão como instrumentos fundamentais de planejamento e gestão na área, tendência mantida com a criação, mais recentemente, do Pacto pela Saúde, no SUS (CRUZ, 2013, p 83).

O pacto pela saúde trouxe importantes mudanças na forma em que se transferiam os recursos para os estados e municípios e agrupou em blocos de financiamento. A saúde mental se encontra apoiada a partir do ano de 2008 pelo Pacto pela Vida, uma das dimensões introduzidas no pacto pela saúde, contudo aprovou a saúde mental como uma de suas prioridades (CRUZ, 2013).

Conforme aponta o plano municipal de saúde de Vitória (2010, p. 11) o objetivo principal deste documento é:

Planejar e executar ações de saúde no Município de Vitória, visando à efetivação do Sistema Único de Saúde com a garantia dos princípios da universalidade, equidade e integralidade da atenção à saúde e o compromisso com a defesa da vida em uma cidade saudável.

No município de Vitória, a Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) vem financiando desde 2010 ações para o tratamento de usuários de álcool, crack e outras drogas, por meio da implantação de serviços como, por exemplo, Consultório de Rua e contratação de leitos em comunidades terapêuticas pelo SUS. Neste sentido, a inserção do usuário na rede tem se apresentado como um desafio, principalmente devido à complexidade da operacionalização destes serviços (CLEMENTE; LAVRADOR; ROMANHOLI, 2013).

Dessa forma, neste referencial teórico as reflexões realizadas buscaram situar o contexto do ajuste neoliberal a problemática do financiamento para saúde, com foco para saúde mental, em uma realidade cada vez mais precária para a implementação de políticas sociais.

A seguir apresentaremos os caminhos percorridos para realização deste trabalho, no item a seguir metodologia.

3. METODOLOGIA

Esta pesquisa tem como objetivo principal analisar, a partir do Plano Municipal de Saúde de 2010 e dos Relatórios de Gestão de 2010-2013, entre o que foi planejado e a ação, o que foi executado na área de saúde mental, pelo município de Vitória/ES.

Conforme descreve Goldenberg (2001, p. 13): “A pesquisa científica exige criatividade, disciplina, organização e modéstia, baseando-se no confronto permanente entre o possível e o impossível, entre o conhecimento e a ignorância”.

Para alcançar o fim proposto deste estudo utilizamos a pesquisa documental. Como aponta Gil (2010) este tipo de pesquisa é realizado com os dados disponíveis, e não é preciso lidar diretamente com pessoas. Para Carvalho:

Pesquisa documental é aquela realizada a partir de documentos considerados cientificamente autênticos (não-fraudados); tem sido largamente utilizados nas ciências sociais, na investigação histórica, a fim de descrever/comparar fatos sociais, estabelecendo suas características ou tendências; além das fontes primárias, os documentos propriamente dito, utilizam-se as fontes secundárias, como dados estatísticos, elaborados por institutos especializados e considerados confiáveis para a realização da pesquisa (CARVALHO, 2002, p. 154).

Foi realizada uma ampla revisão de literatura, na qual utilizamos livros, artigos e textos de autores peritos na temática.

Elegemos o método de abordagem qualitativa, pois, consideramos que o interesse da pesquisa está direcionado para buscar as características essenciais do fenômeno em estudo, não estando à ênfase do mesmo, atrelada a busca pela exatidão dos dados. Conforme Goldenberg (2001, p. 49) descreve:

Os dados da pesquisa qualitativa objetivam uma compreensão profunda de certos fenômenos sociais apoiados no pressuposto da maior relevância do aspecto subjetivo da ação social. Contrapõem-se, assim, à incapacidade da estatística de dar conta dos fenômenos complexos e da singularidade dos fenômenos que não podem ser identificados através de questionários padronizados.

Ressaltamos que não haverá o envolvimento de sujeitos/participantes.

Conforme descreve Goldenberg (2001, p. 48):

Diferentemente dos dados estatísticos, que podem ser resumidos em tabelas, os dados da pesquisa qualitativa não se prestam a tal resumo. Um dos problemas da pesquisa qualitativa é que os pesquisadores geralmente não apresentam os processos através dos quais suas conclusões foram alcançadas. O pesquisador deve tornar essas operações claras para aqueles que não participaram da pesquisa, através de uma descrição explícita e sistemática de todos os passos do processo, desde a seleção e

definição dos problemas até os resultados finais pelos quais as conclusões foram alcançadas e fundamentadas.

Os documentos pesquisados a partir da pesquisa documental foram: o Plano Municipal de Saúde 2010 e os relatórios de gestão do SUS no período de 2010 a 2013.

O Plano Municipal de Saúde e o Relatório de Gestão de 2010 foram acessados por meio do site da Prefeitura de Vitória, no endereço virtual: <http://www.vitoria.es.gov.br/>.

Os relatórios de gestão referentes aos anos de 2011, 2012 e 2013 foram acessados por meio do Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão (SARGSUS), no endereço virtual: <http://aplicacao.saude.gov.br/sargsus/login!carregarPagina.action>.

É importante registrar, que o SARGSUS é regulamentado pela Portaria GM nº 3.027, de 26 de novembro de 2007, que regulamenta a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa (BRASIL, 2007). Também, esclarecemos que esses relatórios provenientes do sistema SARGSUS, são cópias que a secretária de saúde do município envia.

A análise dos dados considerou aspectos de natureza qualitativa e envolveu as seguintes etapas: redução, categorização e interpretação dos dados. A redução foi constituída pela abstração dos dados provenientes da leitura do material selecionado, que foram relevantes e significativos. A categorização foi constituída a partir dos dados que foram obtidos, permitindo que fossem construídas categorias de análise e que refletiram no cumprimento dos objetivos desta pesquisa. A última etapa foi à interpretação que possibilitou descrever as categorias de análise e apresentá-las. Para a análise de dados buscou-se a associação com o referencial teórico do estudo.

Como procedimentos éticos buscamos respeitar as normas relativas a construção de trabalhos acadêmicos, buscando informar as fontes bibliográficas utilizadas e a manutenção de uma interpretação cuidadosa dos autores estudados.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO DA PESQUISA

Neste capítulo, apresentaremos os resultados obtidos através da pesquisa documental com o objetivo de identificar a inserção da política de saúde mental no município de Vitória/ES, através do Plano Municipal de Saúde e os relatórios de gestão, no período de 2010 a 2013.

4.1 DADOS ENCONTRADOS

Para a construção das tabelas, foram analisadas as seguintes variáveis: as **metas** (conforme apresentado no Plano Municipal de Saúde de Vitória de 2010-2013⁸) e **ações executadas** (com base nos Relatórios de gestão dos anos de 2010, 2011, 2012 e 2013). Vale ressaltar, que foram propostas 12 metas Plano Municipal de Saúde de Vitória de 2010-2013, conforme apresentadas na tabela abaixo.

Quadro 1 – Metas para o campo da saúde mental no Plano Municipal de Saúde

METAS	PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE NO PERÍODO DE 2010-2013
1	Implantar 01 serviço de consultório móvel de rua para atenção a usuários de álcool e outras drogas;
2	Acompanhar os indicadores de internação psiquiátrica dos munícipes, objetivando reduzir o número de internações;
3	Consolidação e fortalecimento do Plano Municipal de Geração de Renda e Economia Solidária;
4	Articular com a SESA a ampliação e melhoria na atenção às urgências e emergências, buscando ofertar 50 leitos hospitalares em hospitais gerais no município;
5	Implementar Formação e educação permanente dos profissionais na área de saúde mental;
6	Organizar e sistematizar as informações relativas à atenção na rede de saúde mental;
7	Manter a supervisão clínico-institucional em todos os CAPS do município;
8	Implantar 01 residência terapêutica para munícipes egressos do hospital Adauto Botelho;
9	Implantar 01 CAPS III na região de São Pedro;
10	Ampliar o atendimento do CAPSad/CPTT para 24 horas;
11	Transformar o CAPS da Ilha em CAPS III;
12	Implantar 01 Centro Integrado de Atenção a Saúde da Criança e do Adolescente usuário de álcool e outras drogas;

*Fonte: Plano Municipal de Saúde 2010-2013.

⁸ É importante registrar, que o Plano Municipal de Saúde foi aprovado na data de 10/12/2009 pelo Conselho Municipal de Saúde.

Quadro 2 – Ações executadas conforme relatórios de gestão referentes aos anos de 2010 a 2013.

ANO 2010	ANO 2011	ANO 2012	ANO 2013
A meta 7 foi realizada.	A meta 5 foi realizada	A meta 9 foi realizada	-
A meta 8 foi realizada	A meta 10 foi realizada	A meta 11 foi realizada	-
-	-	A meta 12 foi realizada	-
-	-	-	-

*Fonte: Elaboração própria.

A partir da análise do Plano de gestão e dos relatórios verifica-se que das 12 metas propostas, apenas 7 foram executadas.

A partir da análise do relatório de gestão do ano de 2010, verificamos que 2 metas estabelecidas no Plano de Gestão, no campo da saúde mental, foram executadas pelo município. Tais ações executadas referem-se a **meta 7 e 8**.

No caso da **meta 7: Manter a supervisão clínico-institucional em todos os CAPS do município**. Esta ação é considerada, segundo informações contidas no próprio plano, como "indicador de qualidade destes, e deve ser mantida em todos os serviços, sem interrupção" (PMV, 2010, p. 114).

No que refere-se a **meta 8** do Plano de Gestão: **Implantar 01 residência terapêutica para munícipes egressos do Hospital Adauto Botelho (HAB)**, esta foi executada a partir da implementação de 01 residência terapêutica para aqueles munícipes que estavam por vários anos internados no Hospital Adauto Botelho.

De acordo com Ferreira (apud OLIVEIRA; GARCIA, 2011, p. 54) "o Hospital Adalto Botelho (HAB) maior hospital público do Estado, abrigava uma clientela constituída por 80% de pacientes moradores e/ou de longa permanência".

Ao analisar o cenário capixaba no ano de 2010, verifica-se que o Hospital Adauto Botelho passou por uma grande reforma e se transformou em Hospital Estadual de Atenção Clínica (HEAC)⁹, ofertando não só o serviço de internação psiquiátrica, mas, outras modalidades.

⁹ Conforme notícia veiculada em: <http://www.isaude.net/pt-BR/noticia/7233/geral/es-investe-cerca-de-r-2-milhoes-em-hospital-de-atencao-clinica>.

De acordo com Zimmer (2011) o HEAC ainda é considerado como referência para internação em saúde mental, pois, o Estado alega que não existem leitos para pessoas com transtorno mental nos hospitais gerais da rede de saúde. Portanto, a Unidade de Curta Permanência (UCP) acaba tendo um papel importante, pois, se configura em um serviço utilizado para atender aqueles usuários no momento de crise.

A partir da análise do relatório de gestão do ano de 2011, às metas cumpridas pelo município, a partir da secretária de saúde, foram a **meta 5 e 10**. No que tange a **meta 5: Implementar Formação e Educação permanente dos profissionais na área de saúde mental**, o município ofertou capacitação para os trabalhadores da rede de saúde mental.

No que refere-se a **meta 10: Ampliar o atendimento do CAPSad/CPTT para 24 horas**, verifica-se a partir do relatório que houve a ampliação do CAPSad/CPTT que passou a ofertar 05 leitos noturnos.

De acordo com a RAPS os CAPSad que atendem 24 horas estão na modalidade de CAPSad III e “constitui-se em serviço aberto, de base comunitária que funciona segundo a lógica do território e fornece atenção contínua a pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, crack e outras drogas” (BRASIL, 2011b, p. 16).

Cabe refletir, conforme apontado por Vasconcelos (2010) que esse serviço se configura como um desafio para a saúde mental, por exigir um custo mensal alto.

Lima apud Vasconcelos (2012, p. 75) afirma que:

O subfinanciamento da saúde, que, apesar do aumento da alocação do fundo público nos últimos anos, convive com serviços com problemas relevantes, como os de recursos humanos insuficientes. Assim, o fortalecimento da saúde mental, e no seu interior, o da assistência ao usuário indevido de álcool e outras drogas, requer dos seus agentes-gestores, trabalhadores, usuários, familiares e comunidade – uma articulação com as lutas mais gerais por uma saúde pública universal e de qualidade no país.

De acordo com Cruz (2013) a incorporação da modalidade de CAPSad III, a partir do ano de 2011, revela uma demanda recente em todo país, principalmente causada pela disseminação e também, alardeamento governamental, com relação ao crack, que foi configurado no cenário nacional e por conseguinte, faz com que seja necessário uma rede específica para o atendimento de álcool, crack e outras drogas.

A partir da análise do relatório de gestão do ano de 2012 às metas cumpridas pelo município foram as metas 9, 11, e 12.

Com relação a **meta 9: Implantar 01 CAPS III na região de São Pedro**, observamos que ao invés da implantação do CAPS III previsto foi criado um CAPSad para atendimento de usuários de álcool e drogas.

Com relação a **meta 10: Ampliar o atendimento do CAPSad/CPTT para 24 horas**, O CAPSad III foi ampliado e passou a disponibilizar 8 leitos noturnos.

A **meta 11 "Transformar o CAPS da Ilha em CAPS III"** o CAPS III "Ilha" passou a disponibilizar 05 leitos noturnos.

O relatório de gestão de 2012 também informa a implantação do serviço de Atenção Residencial de Caráter Transitório – Infante Juvenil no município. Esse serviço consiste em uma unidade de acolhimento para crianças e adolescentes em risco social por causa do abuso de álcool, crack e outras drogas (BRASIL, 2011b).

No Relatório de Gestão de 2013 observamos que foram inseridas metas que não constavam no Plano de Gestão 2010-2013. Dentre as metas mencionadas estão: **a criação de uma Casa de Acolhimento Provisório (CAT)** para população adulta usuária de álcool e drogas, ação que não foi realizada ficando reprogramada para o ano de 2014; **Estruturar o serviço do CAPS Ilha com apoio automotivo**, que não foi realizado; **Implementar Serviço Residencial Terapêutico em álcool e drogas, na modalidade de comunidade terapêutica**, meta não realizada (SEMUS, 2013).

4.1.1 As metas não realizadas nos relatórios de gestão no período de 2010-2013

Neste item, buscaremos verificar as metas estabelecidas pelo Plano Municipal de Saúde e que não foram cumpridas.

A **meta 1, implementar 01 serviço de consultório móvel de rua**, que não ocorreu até o ano de 2013. Apesar da ação ter sido programada para ser executada no ano de 2010, isto não se efetivou.

No entanto, conforme apontado no relatório:

A ação executada e está em andamento, com o consultório funcionando via convênio com a ACARD/Associação Capixaba de Redução de Danos, sendo a gestão feita pela SEMUS/Saúde Mental/CPTT em parceria com a ACARD. O veículo próprio e adequado para o consultório está em processo de aquisição, ainda em fase de análise da forma de aquisição que será

possível. Ressaltamos que esta aquisição de veículo adequado é importante para a consolidação e adequado funcionamento do serviço, assim como a manutenção do convênio (SEMUS, 2010, p. 110).

Segundo informações do mesmo relatório no ano de 2011 a licitação do veículo ainda estava em processo, foi contratada uma equipe técnica para capacitar, supervisionar e viabilizar a consolidação do projeto (SEMUS, 2011).

No ano de 2012 e 2013 não houveram mudanças nos relatórios apresentados, não sendo executado a implementação do consultório móvel de rua.

De acordo com a RAPS os consultórios de rua se encontram como um serviço que compõe a atenção básica em saúde e deve ser articulado com outros dispositivos de atenção na rede de saúde mental e que podem ser implementados em uma região com mais de 300.000 habitantes (BRASIL, 2011b), como é o caso de Vitória.

Com relação a **meta 2, acompanhar as internações psiquiátricas dos municípios no ano de 2010**, consta no relatório de gestão que o processo de sistematização foi iniciado, mas, não estava ocorrendo de forma sistemática. Já no ano de 2011, o que consta no relatório como ação a ser realizada é “Sistematizar coleta, análise e divulgação das informações sobre internações psiquiátricas, atendimentos na atenção básica e nos CAPS” (SEMUS, 2012, p. 10).

Esta sistematização ocorreria em forma de 03 relatórios, no entanto, não foi realizada. Conforme dados do relatório, a secretaria de saúde só conseguiu sistematizar os dados referentes aos atendimentos prestados nas Unidades de Saúde de Vitória, através de um sistema implementado no ano de 2012 (SEMUS, 2012). O relatório de 2013 não consta nenhum dado referente a essas ações.

Com relação a **meta 3, fortalecer e consolidar o Plano Municipal de Geração de renda e Economia Solidária**, segundo o relatório de gestão (SEMUS, 2010, p. 111):

As ações de economia solidária na SETGER, que vinham acontecendo de forma próxima à saúde mental, não tiveram avanço e o plano de expansão destas com maior participação da SETGER na viabilização dos projetos não se configurou, pois esta área não foi priorizada. Será necessário retomar as articulação e reavaliar a viabilidade da ação no cenário atual da PMV.

De acordo com Lussi e Morato (2012) as experiências recentes em todo país sobre a inserção de pessoas com transtorno mental em trabalhos de economia solidária proporcionam uma maior autonomia, um resgate da própria identidade, as mesmas autoras ainda afirmam que:

Apesar dos benefícios provenientes dos projetos de inserção laboral de usuários de serviços de saúde mental, são necessárias constantes atualizações e discussões quanto à temática do trabalho e a maneira de sua proposição para que, de fato, ele promova mudanças sociais e a inclusão social (LUSI; MORATO, 2012, p. 379).

No ano de 2011 não consta nenhuma ação relativa a esta ação, no ano de 2012 o relatório de gestão informa que “foram fortalecidos os grupos de economia solidária e geração de renda no CAPS da Ilha e nas UBS Avelina e Santa Teresa. A proposta será reavaliada em 2013”. (SEMUS, 2012, p. 10).

No ano de 2013 não consta no relatório se a ação foi reavaliada.

Com relação a **meta 4** propunha a ação de **ampliar a rede de atenção em urgência e emergência em saúde mental ofertando 50 leitos hospitalares em hospitais gerais**, verificamos a partir do relatório de gestão do ano de 2010, que a proposta havia mudado, passando a propor a oferta de 30 leitos para atenção em saúde mental, álcool e outras drogas.

Conforme informações do relatório:

Não realizada: nas reuniões com a SESA sobre o tema, a informação foi de que o Estado iria trabalhar a ampliação geral de leitos, inclusive de saúde mental, através de contratação de serviços via edital público. A previsão era o lançamento no final de 2010, o que não ocorreu (SEMUS, 2010, p. 112).

Vale analisar conforme as reflexões de Dias, Gonçalves e Delgado (2010, p. 117) que:

A política nacional de saúde mental, aliada aos processos de reforma, sempre considerou os hospitais gerais como espaço privilegiados para a atenção à saúde mental numa rede substitutiva. A ampliação desses recursos, no entanto, é vista como parte de uma grande expansão qualitativa e quantitativa da rede de atenção em saúde mental do país, num processo que redireciona o modelo assistencial. Esse redirecionamento se dá na redefinição das práticas na área e na expansão da rede de cuidados – especialmente com o aumento das ações na atenção básica e ampliação numérica dos CAPS – e na qualificação dos quadros técnicos desses serviços, mediante ações de capacitação oferecidas através de financiamento de projetos dos estados, municípios ou parcerias direitas com o Ministério da Saúde.

De acordo com o relatório de gestão referente ao ano de 2011 não identificamos nada referente aos leitos psiquiátricos.

No ano de 2012, a ação prevista era "**Pactuar número de leitos de saúde mental em hospitais gerais necessários para cobertura do município**" (SEMUS, 2012, p. 12). Entretanto, no mês de julho do mesmo ano foi pactuada nova ação a partir da aprovação no âmbito federal, do "Plano Crack é Possível Vencer", que foi aderido

pelo município, a retaguarda em relação aos leitos para atenção em saúde mental, álcool e outras drogas. Este processo estava em concretização junto ao governo do estado do Espírito Santo. Já no ano de 2013 não consta nada do que foi realizado neste âmbito.

Vale ressaltar que a partir de 2009 o Governo Federal vai começar a promover ações sobre a área de álcool e outras drogas, lançando planos emergenciais. Dentre eles destacamos o mais atual, lançado em 08 de dezembro de 2011 por meio do Decreto 7.637, que institui o programa “Crack é Possível Vencer”, com a finalidade de prevenir o uso de crack, bem como combater o tráfico de drogas. Vale destacar que o programa está estruturado em três eixos: prevenção, cuidado e autoridade (BRASIL, 2011a).

Neste mesmo ano também foi regulamentada a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) pela portaria nº 3.088, destinada para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS. Ressaltamos nesta portaria a regulamentação dos serviços de caráter transitório, no qual as comunidades terapêuticas estão inseridas (BRASIL, 2011b).

Constatamos no cenário atual as comunidades terapêuticas vem ganhando destaque nas ações de tratamento da dependência do uso do crack. Destacamos a portaria nº 121 de janeiro de 2012, que institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial (BRASIL, 2012a).

Em relação às comunidades terapêuticas, essas “ [...] têm sido objeto de inúmeras denúncias por ausência de condições hoteleiras e sanitárias adequadas, maus tratos, isolamento e uso de celas fortes, violência, proselitismo religioso e prática obrigatória de seus rituais, etc. (VASCONCELOS, 2012, p. 174).

De acordo com Vasconcelos (2010) presenciamos atualmente o discurso veiculado pelos meios de comunicação sobre a epidemia do crack, fortalecido por setores que são fortemente influenciados e instrumentalizados por um campo conservador da psiquiatria biomédica que tem o intuito de promover ações que retomam a lógica dos os serviços de internação tradicionais.

Geralmente, as notícias apresentam os usuários em situação de grave estado de saúde por causa do abuso da droga, as famílias desesperadas em busca de internação ou a pessoa tentando de qualquer maneira garantir o uso da droga. Por conseguinte, isso acaba causando um forte impacto na população e acaba refletindo nas ações do parlamento e do sistema judiciário, ou seja, o processo de judicialização dessas pessoas por meio da internação compulsória na rede de serviços públicos existentes, nas comunidades terapêuticas e nas clínicas conveniadas pelo SUS (VASCONCELOS, 2010).

Vale destacar que no ano de 2011 o Conselho Federal de Psicologia realizou a 4ª inspeção nacional em diversas instituições que alegavam tratar dependentes químicos, muitos sendo caracterizados como comunidades terapêuticas. Foram visitados o total de 68 locais.

A conclusão do relatório apontou:

A realidade encontrada evidencia questões, convoca a reflexão e exige uma tomada de posição por parte do Estado e da sociedade brasileira. O que se faz, a assistência que vem sendo ofertada, na maioria desses lugares, fundamenta-se em princípios que contrariam os pressupostos que orientam as políticas pública, a saber: o respeito à cidadania do usuário. [...] Sobre a ocorrência de violação de direitos humanos – infelizmente se confirmou uma regra. [...] O modo de tratar ou a proposta de cuidado visa forjar – como efeito ou cura da dependência – a construção de uma identidade culpada e inferior. Isto é, substitui-se a dependência química pela submissão a um ideal, mantendo submissos e inferiorizados os sujeitos tratados. Esta é a cura almejada. [...] A maioria dessas práticas sociais adota a opção por um credo, pela fé religiosa como recurso de tratamento (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2011, p. 189-190).

Em 2012 foi instituída a portaria de nº 131 de 26 de janeiro de 2012, estabelecendo que:

Institui incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, Municípios e do Distrito Federal para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial. (BRASIL, 2012b).

Verifica-se a partir destas informações que, o fortalecimento da tendência, dado pelo Estado neoliberal, de transferência de sua a responsabilidade do para o setor privado, para prestar serviços decorrentes do uso/abuso de álcool, crack e outras drogas. Como vemos o investimento do recurso público em instituições como as comunidades terapêuticas, tem como consequência a não viabilização dos investimentos e ações na rede pública de atenção em saúde mental (ZAMPERLINI, 2013).

Diante disto, os dados coletados que informam sobre as metas e as ações executadas pelo município no campo da saúde mental deixam pistas sobre a direção que a Saúde Mental vem tomando nos últimos anos.

A **meta 6** que propõe a ação de organizar e sistematizar as informações relativas a saúde mental, no ano de 2010 conforme o relatório de gestão aponta que a meta não foi concluída pois os mecanismos de organização e sistematização estavam sendo reestruturados (SEMUS, 2010).

Dessa forma, o relatório traz a seguinte recomendação:

O registro e análise dos dados de atenção em saúde mental na Atenção Básica são pontos considerados pela OMS como fundamentais para a consolidação das redes de atenção em saúde mental. [...] Quanto aos CAPS do município, estes serviços não contam com nenhuma forma sistemática de registro de dados que permitam a realização de análises das ações realizadas (SEMUS, 2010, p. 114).

É importante registrar que, verificamos que nos anos de 2011, 2012 e 2013 esta meta não aparece nos relatórios de gestão. Os documentos utilizados apresentam - se inconsistentes e frágeis em sua elaboração, estipulando metas de forma genérica.

Buscando analisar as fontes de recursos da Prefeitura Municipal de Vitória, com a finalidade de indicar a arrecadação e a execução da receita orçamentária. Verificamos que apenas o relatório relativo ao ano de 2013 contém o demonstrativo orçamentário das despesas com saúde. Cruz (2013, p. 96) afirma que:

O orçamento público reflete o projeto de governo (ou a ausência deste), sendo as peças orçamentárias (Plano Plurianual, Leis de Diretrizes Orçamentárias e Leis Orçamentárias Anuais) e de planejamento e gestão (Planos Municipais de Saúde, Relatórios de Gestão) extremamente reveladoras das intenções e concepções políticas de um governo, bem como da capacidade de pressão da sociedade civil.

Contudo, na parte de investimentos o plano municipal de saúde aponta para a construção de 01 CAPS e uma Residência Terapêutica e a ampliação do CAPS ad, metas essas concluídas durante o período de 2010-2013, conforme apontamos neste estudo.

De acordo com os demonstrativos orçamentários previstos para o ano de 2013, o município atingiu o valor de despesas R\$ 274.120.248,98 num total de orçamento previsto de R\$ 279.779.022,00, o que reflete que o município cumpriu com as ações planejadas. O maior gasto do município foi com a folha de pagamento pessoal e

encargos sociais e a segunda maior despesa foi o custeio e manutenção de toda a rede (SEMUS, 2013).

Verifica-se, a partir dos dados coletados que a direção da política municipal de saúde mental nos anos de 2010 a 2011, mesmo que lentamente, esteve voltada para a implementação de alguns serviços e/ou a ampliação dos mesmos, previstos na Lei 10.216. No entanto, a partir do ano de 2012 verifica-se que não houve a continuidade de ações nestas direção, o que nos leva a pensar que a partir deste período, as mudanças no campo da saúde mental proveniente da aprovação de planos e normativas no âmbito federal, começaram a ganhar força no cenário municipal.

De acordo com Zamperlini (2013) as ações realizadas no âmbito da política de álcool e drogas na cidade de Vitória já vinham ocorrendo antes do plano “Crack é Possível Vencer”, neste sentido é preciso se ater criticamente para as atividades direcionadas pelo plano, que no cenário atual está reduzindo a atenção a um dos seus eixos principais que é a prevenção, evidenciamos que o posicionamento do governo federal é crescer o financiamento público para as comunidades terapêuticas, com isso deixando a rede de atenção e cuidado cada vez mais sucateada, não tendo suporte para atender as demandas do território.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa nos possibilitou fazer uma análise sobre as dificuldades do processo da reforma psiquiátrica no Brasil e refletir sobre o contexto da atual política de saúde mental no município de Vitória/ES. Foi possível verificar que a rede de saúde mental no município é bem estruturada, no entanto, está lidando com novas demandas, em grande parte relacionada à questão das drogas, com ênfase no combate ao crack.

Buscamos identificar quais ações foram desenvolvidas e priorizadas na área de saúde mental na cidade de Vitória, através do plano municipal de saúde e os relatórios de gestão no período de 2010 a 2013, as metas a serem alcançadas e os recursos investidos.

Os resultados da análise de dados indicaram que durante todo período analisado a política de saúde mental aparece na agenda municipal, apresentando uma evolução significativa em relação ao planejamento e gestão. Observamos que os serviços que tiveram um maior investimento foram à implantação de CAPS III e CAPS ad III, contudo, são serviços mais complexos de serem operacionalizados, pois atendem casos mais graves de crise.

Particularmente, não foi possível identificar as receitas e gastos com ações e serviços na área de saúde mental, pelo fato de os relatórios de gestão de 2010, 2011 e 2012 não fornecerem concretamente esses dados e também não sendo possível identificar o percentual dos recursos alocados no Fundo Municipal de Saúde.

Verificamos que a atual política de combate às drogas do Governo Federal se reflete também na realidade local da cidade de Vitória, esta política está inserida em uma lógica de repressão e criminalização dos mais pobres e também visa retirar o usuário do seu território para o tratamento, não prevalecendo a aposta de cuidado em serviços de saúde na sua própria comunidade, perto do convívio familiar e com liberdade.

Deste modo, o que temos presenciado é a alocação de recursos principalmente em comunidades terapêuticas, sendo a maioria delas distantes dos centros urbanos, localizadas no meio rural. Conforme já abordado no referencial teórico deste estudo, essas comunidades terapêuticas financiadas por recursos destinados ao SUS são

na maioria das vezes violadoras de direitos. Com isso indo na contramão da IV Conferência Nacional de Saúde Mental e a Lei 10.216 de 2001.

Apesar das fortes propagandas relacionadas ao programa “Crack é Possível Vencer”, é necessário buscar alternativas como o investimento e fortalecimento da política de redução de danos, que tem o objetivo de atenuar as consequências do efeito do consumo abusivo de drogas, buscando práticas que possibilitem a afirmação da vida e neste sentido, uma prática que se opere na contramão das que estão instituídas e ancoradas na ordem predominante do capitalismo.

É fundamental que o Estado estruture o investimento na política de saúde mental e confronte os setores mais conservadores do país, que querem criar mecanismos que viabilizem a internação prolongada em leitos psiquiátricos para poderem ter uma lucratividade maior em cima da indústria da loucura.

Assim, precisamos lutar em defesa de um SUS público e contra todas as formas privatização da saúde. Para isso, é necessário que a população participe dos espaços de controle social, como o Movimento da Luta Antimanicomial, conselhos de saúde, assembleias, conferências e encontros de saúde.

E ainda, nesta conjuntura neoliberal de políticas sociais cada vez mais precarizadas e pontuais é preciso lutar pelo fortalecimento de uma rede de atenção à saúde mental antimanicomial, que possa ofertar serviços de atenção integral à saúde de seus usuários.

Nesta direção, enquanto futura assistente social é fundamental o compromisso ético e político de afirmar a defesa do SUS e do projeto da reforma psiquiátrica. Este estudo também me permitiu refletir através da aproximação da realidade apresentada neste estudo e os dados analisados, que precisamos defender os direitos humanos dos usuários da saúde mental, estimulando práticas que gerem autonomia e a participação social dos mesmos e familiares nos espaços de lutas e no processo de formulação de políticas públicas, repudiando qualquer forma de opressão e violação de direitos.

Por fim, concluímos que a análise sobre a política de saúde mental é uma área desafiadora, complexa e que traz a possibilidade de se formularem reflexões e hipóteses. Nesta direção, este estudo não se finaliza nestas páginas, espera-se que

possa contribuir para a formulação de novos conhecimentos para área de saúde mental.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **Loucos pela vida: A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.

AMARANTE, P. (Org). **Franco Basaglia: escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Gramond, 2005.

AMARANTE, P. **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

ANTUNES, R. Crise capitalista contemporânea e as transformações no mundo do trabalho. In: **CAPACITAÇÃO em Serviço Social e Política Social: Crise contemporânea, questão social e Serviço Social**. M. 1. Brasília: CFESS; ABEPSS; CEAD; UnB, 1999. Pág. 18 – 31.

ANTUNES, Ricardo. **Adeus ao trabalho?** Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

ARBEX, D. **Holocausto Brasileiro**. São Paulo: Geração Editorial, 2013

BAPTISTA, L.A.; **A Cidade dos Sábios** – Reflexões sobre a dinâmica social nas grandes cidades. São Paulo: Summus, 1999.

BAPTISTA, L, A.; FERREIRA, S.M; **Por que a cidade:** Escritos sobre a experiência urbana e subjetividade. Niterói: Editora da UFF, 2012.

BARBOSA. G; COSTA. T; MORENO. V.; Movimento da Luta Antimanicomial: trajetória, avanços e desafios. **Cad. Bras. Saúde Mental**. Rio de Janeiro. v. 4, n. 8, p. 45-50, jan./jun. 2012. Disponível em: <http://www.rets.org.br/sites/default/files/2017-8050-1-PB.pdf>. Acesso em: 06 set. 2014.

BARBOSA. G. C; COSTA, G.T; MORENO, V. Movimento da luta antimanicomial: trajetória, avanços e desafios. **Cad. Bras. Saúde Mental**, Rio de Janeiro, v. 4. n. 8, p. 45-50, jan/jun. 2012. Disponível em: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/2017> >. Acesso em: 29 de set. de 2014.

BHERING, E.; BOSCHETTI, I. **Política Social: fundamentos e história**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

BEHRING, E.; BOSCHETTI, I.; **Política Social: fundamentos e história**. 9. Ed. São Paulo: Cortez, 2011.

BISNETO, J. **Serviço Social e Saúde Mental: uma análise institucional a prática**. São Paulo: Cortez, 2007.

BORGES, C. F.; BAPTISTA, T. W de F. O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. **Cad. Saúde Pública**, vol.24, n.2, p. 456-468, Feb. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n2/24.pdf>> Acesso em: 02 de out. de 2014.

BOSCHETTI, I. S. Implicações da Reforma da Previdência na Seguridade Social Brasileira. **Revista Psicologia e Sociedade**, Porto Alegre, v. 15, n. 1, p. 57-96, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 131, de 26 de janeiro de 2012**. Brasília, 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0131_26_01_2012.html>. Acesso em: 22 out. 2014.

BRASIL. **Lei nº 10.216 de 6 de abril de 2001**. Brasília, 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acesso em: 10 de ago. 2014.

BRASIL. **Crack é possível vencer: Enfrentar o Crack. Compromisso de todos**, [2012]. Disponível em: <<http://www.2.brasil.gov.br/crackepossivelvencer/programa/cartilha>>. Acesso em: 22 de out. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002**. Brasília, 2002. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-336.htm>>. Acesso em: 30 set. 2014.

BRASIL. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Brasília, 2011b**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 28 set. 2014.

BRASIL. **Portaria nº 131, de 26 de janeiro de 2012**. Brasília, 2012b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0131_26_01_2012.html>. Acesso em: 28 set. 2014.

BRASIL. **Portaria nº 121, de 25 de janeiro de 2012.** Brasília, 2012a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0121_25_01_2012.html>. Acesso em: 28 de set. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 106, de 11 de fevereiro de 2000.** Brasília, 2000. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/27_Portaria_106_de_11_02_2000.pdf> Acesso em: 21 de set. 2014.

BRASIL. **Portaria nº 7.508 de, 28 de junho de 2011.** Brasília, 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 29 de set. 2014.

BRASIL. **Portaria nº 3.027 de, 26 de novembro de 2007.** Brasília, 2007. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2007/GM/GM-3027.htm>>. Acesso em: 26 de out. 2014.

BRASIL. **Lei nº 8.142 de 28, de dezembro de 1990.** Brasília, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm>. Acesso em: 26 de out. 2014.

BRASIL. **Decreto nº 7.637, de 8 de dezembro de 2011.** Brasília, 2011^a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2011/Decreto/D7637.htm>. Acesso em: 20 de out. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental.** Brasília, 2013. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=33311> Acesso em: 20 de set. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados 7. Brasília, 2009. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/smdados.pdf>>. Acesso em: 20 de jul. 2014.

BRAVO, M. I. S. A política de saúde no Governo Lula. **Revista Inscrita**, Ano VI, n. IX, Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, 2004. Disponível em: <http://www.abrasme.org.br/arquivo/download?ID_ARQUIVO=3711>. Acesso em: 20 de set. 2014.

BRAVO, M. I. S. **Saúde e serviço social no capitalismo: fundamentos sócio-históricos**. Ed. São Paulo: Cortez, 2013.

Campina Grande – PB (2004 a 2012). 2013. Dissertação (Mestrado em Política Social) – Programa de Pós-Graduação em Política Social, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2013.

CLEMENTE, A.; LAVRADOR, M.; ROMANHOLI, A.; Desafios da rede de atenção psicossocial: problematização de uma experiência acerca da implementação de novos dispositivos de álcool e outras drogas na rede de saúde mental da cidade de Vitória-ES. **Rev. Polis e Psique**, Vol. 3, n. 1, Porto Alegre, 2013, p. 89.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Relatório da 4º Inspeção Nacional de Direitos Humanos: Locais de internação para usuários de drogas / Conselho Federal de Psicologia**. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2011. 200 p.

Disponível em:

<http://site.cfp.org.br/wpcontent/uploads/2012/03/2a_Edixo_relatorio_inspecao_VER_SxO_FINAL.pdf>. Acesso em: 30 de out. 2014.

CRUZ, A.F. **Planejamento, Gestão e Financiamento da Política de Saúde Mental no Contexto da Reforma Psiquiátrica: uma análise da realidade do município de PB**. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós Graduação em Política Social. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, 2013.

DELGADO, G.G.P. Democracia e reforma psiquiátrica no Brasil. **Rev. Ciênc. saúde coletiva**, v. 16, n.12, p. 4701-4706, Dec. 2011. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232011001300019&script=sci_arttext> Acesso em: 30 de set. de 2014.

GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. Ed. São Paulo: Atlas, 2009.

GONÇALVES, Lilian. **Integralidade e Saúde Mental**. Socoraba, SP: Minelli, 2008.

GONCALVES, R; VIEIRA, F. S; DELGADO, P.G.G. Política de Saúde Mental no Brasil: evolução do gasto federal entre 2001 e 2009. **Rev. Saúde Pública**, vol.46, n.1, p. 51-58. Fev. 2012. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n1/3113.pdf>>. Acesso em: 10 de out. de 2014.

GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais**. 9. Ed. Rio de Janeiro: Record, 2005.

IAMAMOTO, Marilda V. **O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 21. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

LANCETTI, A. **Clínica paripatética**. São Paulo: Hucitec, 2011.

IAMAMOTO, M.V. **Serviço Social em tempo de capital fetiche**: capital financeiro, trabalho e questão social. 6. Ed. São Paulo: Cortez, 2011.

LIMA, R.C.C. Álcool e outras drogas como desafio para política de saúde e as políticas intersetoriais: contribuições para a IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. In: VASCONCELOS, E.M. **Desafios Políticos da Reforma Psiquiátrica Brasileira**. São Paulo, Hucitec, 2010. P. 75-92.

LUSSI, I.S.O; MORATO, G.G. O significado do trabalho para usuários de serviços de saúde mental inseridos em projetos de geração de renda vinculados ou não ao movimento da economia solidária. **Rev. Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 20, n. 3, p. 369-380, 2012. Disponível em:<<http://doi.editoracubo.com.br/10.4322/cto.2012.037>>. Acesso em: 29 de out. 2014.

LUZIO, A.C; YASUI, S. Além das portarias: desafios da política de saúde mental. **Rev. Psicologia em Estudo**, v. 15, n. 1, p. 17-26. Jan-Mar. 2010. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/pe/v15n1/a03v15n1.pdf>> Acesso em: 07 de out. 2014.

MACIEL, M. E de S. A Eugenia no Brasil. **Rev. Anos 90**, Porto Alegre, n. 11, 1999. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/ppghist/anos90/11/11art7.pdf>>. Acesso em: 31 de outubro, 2014.

MARQUES, R. M; MENDES, A. SUS e Seguridade Social: em busca do elo perdido. **Rev. Saúde soc.** vol.14, n.2, p. 39-49. Maio-Ago, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v14n2/05.pdf>>. Acesso em: 03 de out. 2014.

MENDES, A; MARQUES, R.M. O financiamento do SUS sob os "ventos" da financeirização. **Ciênc. saúde coletiva**, vol.14, n.3, p. 841-850. Maio-Jun. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n3/19.pdf>> Acesso em: 06 de out. 2014.

MINAYO, M. C. de S. (Org) **Pesquisa Social: Teoria, Método e Crítica**. Petrópolis-RJ: Vozes, 1994.

MOTA, A. AMARAL, Â. S. do. Reestruturação do capital, fragmentação do trabalho e Serviço Social. In: MOTA, Ana Elizabete (org.). **A nova fábrica de consensos**: ensaio sobre a reestruturação empresarial, o trabalho e as demandas ao Serviço Social. 4ed. São Paulo: Cortez, 2008. p. 33-48.

MONTAÑO, Carlos; DURIGUETTO, Maria Lucia. **Estado, Classe e Movimento Social**, 3ªed. São Paulo: Cortez, 2011.

NETTO, J.P.; BRAZ, M. **Economia Política**: introdução crítica. Biblioteca Básica do Serviço Social. v. 1. 6. Ed. São Paulo: Cortez, 2010.

OLIVEIRA, E.F; GARCIA, M. L.T. A política de saúde mental no Espírito Santo. **Rev. Katál.** Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 50-58, jan/jun. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rk/v14n1/v14n1a06.pdf>>. Acesso em: 20 de set. 2014.

OLIVEIRA, E. F. GARCIA, M.L.T. O financiamento da saúde no Brasil: a disputa pelo fundo público. [S.l.:S.N.,2014].

OLIVEIRA, E. F. A.; GARCIA, M. L. T. A política de saúde mental no Estado do Espírito Santo. **Revista Katálysis**, v. 14, p. 50-58, 2011.

PASTORINI, A. **A categoria “questão social” em debate**. 3. Ed. São Paulo: Cortez, 2010.

SALVADOR, Evilasio. O fundo público e políticas sociais na crise do capitalismo. **Revista Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, n. 104, p; 605-631, out/dez. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010166282010000400002&script=sci_arttext>. Acesso em: 02 set. 2014.

SALVADOR, E. **Fundo público e seguridade social no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2010.

SANTOS, J.S. **Questão Social**: particularidades no Brasil. São Paulo: Cortez, 2012. – (Coleção Básica de Serviço Social; V. 6).

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da III CNSM. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002, 213 p. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/saude_mental.pdf>. Acesso em: 12 de out. de 2014.

Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão 2010**, Prefeitura Municipal de Vitória – ES, 2010. Disponível em: <http://www.vitoria.es.gov.br/arquivos/20110928_relatorio_gestao_2010.pdf>. Acesso em: 20 de out. 2014.

Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde de 2010-2013**, Prefeitura Municipal de Vitória, 2010. Disponível em:

<http://www.vitoria.es.gov.br/arquivos/20100519_saude_plano_2010_2013.pdf>. Acesso em: 20 de out. 2014.

Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão 2011**, Prefeitura Municipal de Vitória – ES, 2011. Disponível em: <<http://aplicacao.saude.gov.br/sargsus/login!consultarRelatorioExterno.action?tipoRelatorio=01&codUf=32&codTpRel=01>>. Acesso em: 20 de out. 2014.

Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão 2012**, Prefeitura Municipal de Vitória – ES, 2012. Disponível em: <<http://aplicacao.saude.gov.br/sargsus/login!consultarRelatorioExterno.action?tipoRelatorio=01&codUf=32&codTpRel=01>>. Acesso em: 20 de out. 2014.

Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão 2012**, Prefeitura Municipal de Vitória – ES, 2013. Disponível em: <<http://aplicacao.saude.gov.br/sargsus/login!consultarRelatorioExterno.action?tipoRelatorio=01&codUf=32&codTpRel=01>>. Acesso em: 20 de out. 2014.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira da década de 1980 aos dias atuais: histórias e conceitos. **História, Ciência, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro. v. 9, n. 1. P 25-59, jan/abr., 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v9n1/a03v9n1.pdf>>. Acesso em: 15 de set. 2014.

TEIXEIRA, F.J.S. Modernidade e crise: reestruturação capitalista ou fim do capitalismo?. In: **Neoliberalismo e reestruturação produtiva: as novas determinações do mundo do trabalho**. TEIXEIRA, F. J. S.; OLIVEIRA, M. A (org.). São Paulo: Cortez; Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará. 1998, p. 15-75.

TAVARES, Maria Augusta. Acumulação, trabalho e desigualdade social. **Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais**. V.1. Brasília: CFESS; ABEPSS, 2009. Pág. 239-253.

VASCONCELOS, E. M. Dispositivos associativos de luta e empoderamento de usuários, familiares e trabalhadores em saúde mental no Brasil. **Revista Vivência**: Natal. n. 32, p.173-206. 2007. Disponível em: <http://www.cchla.ufrn.br/Vivencia/sumarios/32/PDF%20para%20INTERNET_32/CAPP%2012_EDUARDO%20MOURAO%20VASCONCELOS.pdf>. Acesso em: 24 ago. 2014>. Acesso em: 15 de set. 2014.

VASCONCELOS, E. M. Cenário econômico, social e psicossocial no Brasil recente, e a crescente difusão do crack: balanço e perspectiva de ação. **O Social em Questão**, ano XV, n. 28, p. 149-186, maio 2012, Rio de Janeiro. Disponível em:

<<http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/8artigo.pdf>>. Acesso em: 07 de set. 2014.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Desafios políticos no campo da saúde mental na atual conjuntura**: uma contribuição ao debate da IV Conferência Nacional. In: Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira. São Paulo: Hicitec, 2010. p.17-72.

VASCONCELOS, E.M. O campo da Saúde Mental na Perspectiva da Desinstitucionalização, da Cidadania e da Interdisciplinaridade. In: VASCONCELOS, E.M. (org.). **Saúde Mental e Serviço Social**: O desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. 5. Ed. São Paulo: Cortez, 2010, p 7-97.

YASUI, S.; LUZIO, A.C.; ROSA, C.A. As Conferências Nacionais de Saúde Mental e as Premissas do Modo Psicossocial. Rev Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 24, n. 58, p. 12-25, maio/ago. 2001. Disponível em: <http://www.cebes.org.br/media/File/publicacoes/Rev%20Saude%20Debate/Saude%20em%20Debate_n58.pdf>. Acesso em: 28 de set. de 2014.

YASUI, S.; LUZIO, C.; ROSA, A. **As conferências nacionais de saúde mental e as premissas do modo psicossocial**. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 12-25, maio/ago. 2001.

YASUI, S. **Rupturas e encontros**: desafios da reforma psiquiátrica brasileira. 2006. p. 20-66. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro.

ZAMPERLINI, M.O.R. **Reflexões sobre algumas ações relacionadas ao crack implementadas no município de Vitória/ES**. 2013. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Faculdade Católica Salesiana, Vitória, 2013.

ZIMMER, F. **Internação compulsória uma nova porta de entrada legal para o asilo**. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós Graduação em Psicologia Institucional, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2011.